

Rosso, Facundo Daniel

Internalización de leyes, reglamentos institucionales y acuerdos particulares en usuarios de Casa de Medio Camino y Residencias compartidas del Sanatorio Morra

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciado en Psicología**

Director: Perusia, Claudio Silvio

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.





FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final.

“Internalización de Leyes, reglamentos institucionales y acuerdos particulares en usuarios de Casa de Medio Camino y Residencias compartidas del Sanatorio Morra.”

Autor: Rosso, Facundo Daniel.

DNI: 38.478.430

Nº de alumno: 1312676

Director: Lic. Claudio Perusia.

Año: 2021

Internalización de Leyes, reglamentos institucionales y acuerdos particulares en usuarios de Casa de Medio Camino y Residencias compartidas del Sanatorio Morra.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por la paciencia, por siempre acompañarme y contenerme en los vaivenes emocionales que genera cursar, rendir y crecer. Por darme la posibilidad de irme de casa para estudiar lo que me apasiona. Por confiar que lo podía lograr.

A mis amigos y compañeras por hacer más fácil y llevadero el estudio. Por llenarme de anécdotas dentro y fuera de la facultad. Desde las charlas mediante café en la cantina, las salidas, hasta los largos días y noches de estudio, todas necesarias para disfrutar el proceso.

Al Licenciado Claudio Perusia por guiarme y ayudarme en la construcción del presente trabajo como director. Gracias por tus detalles y enseñanza.

A la Licenciada Carolina Bracamonte Gómez por auxiliarme, aconsejarme y motivarme en el proceso de prácticas como tutora.

A la Universidad Católica de Córdoba por formarme como persona y profesional desde la ciencia, conciencia y compromiso. Por acercarme a otras realidades sociales y humanas donde pude aprender y aplicar el atrapante mundo de la Psicología. Y a su equipo docente que con gran esmero día a día me transmitieron sus conocimientos y experiencias.

Al Sanatorio “Prof. León Morra” por abrirme las puertas de la institución y permitirme conocer y aprender sobre el labor en Salud Mental. Especialmente agradezco a las Licenciadas Stella Maris Puente, Georgina Nicodemus y Natalia Mari, por confiar en mí y brindarme todos sus conocimientos para que mi experiencia en la institución sea lo más fructífera posible. A los usuarios que forman parte de los dispositivos donde desarrolle mi práctica, por su confianza, bondad y experiencias de vida.

A todos aquellos que se cruzaron en este largo y hermoso camino de aprendizaje. Espero de alguna forma, con este Trabajo Integrador Final, retribuir todo lo recibido.

ÍNDICE GENERAL

1 .INTRODUCCIÓN.....	7
2.CONTEXTO DE LA PRÁCTICA.....	10
2.1 ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA EN ARGENTINA Y CÓRDOBA.....	11
2.2 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.	14
2.3 PROFUNDIZANDO SOBRE EL ROL Y LA EVOLUCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.	16
2.4 LA PRÁCTICA EN LA ACTUALIDAD.....	19
3- CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	21
3.1 RECORRIDO HISTÓRICO.....	22
4- EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	27
5- OBJETIVOS.....	29
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	30
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	30
6- PERSPECTIVA TEÓRICA.....	31
6.1 LEYES Y SU INTERNALIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES.....	32
6.2 DISPOSITIVOS ALTERNATIVOS COMO RESPUESTA A LA INTERNACIÓN.....	37
6.3 REGLAMENTOS INSTITUCIONALES COMO ENCUADRE.	40
7- MODALIDAD DE TRABAJO.....	46
7.1 POBLACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.	47
7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
7.3 ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS.	50
7.4 IMPLICANCIAS ÉTICAS.	50
8-ANÁLISIS.....	51
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO EN TORNO AL EJE PROPUESTO.	52
8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	62
8.2.1 Reglamentos institucionales: interrupciones en el encuadre de los dispositivos alternativos.....	70
8.2.2 Internalización de la ley: vivencias de los residentes.....	76
9. CONCLUSIONES.....	82
10. BIBLIOGRAFÍA.....	87
11.ANEXO.....	92

Índice de Siglas:

- CMC: Casas de Medio Camino
- RC: Residencias Compartidas
- SM: Salud Mental

1 .INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de las prácticas pre profesional, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, en el área clínica y dentro del Sanatorio Morra (institución psiquiátrica privada de la Ciudad de Córdoba) desde abril a noviembre del 2018.

Esta institución a partir del año 2015 ha implementado dispositivos alternativos a la internación, tal como marcan las Leyes Nacionales y Provinciales promulgadas en 2010. Es dentro de estos dispositivos que desarrollé mi práctica.

Mi inserción en la misma fue mediante observaciones participantes de los espacios propuestos por la institución: asambleas semanales de convivencia con los residentes, entrevistas individuales con los mismos, reuniones mensuales con los Acompañantes Terapéuticos de las CMC y RC, entrevistas familiares, entre otras. Estos datos serán complementados con el análisis del diario de campo o registros, la lectura de legajos o historias clínicas y otros documentos de la institución. Para ello utilizaré la *Sistematización de la Experiencia* como metodología de trabajo, mediante la cuál se realizará una interpretación crítica de aquello que aconteció durante el devenir en la institución. En este sentido se intentará reflexionar y reconstruir aquello que ha sucedido.

En el transcurso surgieron interrogantes sobre el modo en que los residentes de dichos dispositivos se apropian de manera subjetiva de las leyes, reglamentos y acuerdos que allí interactúan. Me interesa, particularmente, poder analizar en qué modo se apropian de dichas normas, cómo las internalizan y qué influencia tienen las mismas en el encuadre en el que se desarrollan los dispositivos. A su vez recuperando el discurso de los usuarios acceder a la percepción que tienen sobre estas nuevas formas de abordaje de sus tratamientos.

Algunas investigaciones previas en relación al dispositivo Casas de Medio Camino en Honduras (Aguilar, Reyes Ticas, Orellana & Martinez 2009), desarrollaron un modelo de CMC en la comunidad hondureña para atender pacientes con trastornos mentales graves, teniendo como resultado evidencias prometedoras con respecto a implementar el dispositivo como opción terapéutica en la externación de pacientes crónicos. Estos resultados son un buen antecedente de que existen otras formas posibles de abordar estas situaciones reconociendo los derechos de los sujetos. Otra investigación relevante realizada en Argentina (Caceres, Druetta, Hartfiel & Riva

Roure 2009) proponen un proyecto de rehabilitación y externación como alternativa a las lógicas manicomiales posibilitadas por dispositivos de base habitacional y comunitaria. Aquí se plantea la importancia de que personas que han estado internadas puedan ser externadas careciendo de sostén familiar y que el proceso de desmanicomialización es posible si se transforma la práctica, se capacita a los profesionales y se optimizan los recursos.

También en Uruguay, Iribarne (2014) plantea, a partir de la experiencia de los usuarios y el análisis de su discurso, generar insumos acerca de los procesos de ingreso y egreso de usuarios; analizando cómo son entendidos, percibidos los dispositivos alternativos a la internación.

Por último, los TIF de Botta (2018) y Chapur (2017), alumnas de la Licenciatura en Psicología (UCC), analizan con profundidad el funcionamiento del dispositivo Casa de Medio Camino, Residencias Compartidas y el Internado del Sanatorio: en un caso como Comunidad Terapéutica; y, en el otro las dinámicas y tensiones en la institución.

En este trabajo se buscará explicitar cómo ha sido el desarrollo histórico de la Psicología Clínica en Argentina, para luego pasar al contexto institucional y así comprender la situación histórica y actual en el que se encuentra el Sanatorio Prof. León S. Morra. Contexto en el cuál me inserte progresivamente para ir conociendo y tomando contacto con los cambios en los abordajes de las prácticas en Salud Mental.

Por último, se propondrá retomar y repensar la experiencia transitada en dicha práctica, analizando y trabajando sobre los objetivos específicos de este trabajo integrador final. Llegando así a conclusiones y futuros desafíos en las prácticas de salud mental.

2.CONTEXTO DE LA PRÁCTICA.

2.1 ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA EN ARGENTINA Y CÓRDOBA.

¿Cuál es el rol que ha construido el psicólogo clínico en Argentina? Para esto es necesario releer los antecedentes históricos, que sientan bases de lo que hacemos hoy. En estos antecedentes se retoma el concepto aportado por Castoriadis de *imaginario social*, el cual hace referencia a aquellos esquemas que contruidos socialmente nos permiten percibir algo como real, nos sirven para explicar e intervenir la realidad de cada sociedad. Imaginario construido de lo que se espera del/la Licenciado/a en Psicología, y el alcance que tiene dicha profesión en la práctica institucional.

Haré un breve recorrido de los distintos periodos en los que fue ganando terreno la Psicología, institucional y académicamente. A comienzos del siglo xx ya se empezaban a ver los primeros indicios de lo que se conoció como “la psicología sin psicólogos” (De Georgi, 2013). Esto fue debido a los intereses de la creación de la Sociedad de Psicología de Buenos Aires que buscaba conseguir la autonomía de dicha profesión, realizando publicaciones y transmitiendo sus conceptos en las Universidades, dentro de la Facultad de Filosofía y Letras. Dicha Facultad ya peleaba por un lugar ante las cátedras positivistas de la época, por lo que los conocimientos psicológicos que se producían eran tomados como aportes por profesiones ya establecidas, como la médica.

La década del 30´ estuvo marcada por los conceptos de la facultad en la que era dictada, por aportes netamente filosóficos, lo que se conoció como un retroceso a nivel experimental. La del 40´ se enmarcó en las repercusiones de la segunda guerra mundial, por lo que se hizo necesario crear carreras cortas como Orientación Vocacional y Psicotecnia (De Georgi, 2013). Aun así, luego de 50 años de aportes académicos e institucionales, la carrera de la Lic. en Psicología todavía no había logrado instaurarse como tal. Es por esto que en el año 1954, todos los profesionales que transmitían o practicaban saberes psicológicos decidieron reunirse en Tucumán. Fue allí cuando se realizó el Primer Congreso Argentino de Psicología, hecho fundamental para seguir ganando terreno en campo laboral de la Salud Mental y que hoy se conmemora como “Día del psicólogo” en Argentina. Las consecuencias de este congreso fueron inmediatas, ya que en 1956 se crea la primera carrera de Psicología del país en la ciudad de Rosario. Seguida en 1958 por la Universidad Nacional de Córdoba (U.N.C.) dentro de la

Facultad de Filosofía y Humanidades. Es con estos hechos que el psicólogo en Argentina y puntualmente en Córdoba comienza a ser mirado, ganando reconocimiento social y académicamente a nivel profesional.

Sin embargo con lo que respecta al imaginario social, los estudiantes de psicología eran vistos como revolucionarios, debido a las ideas que allí se originaban consideradas de “mente abierta”. Por lo que eran denominados como locos y bizarros por aquellas instituciones de poder a las que no les eran agradables sus nuevas formas de pensar (González Aguirre, 2012).

La inestabilidad y la crisis política fueron las características dominantes de la época. Con la inestabilidad creció la violencia, las protestas, los enfrentamientos y la represión. El país se encontraba dividido entre: una parte de la población que apoyaba/defendía al Peronismo y por otro los sectores opositores con apoyo de las Fuerzas Armadas.

Las siguientes dos décadas fueron muy difíciles para los estudiantes y primeros profesionales psicólogos de la Argentina. Fueron constantemente perseguidos por los gobiernos de Facto que se sucedieron en el país, que establecían trabas y leyes que coartaban el ejercicio profesional. “En este contexto aparecíamos como amenazantes, estimuladores de reflexión, promovedores de teorías y acciones de cambio social” (De Georgi, 2013, p.41).

Dos hechos de total relevancia en Argentina y en la provincia de Córdoba, fueron la noche de los bastones largos y el Cordobazo, en ambos casos, episodios tan violentos como significativos. En mayo de 1969, durante el gobierno de Onganía, comenzó a evidenciarse una crisis con estallidos en distintos puntos del país, como Corrientes y Rosario. En Córdoba, donde existía una estrecha relación entre estudiantes y obreros, al descontento general se sumó la decisión del gobierno provincial de suprimir el “sábado inglés”, es decir, la media jornada laboral. En consecuencia, el SMATA (sindicato de los obreros de la industria automotriz) y el sindicato de Luz y Fuerza convocaron a un paro activo con movilización para el 29 de mayo. Los estudiantes adhirieron a la medida de fuerza y pronto la ciudad fue controlada por los manifestantes, quienes lograron su ocupación durante unas veinte horas. Se produjeron incendios y ataques a las principales empresas multinacionales. La represión consiguiente fue brutal y dejó como resultado veinte manifestantes muertos y cientos de detenidos, entre ellos Agustín Tosco, Atilio López y Elpidio González

El segundo de ellos ocurrió el 29 de Julio de 1966 en donde las universidades nacionales fueron intervenidas y ocupadas militarmente en el episodio que se conoce como la “noche de los bastones largos”. Cientos de profesores, alumnos y no docentes que ocupaban varios de los edificios de las facultades de Buenos Aires en defensa de la autonomía universitaria y la libertad de cátedra fueron salvajemente golpeados por miembros de la Guardia de Infantería de la Policía Federal, enviados por Onganía, quien decretó la intervención a las universidades nacionales y la “depuración” académica, es decir, la expulsión de las casas de altos estudios a los profesores opositores, sin importar su nivel académico.

Luego de estos acontecimientos en el año 1966 muchos investigadores, docentes y estudiantes desaparecieron, poniendo un freno al avance de la psicología en el País. Por otro lado el Cordobazo fue un punto de inflexión y de respuesta a la represión dictatorial vivida, con gran repercusión en las aulas de las Universidades y, particularmente, en la psicología.

Fue así que durante el post Cordobazo la psicología comenzó a buscar nuevos horizontes dentro de la práctica socializada, con el afán de ser profesionales comprometidos con la realidad. Se preocuparon por investigar alternativas teóricas que le permitieran criticar los nuevos conocimientos científicos y dejar atrás los modelos tradicionales del Norte occidental del mundo (González Aguirre, 2012). Dentro de este ambiente socio-político es que la psicología como profesión en Argentina avanzaba o retrocedía de acuerdo a la perspectiva con la que fuera mirada. Por lo tanto el marco legal no era algo que escapara de dicha situación y otra vez, aparecían las dificultades.

Una de ellas fue la sanción de la Ley Nacional 17.132 en 1967 y otra 12 años después, la Ley Provincial 6.222. Ambas prohibían el ejercicio pleno de la psicología, y la subordinaban a la práctica Médica.

Es por esto que a partir de los 70', el profesional se encuentra con la necesidad de nuclearse en una institución para hacer frente a otras instituciones académicas y el vacío legal que los acechaba. En 1971 se crea así la Confederación de Psicólogos de la República Argentina (COPRA), la cual fue sustituida en 1977 por lo que hoy se conoce como la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPA). Ya con la vuelta a la democracia en 1984, se

constituye el Consejo de Psicólogos de la Provincia de Córdoba actual Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

Luego de un siglo de luchas académicas, institucionales y socio culturales, los psicólogos han logrado establecer un rol, que se va reforzando y reconstruyendo día a día. Buscando revalidar derechos tanto como del profesional como del usuario de Salud mental. Dentro del imaginario social concepto que nos ocupa, las instituciones sociales y la posibilidad de transformación no se explican únicamente por causas materiales sino que tiene un papel importante. Seguimos teniendo algunos recelos de la sociedad que está teñida por aquellas ideas de los 60', 70' en lo que implica nuestra práctica profesional. Es decir que surgen dudas sobre los saberes y quehaceres profesionales, una falta de confianza basada en prejuicios de sentido común, menospreciando el poder de la palabra. Pero esto se está modificando y transformando para un mayor bien social.

2.2 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

La psicología clínica desde sus inicios ha estado enfocada en trabajar sobre el sufrimiento humano, en describir y comprender su comportamiento, analizar y tratar sus conflictos emocionales, como así también buscar las distintas causas que la originan. Pero siempre ha estado en discusión, hasta donde llega el límite del campo de acción del psicólogo clínico, y cuáles eran sus incumbencias, sin interferir en las prácticas de otras disciplinas o áreas.

Cabe resaltar lo mencionado con respecto a que los primeros profesionales egresados en Psicología, han realizado su ejercicio profesional como auxiliar del médico, ya que la Ley 17.132 no les permitía ejercer libremente la psicoterapia, y la prescripción de drogas psicotrópicas. Es decir que les impedían ejercer la práctica clínica. A continuación rescatamos las palabras de Juan Mocchiutti de una entrevista realizada en 2014.

Los psiquiatras veían a los psicólogos como competencia, ya que ellos no contaban con una formación psicoterapéutica ni con las líneas teóricas de la psicología, los psicólogos eran conscientes de eso, entonces ellos no querían que nosotros progresáramos y nos obstaculizaron la salida de la ley (Mocchiutti, 2014, p3).

De acuerdo a estas limitaciones y trabas históricas es importante destacar lo alcanzado en la Ley N° 7106 del Senado de la Provincia de Córdoba (1984) sobre las disposiciones para el ejercicio de la Psicología:

Se considerará ejercicio de la profesión en el área de la Psicología Clínica: la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad, la investigación y formulación de diseños experimentales, el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia, otras actividades que con el mismo objetivo requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicas (Artículo 3 Ley 7106 de 1984).

Siguiendo esta línea Gonzales (2013) considera importante, en el campo de trabajo, poder intervenir interdisciplinariamente con todas las herramientas que el psicólogo tiene, en el común interés de promover la salud emocional de la comunidad. Esto significa, poder accionar más allá del tradicional trabajo en hospitales, clínicas psiquiátricas o consultorios privados y de ampliar el eje de la patología para incluir también el campo de la salud. Es importante tener en cuenta en relación a la psicología clínica que en el marco de la misma, se reconoce a la salud como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Desde sus inicios (allá por los 60´) la Psicología Clínica estuvo fuertemente impregnada con los aportes psicoanalíticos de grandes profesores como, Bleger y el mismísimo Pichón Riviere. Estos saberes han posibilitado comprender la demanda de la época en que se presentaban, como así también la revisión de algunos conceptos para ser aplicados en otros ámbitos, en lo institucional o los grupos por ejemplo. Pero con el pasar de los años la dinámica

social, cultural, política va mutando y así surgiendo nuevos malestares que se nos presentan en el consultorio, los cuales presentan un desafío a la hora de los abordajes terapéuticos. Por esto creo que poder repensarnos en nuestra práctica revisando conceptos, aportes, técnicas de abordaje vigentes en el campo clínico nos permitirá hacer frente a las problemáticas que nos interpelan.

La psicología clínica es una especialidad reconocida del ejercicio profesional de los psicólogos. Su consolidación como área de especialidad deriva de la acumulación suficiente de saberes teórico-técnicos que buscan dar respuesta a multiplicidad de demandas en el campo de la salud, así como de la legitimación y reconocimiento legal de su campo de acción e intervenciones específicas. La sólida formación teórica, el conocimiento preciso de los instrumentos con los cuales se lleva a cabo la tarea, la terapia personal y la supervisión del trabajo por parte de colegas de experiencia, así como un desempeño acorde al código deontológico profesional son las herramientas con las que un psicólogo clínico debe contar para llevar adelante su ejercicio profesional de un modo ético y responsable. Todos estos son aspectos que hacen a la formación académica y personal que resultan necesarios para el quehacer profesional.

2.3 PROFUNDIZANDO SOBRE EL ROL Y LA EVOLUCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.

Como bien pudimos observar en los puntos anteriores, el psicólogo ha alcanzado ciertas metas luego de años, y luchas en distintos ámbitos. Uno de ellos es el ámbito legal que nos rige hoy en día en Argentina. Por esto es que nos detendremos, en la importancia que toma conocer las leyes que enmarcan la práctica profesional de la Salud Mental ya que se plantea desde el ámbito legal una transformación de las mismas con el fin de reconocernos como sujetos de derechos.

Retomamos entonces lo que la Ley Nacional 27.657 trajo aparejado desde su sanción en el país, en el año 2010. Tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos con padecimiento mental. La misma reconoce a la *salud mental* como un proceso determinado por componentes históricos, socio- económico, cultural, biológico y psicológico, lo que da cuenta del avance y cambio paradigmático en el que nos encontramos. Cuando me refiero a cambio paradigmático, hablo de

cómo era entendida la SM a partir del año 1950 en adelante, influenciada fuertemente por el biologismo y las ciencias médicas. Dentro de ese paradigma de hegemonía médica es donde se dictaron leyes como la 17.132 que restringían el accionar del psicólogo y, a su vez el acceso de un servicio digno a los ciudadanos. El psicólogo era ubicado en un mero auxiliar, ayudante del médico que tenía “EL saber”, quitando posibilidades de ejercer psicoterapias, Psicoanálisis y prescribir drogas. Esta cuestión se vio reforzada porque se dicta la Resolución 1560/80 sobre Incumbencias de psicólogos y Licenciados en Psicología, la cual sigue remarcando que el psicólogo debe actuar bajo obediencia del médico en lo que implica administración de test e investigación.

Debido a la posición en que quedaba relegado el accionar psicológico se intenta, mediante la sanción de la resolución 2350/80 equiparar las posibilidades de ejercer en el ámbito de salud mental. Aquí creo que se da un paso realmente importante: se nos permite la habilitación para actuar en las áreas educacional, laboral y jurídica. No así con la clínica, que seguía estando bajo la supervisión del médico.

Hoy en día ya no rigen las dos resoluciones mencionadas, habiendo sido superada la resolución Nacional 2.447 sobre Incumbencias de los Títulos de psicólogos y de licenciados en Psicología, dictada por el Ministerio de Educación de la Nación. Esta reconoce el accionar de los psicólogos en el área clínica, derogando las resoluciones y leyes anteriores que lo prohibían. Dicha resolución ha sufrido una última modificación por parte del Ministerio de Educación, ya que, a través de la Resolución 1254/2018 publicada en el boletín oficial del mes de Mayo, recorta las incumbencias del psicólogo de 16 establecidas en la resolución anterior a tan solo 5. La misma parece no coartar en profundidad la práctica clínica, a diferencia de otras áreas de desempeño profesional tales como la jurídica o educacional.

Por otro lado el Código de Ética del Colegio de Psicólogos fija algunos puntos a tener en cuenta en el rol profesional. En su resolución N° 5 menciona funciones, tareas, valores que debe seguir quien sea Lic. en Psicología. A mi parecer, lo más relevante con respecto al cambio de paradigma del cual venimos hablando son los enunciados sobre las tareas de orientación, investigación, prevención docente, formación, diagnóstico y tratamiento a las cuales nos enfrentamos. Así como también las formas en las que nos acercamos a la actividad humana. Y no se limita a una mirada del sufrimiento reduccionista individual sino que lo grupal, familiar,

socio-laboral institucional y comunitario son tenidas en cuenta como campos de nuestro ejercicio. Lo cual nos otorga autonomía y un quehacer y pensar específico, que nos diferencia de las demás ciencias (Gonzales 2013).

Es por lo que hasta aquí hemos revisado y retomado, lo que nos da las pautas de lo que se ha construido como el rol del psicólogo, específicamente del psicólogo clínico. Su campo de acción se ha incrementado notablemente, como también los métodos y técnicas para acercarse al mismo. Como la construcción de este rol está ligado a las representaciones sociales y estas a su vez a las prácticas y valores del grupo social de referencia, su dinamismo puede observarse a través del tiempo (Jorge, 2017) tal como ha pasado con el psicólogo a lo largo de la historia. Como el rol del psicólogo clínico se construye constantemente en la integración con otros, sobre todo colegas y profesores, puntualizo en las siguientes palabras:

Estudiar el proceso de formación profesional conlleva a la consideración del contexto socio cultural en el que se desarrolla, su Multidimensionalidad y sus aristas problemáticas, así como el impacto que diferentes requerimientos ejercen sobre los programas formativos que imparte la universidad. La psicología constituye una disciplina y una profesión que presenta problemas específicos conforme su desarrollo histórico y su particular proceso de consolidación en nuestro país (Garau & Erausquin, 2013, p.25).

Como el profesional es un sujeto que ha adquirido un conjunto de saberes teóricos, prácticos y éticos es necesario rescatar lo que plantea Jorge (2017) ya que se deja entrever los prejuicios formados en sentido común y contenidos académicos con los que llegamos a cursar y cómo cambian los mismos a medida que transcurre el cursado. Dichos contenidos son aquellos argumentos con los que contamos y nos preparamos para afrontar el mundo laboral. Por lo tanto, no debemos olvidar que el desarrollo de la psicología clínica y el rol del profesional que la ejerce, puede tomar muchas formas y variaciones. En la práctica psicológica nos encontramos con diversas teorías en que se basan los abordajes, diagnósticos y pronósticos, han aparecido terapias

cognitivas, sistémicas y familiares como líneas teóricas a seguir. Se ejerce en torno a investigación, evaluación y tratamiento, a los cuales se agrega prevención/bienestar, enfocados desde las posibilidades saludables del ciudadano. El servicio de salud mental busca ir más allá de la atención de consultorio privado individual, existe la posibilidad de realizar esta práctica en instituciones públicas y privadas, donde los gastos son costeados por pre-pagas, obras sociales o el Estado.

La enseñanza, la formación académica y humana deberá fomentar formar a estudiantes integrales, lúcidos y críticos. Abiertos y reflexivos sobre la práctica que ejercemos la cual está atravesada por permanente cambios y demandas de la sociedad. Teniendo como guía el Código de Ética y las leyes que apuntan a seguir promoviendo un cambio paradigmático en la forma de hacer y pensar la salud Mental. Aspirando a ser profesionales de ciencia, conciencia y compromiso.

2.4 LA PRÁCTICA EN LA ACTUALIDAD.

Como estudiante de los últimos años de la Lic. En Psicología y como futuro profesional, creo que el psicólogo, más allá de ser una profesión joven, ha logrado ubicarse a la par de las demás ciencias de la Salud. Con un marco legal que lo regula, sus propias instituciones académicas y diversas áreas-campos de acción que han sido y siguen siendo exploradas. Tanto en las líneas teóricas clásicas, como las innovadoras, sus desarrollos dependen del accionar ético y deontológico, como así también de la vocación profesional que uno brinde. Esfuerzo y dedicación hacen a la posibilidad de crear nuevos aportes, al igual que adquirir o revisar conocimientos ya establecidos. Estos avances, están dirigidos a los "usuarios o pacientes" que demandan asistencia psicológica, en pos de brindar el más apto servicio en salud mental, promoviendo un mayor bienestar social.

Es preciso el entendimiento y observancia de las leyes que regulan y otorgan el marco al trabajo profesional. Así es que además de conocer las Disposiciones para el ejercicio profesional (Ley N 7106) y el Código de Ética, resulta fundamental que el psicólogo conozca la legislación

vigente en Salud Mental (Ley Nacional 26657 y Ley Provincial 9848), ya que como profesional es un actor significativo de la reforma que la implementación de estas normativas implica en el sistema de salud, transformación que pone el eje en la protección de los derechos humanos y la instrumentación de abordajes que propician una conceptualización integral de la salud mental y el padecimiento psíquico, propiciando formas de atención que se alejen de etiquetas estigmatizantes y garantizando el acceso a la salud a todas las personas que así lo requieran.

3- CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 RECORRIDO HISTÓRICO.

A partir de la lectura de un documento de circulación interna, la página web institucional, registros de entrevistas con referentes institucionales, trabajos finales anteriores sobre el Sanatorio y la conferencia dada por Leon S. Morra en 1915 en el círculo médico de Córdoba, pude ir reconstruyendo el contexto de mi práctica profesional.

Es necesario para la comprensión del eje propuesto en este trabajo, precisar algunos aspectos históricos de la Sanatorio Leon S. Morra en la que me encuentro inserto. Por ello me remito a su creación en el año 1927 por León Morra, su fundador; quien en su búsqueda de una mejor atención y especificidad de los tratamientos psiquiátricos decide adquirir un inmueble ubicado hoy en día en Av Sagrada Familia esq Nazaret. Su intención en aquel entonces era formar un camino de atención de pacientes basado en el “espeto, dignidad y derechos de las personas con padecimiento mental. Época en que resultaba un desafío resolver las numerosas cuestiones que presentaba el problema de los alienados y sus relaciones con la sociedad.

Cabe destacar que, en ese tiempo, el inmueble se encontraba totalmente alejado de la urbanización de la ciudad, dando muestra de cómo *el loco* representaba cierta peligrosidad para la sociedad, por lo que si se evitaba el contacto cotidiano con el ciudadano *normal* llevaba más tranquilidad a sus vidas. *La Clínica Las Rosas*, como se la denominó en sus comienzos, fue una institución que abordó las enfermedades de salud mental en la modalidad de internación, conforme lo demandaban las prácticas profesionales de la época.

Es a comienzos de los años 60' que la institución comienza a incorporar los consultorios externos, en un primer momento ubicados en el centro de la ciudad y después, en pos de centralizar la atención, es que son trasladados al predio donde hoy se encuentran funcionando.

La institución había estado hasta ese entonces teñida por el paradigma de supremacía médico hegemónica, el cual se fue transformando para dar lugar a un paradigma que incluía la mirada interdisciplinar para el abordaje de las patologías mentales. La misma, amplió el campo de asistencia en el área ambulatoria, por lo que también se produjo un aumento de la planta de profesionales. A su vez la red de cobertura prestacional se expandió en la provincia.

En los 90' el desafío migró hacia la externación de pacientes crónicos que representaban el mayor porcentaje de camas en el área de internación. Ante esta demanda surgen otros modos de abordajes, como lo fueron entrevistas domiciliarias, seguimientos de casos, incluir a las

familias en el proceso terapéutico y el trabajo con los propios pacientes, dieron lugar a una reducción de las internaciones. Alrededor del año 2010 se confeccionaron historias clínicas que incorporaron la mirada transdisciplinar como eje práctico. Junto con ello se diseñaron consentimientos informados conformes a las leyes provinciales y nacionales vigentes. A su vez, se revisó y rediseñó el archivo de historias clínicas de la institución, con el fin de lograr una rápida y eficaz localización de las aproximadamente 60.000 historias clínicas que hoy se encuentran en la sede central.

Por otro lado, se dio un gran avance a nivel de infraestructura con una construcción total que abarca 25.000 mts². Cuenta con un gran parque para el tratamiento y recuperación de las personas internadas. La mejora edilicia permitió también la redistribución de los pacientes de acuerdo a su edad, patología y sexo, dando lugar a un área de atención especializada para pacientes psiquiátricos que cursan enfermedades clínicas crónicas terminales. Ésta mejora trajo aparejado la incorporación de una nueva planta profesional especializada. En consecuencia se logró el reconocimiento del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, que a través de RU.Ge.Pre.Sa habilitó a la institución como Centro de Salud Polivalente.

En este cambio estructural los distintos sectores se fueron modificando para dar lugar a salones de visita, salas de estar, consultorios profesionales y cuidados especiales. Desarrollando así el modelo de atención integral, con una planta de 200 empleados que llevan a cabo tareas técnico-administrativas, profesionales, mantenimiento y auxiliares, sin contemplar las actividades terciarizadas como la limpieza y seguridad, lo que eleva el número.

Los sectores quedaron redistribuidos de la siguiente manera:

Sector 1: Este servicio brinda atención a aquellas pacientes mujeres, que han sido internadas a consecuencia de patologías de salud mental de carácter agudo. Las edades de la población abarcan diferentes grupos etarios desde jóvenes de 18 años hasta mujeres adultas de 60 aproximadamente.

Sector 2 sector intermedio: En donde se encuentran pacientes que necesitan atención de enfermería constante, es decir además del padecimiento mental, cuentan con afecciones clínicas que también son atendidas ahí. Este sector es mixto, y su población está conformada en su mayoría por personas mayores a los 60 años.

Sector 3: Este servicio brinda atención a aquellos pacientes varones, que han sido internados a consecuencia de patologías de salud mental de carácter agudo. Las edades de la población abarcan diferentes grupos etarios desde jóvenes de 18 años hasta hombres adultos de 60 aproximadamente.

Sector 4: Este servicio brinda atención tanto a pacientes varones como mujeres, que han sido internados a consecuencia de patologías de salud mental de carácter crónico. En general se encuentra una población adulta, en la que las edades rondan de los 50 años en adelante. Muchos de estos pacientes llevan años institucionalizados. Dentro del mismo sector, hombres y mujeres se encuentran en pabellones separados. Es el único servicio en el que la jefatura del mismo, está a cargo de una profesional Lic. en Psicología, mujer, desde el año 2010.

Sector 5 VIP: Este servicio recibe este nombre por las características del mismo. Aquí los usuarios costean su tratamiento de manera particular. Cuentan con mobiliario similar al de un hotel que brinda mayores comodidades para atravesar su internación en cierto periodo de tiempo. La población del mismo son hombres y mujeres con distintas patologías de salud mental. Las edades de los mismos no superan los 40 años.

Hospital de Día, el cual cuenta actualmente con 45 pacientes que asisten a las diversas modalidades de jornada completa, semi-completa, etc. Allí un grupo de profesionales trabaja interdisciplinariamente no sólo para contener al paciente y evitar una internación sino para reforzar, recuperar y resocializar las habilidades del paciente en un trabajo psicoeducativo con el paciente y su grupo familiar.

En el año 1998 se crea la Fundación Morra dando especial preferencia a la capacitación de los profesionales, información y formación a familiares y asistencia gratuita a la comunidad en problemáticas específicas, tales como Trastornos Obsesivos Compulsivos, Trastornos de Ansiedad Generalizada, Fobia Social, etc.

Fue precisamente en esos años finales de los 90 cuando lamentablemente varias clínicas

psiquiátricas de nuestra provincia cerraron sus puertas, lo cual generó la derivación de sus pacientes a otras instituciones, siendo el Sanatorio por su infraestructura y capacidad profesional la que absorbió la mayor cantidad de pacientes crónicos. Así pese al esfuerzo realizado para evitar internaciones prolongadas se duplicó prácticamente el total de pacientes internados crónicos alcanzando los 150 aproximadamente. En ese momento se comenzó a implementar estrategias para reubicar a los pacientes en relación a su grupo familiar y se iniciaron acciones tendientes a la externación, alcanzando actualmente un total de 67 pacientes crónicos conformados por un grupo de pacientes correspondientes al área diferencial y otro tanto al área de hogarización para adultos mayores por no contar con familiares y/o redes de contención socio-familiar los cuales representan el 30% del total de esa población. Algunos pacientes que habían sido institucionalizados no tenían red de contención fuera de la institución por lo que se concretó la apertura de la primera Casa de Medio Camino para hombres en el año 2014.

De esta manera el Sanatorio, continuando la acción visionaria de quien fuera su fundador, avanzó en el terreno de la reinserción, rehabilitación, recuperación y resocialización de las personas con padecimiento mental con acciones concretas en el abordaje terapéutico acordes a la nueva demanda social, capacitando a su planta profesional, técnica y administrativa, brindando atención e información a la población con los dispositivos necesarios para evitar la internaciones crónicas mucho antes de que la provincia de Córdoba y la Nación dieran curso a la legislación que regulara al respecto.

Surge la demanda de aquellos pacientes que habiendo estado en la Casa de Medio Camino han cumplimentado sus objetivos de rehabilitación y resocialización pero no han podido reincorporarse al mercado laboral o no han podido acceder a beneficios económicos suficientes que le permitan acceder a una vivienda. Así, el Sanatorio considera necesario responder a esa demanda y presenta el proyecto de la Primera Residencia Compartida Provincial a finales del año 2016. Surge así la necesidad de dar respuesta a un grupo de pacientes que habiendo transcurrido su proceso de salud-enfermedad en la internación, hospital de día y/o casa de medio camino no han podido alcanzar la autonomía para residir de manera independiente en una vivienda y se crea la Residencia Compartida como un nuevo dispositivo. El presente dispositivo está destinado a aquellos pacientes con padecimiento mental prolongado, que no disponen de recursos económicos suficientes para la concreción de una vivienda y/o familia continente que acompañe

el cumplimiento al derecho a una vivienda digna.

Así se priorizarán actividades de estimulación, de desarrollo y fortalecimiento de vínculos interpersonales y recuperación de la autonomía durante el proceso de su internación.

Considerando que en el restablecimiento de los lazos sociales, comunitarios, a veces es necesario armar nuevos lazos, crear nuevas redes, se propone pensar en el empoderamiento de las personas internadas, en lo que respecta al acceso a servicios que permitan la atención de sus necesidades y partiendo siempre de la presunción de capacidad de todas las personas (Artículo 3, Ley Nacional de Salud Mental).

Hoy el Sanatorio cuenta con 2 dispositivos de Casa de Medio Camino para hombres y mujeres y 2 residencias compartidas para hombres y mujeres. En la CMC de varones se encuentran viviendo 6 personas, y en la Residencia 5. En cambio en la CMC de mujeres tan solo hay 5 residentes, a diferencia de la residencia en que conviven 4 personas.

A lo largo de estos 90 años, los objetivos por los cuales trabaja la institución se mantienen enfocados en realizar tareas desde los tres niveles de atención buscando una mejor calidad de vida para sus usuarios, que le permitan recuperación personal y reinserción social. Para alcanzar dichos objetivos, se valen de profesionales comprometidos con su labor, y con las personas que asisten a la Fundación. Los mismos se encuentran constantemente en tareas de capacitación académica, investigación y formación.

4- EJE DE SISTEMATIZACIÓN.

Internalización de Leyes, reglamentos institucionales y acuerdos particulares en usuarios de Casa de Medio Camino y Residencias compartidas del Sanatorio Morra.

5- OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la Internalización de Leyes, reglamentaciones institucionales y acuerdos particulares en usuarios de Casa de Medio Camino y Residencia Compartidas del SM.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la relación entre las Leyes de Salud Mental Nacional y Provincial, y la reglamentación institucional que regulan las CMC y RC.
- Examinar las reglamentaciones institucionales en la configuración del encuadre de los dispositivos alternativos.
- Indagar acerca de la internalización de reglamentaciones institucionales y acuerdos particulares en residentes de CMC y RC.

6- PERSPECTIVA TEÓRICA

Adhiriendo al paradigma de la complejidad que plantea E. Morin que define la complejidad como un tejido. “Un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que conforman el mundo de lo fenoménico, y sus rasgos son los de ordenar lo inextricable, el desorden, la ambigüedad y la incertidumbre, estrategias para lograr la inteligibilidad, con grandes cantidades de aportes teóricos” (2003, p32). Al alcance de un clic, cada persona se apropia y trabaja con las herramientas que le son más cercanas para pensar la realidad que nos atraviesa en materia de salud mental. Por ello se trabajó con conceptos de algunos autores de diversas disciplinas como la sociología, la psicología clínica e institucional que me permiten ir articulando la práctica llevada a cabo, sin desconocer otras líneas teóricas y prácticas referidas a la temática.

6.1 LEYES Y SU INTERNALIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES.

¿Qué entendemos por la palabra Ley? ¿A qué nos referimos con su utilización? ¿Cuáles y cuántos sentidos puede abarcar? ¿Cómo influyen en nuestra cotidianidad?.

Para responder a es necesario definir qué se entiende por Ley en este trabajo. La misma puede estar definida desde diferentes concepciones naturales, físicas, jurídicas, sociales, entre otras. Pero en la mayoría de los casos busca dar cuenta de las reglas a las que se somete un fenómeno natural o la relación existente en diversos elementos que intervienen en dicho acontecimiento u otro.

Etimológicamente la palabra proviene del latín (LEX,LEGIS) y hace referencia a una norma jurídica dictada por un legislador, es decir es un precepto establecido por la autoridad competente y que en su incumplimiento trae aparejada una sanción (Real Academia Española, 2014). Es este concepto con el cual me interesa trabajar.

En primera instancia se reflexiona sobre el proceso subjetivo de los residentes de los dispositivos alternativos del SM. Dicho proceso abarca una serie de hechos socio-culturales que atraviesan los sujetos para construir su subjetividad. Entendida desde lo que propone E. Pichon Riviere, de naturaleza social. Lo es en referencia a lo que ya S.Freud planteó en 1921, “Psicología de las Masas y Análisis del Yo” en sentido que “En la vida anímica del individuo, el

otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo”(pág 67). El otro social siempre está presente en el horizonte de toda experiencia humana. E. Pichón Riviere parte de una aseveración radical: “El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases”(1985, pág. 5). Ello significa que no hay nada en el sujeto que no implique la presencia de otro social, culturizado. Por lo tanto ubica la constitución de la subjetividad en una dimensión interaccionar simbólica. La subjetividad según Pichon Riviere se constituye en las estructuras vinculares que la trascienden y que conceptualiza en términos de ámbitos grupales, institucionales y comunitarios. Estas estructuras son autónomas e interdependientes al mismo tiempo.

Descrito brevemente el concepto buscó conocer algunas variables mediante las cuales las personas reconocen e internalizan las leyes/normas que nos atraviesan social, cultural e históricamente. E interiorizarme en cómo las mismas influyen en las posibilidades que tienen los residentes de disponer de sus derechos, y qué libertades se otorgan a sí mismos a la hora de desenvolverse dentro de la institución. En suma a la internalización de dichas normas sociales e institucionales.

“Es decir, las formas en que los “sujetos de la ley” definidos formalmente, se convierten en tales en la realidad– en prácticas sociales, sistemas institucionales y representaciones culturales”. (Jelin, 1996, p 101)

A lo largo de la historia del desarrollo de la existencia humana se entiende que la vida se despliega en el marco de las relaciones con otros, lo que tiene como resultado y, a la vez como condición, la regulación institucional de los vínculos (Calo, 2013). Una mirada superficial entiende que tal regulación resulta de la aplicación de normas que desde el exterior les son impuestas a los individuos con el fin de posibilitar la convivencia. Desde la perspectiva freudiana, tomando los desarrollos sobre el mito de origen, es legítimo ubicar la relación de la ley fundante de la cultura y el sujeto establece con la ley que regula el orden social. Es decir el sujeto está siempre sometido a juicio: el de una instancia crítica que lo sostiene dentro de la ley y el de

una instancia social y represiva que lo castiga cuando sale fuera de la ley. Las leyes son vivenciadas como impuestas desde fuera de diversas maneras pero con un mismo fin:

No existen dos leyes, una ley simbólica y una ley positiva o jurídica, sino una sola, la ley de lo simbólico, más exactamente la ley del determinismo simbólico. Por supuesto que existen varios niveles o registros de expresión y destino del mensaje simbólico. Esos niveles –social y subjetivo- tienen que ver con la misma Ley: ley de institución de la Prohibición, ley del Tercero, ley del Padre. (Salomone, 2008 p 1).

Aunque esta mirada sea en cierta forma aceptable, no abarca la comprensión del fenómeno ya que no evidencia que la conformación misma de los sujetos, regulados por tales normas, está condicionada desde su mismo inicio por la preexistencia de la institución. Por lo que no hay sujeto humano que no nazca en un sistema legalmente constituido, sistema que instrumenta los modos institucionales por los cuales la persona devendrá sujeto.

Los diferentes atravesamientos institucionales que cada sujeto experimenta a lo largo de su vida funcionan para cada uno como factores que condicionan la particularidad de su posición subjetiva en relación con el mundo institucional. Se entiende, en este marco, a “lo institucional” de manera amplia, ya que eso nos permite considerar dentro de su extensión experiencias vividas en el seno familiar, en su relación concreta con los padres y hermanos, como también en la escuela, en el mundo del trabajo, en su relación con la vida. Una estructura relacional primaria subyace a todas esas experiencias: es la que resulta de la contraposición del campo del sujeto al *campo del Otro* (Calo, 2013). Se debe tener en cuenta un factor que se juega en el ámbito extrafamiliar pero que aun así influye con fuerza sobre quienes cumplen función de madre y padre. Aulagnier en su enunciado *contrato narcisista*, menciona que es muy poco lo que pudiera decirse del efecto de la palabra de la madre y padre sin tener en cuenta bajo qué ley y discurso se encuentran inmersas. Esto apuntando a la función que cumple metapsicológicamente el registro socio-cultural. En este punto el conjunto de instituciones y su funcionamiento tienen la siguiente característica, va acompañada de un discurso que afirma su necesidad y su justificación, un discurso ideológico. El *Contrato narcisista*: exige que cada sujeto singular ocupe un lugar

ofrecido por el grupo y significado por el conjunto de las voces que, antes de cada sujeto, desarrollaron un discurso conforme al mito fundador del grupo. Cada sujeto tiene que retomar este discurso de alguna manera: es mediante el que se conecta con el antepasado fundador. (Bernard 2001, pág 106).

El contrato narcisista se refiere a: 1) un contrato originario establecido entre el niño y el grupo primario (la familia), o sea con aquellos individuos que están juntos merced a procesos de filiación (relaciones de sangre) y 2) los contratos narcisistas que se producen posteriormente cuando el sujeto ingresa a los grupos secundarios (colegio, amigos, trabajo, etc.) que son grupos conformados mediante procesos de afiliación (adhesión) (Bernard M. 2001).

La forma en la que los sujetos experimentan y atraviesan vivencias dentro de la institución, serán las que dan su propio sentido a los hechos: no hablamos de lo que sucede sino de cómo la persona percibe determinada situación y como se apropia subjetivamente de la misma. Surge la necesidad de tener en cuenta de qué valores y eventos depende la subjetividad social de cada uno.

Es la **internalización** de los hechos objetivos es lo que dará sentido a esa persona, grupo, colectivo humano y generará individuos, grupos, instituciones, normas, representaciones sociales (Ferraro, 2002). En palabras de Berger y Luckman

La internalización es la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otros que en consecuencia se vuelven subjetivamente significativos "para mí". (Berger & Luckman, 1986, p 165).

Tomando este concepto de **internalización** me permite comprender el modo en que la vida cotidiana se va inscribiendo en la realidad psíquica de cada sujeto inmerso en sociedad, puntualmente, dentro de este trabajo, en una institución. En el desarrollo de mi práctica estoy continuamente con residentes que han sido externados tras muchos años de haber permanecido internados. Este tiempo que han permanecido en la institución podría estar en relación con ciertos

modos aprehendidos de ejercer sus libertades y autonomía ya que desde el funcionamiento del internado se imponían restricciones pensando en la eficacia del tratamiento. Este desempeño se refleja en la cotidianeidad de los usuarios en los distintos dispositivos. Por lo que, creo que es importante mencionar que se entiende por **institucionalización** y **externación** de acuerdo a lo propuesto por Berger y Luckman

La institucionalización está precedida por la *habituación*, en tanto que un acto sea repetido con frecuencia, crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que ipso - facto es aprehendida como pauta para el que la ejecuta. La habituación posibilita que un acto se instaure como rutina y que, por tanto, permita restringir opciones (seleccionar) y torna innecesario definir cada situación de nuevo. Así la institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitadas por tipos de actores. (1986; p76)

Las instituciones se valen de objetivaciones que cumplen el papel de regular y orientar los comportamientos humanos, estableciendo de antemano pautas que canalizan la conducta en una dirección determinada. Así, las instituciones se convierten en “ordenadoras del mundo social”, tienen fuerza normativa en tanto se experimentan como existentes por encima y más allá de los individuos a quienes toca encarnarlas, en ese momento se experimentan como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo.

Por otro lado, la **externalización** es el:

Proceso por la cual las instituciones aparecen fuera del individuo, persistentes en su realidad están ahí, existen como realidad externa el individuo no puede comprenderla por introspección: debe "salir" a conocerlas, así como debe aprender a conocer la naturaleza el mundo se experimenta como algo distinto a un producto humano. (Berger y Luckman, 1986, p 83)

El proceso de **externación**:

Serie de procedimientos y acciones que se ponen en juego con el fin de lograr el acceso a la autonomía psicosocial de los usuarios de un servicio de salud mental como es la internación. Durante este proceso se tendrán en cuenta todos los dispositivos de acompañamiento necesarios por los que debe atravesar, con el objetivo de lograr su recuperación, así como el cumplimiento de todos sus derechos (Tisera, Bavio, Lenta 2009)

Es en este punto en donde se encuentran los residentes de CMC y RC, conociendo y experimentando nuevas formas de ser considerado dentro de la práctica de la SM. Se deja de ser “paciente” para devenir en usuario de salud mental, con otras libertades que cada uno irá haciendo propio.

6.2 DISPOSITIVOS ALTERNATIVOS COMO RESPUESTA A LA INTERNACIÓN.

Con las sanciones de las Leyes Provinciales y Nacionales en el año 2010 se apunta a reconocer a las personas usuarias del servicio de SM como *sujeto de derechos*. Se toma el principio de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, en donde solo podrá darse adecuada garantía al derecho a la salud mental cuando, a su vez, se vean garantizados otros derechos vinculados con aspectos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. Esto se da como consecuencia de años de prácticas en salud mental en donde los pacientes permanecían en instituciones por largo tiempo. Los profesionales en salud mental estaban convencidos de que quienes padecen enfermedades mentales ya no podían ser obligados a permanecer en instituciones que los aislaban de la sociedad, se eligió por iniciar un sistema de atención en la comunidad que termine con la marginación. Ya había quedado muy claro que el manicomio, más que un espacio de cura, era un espacio de enfermedad cuyo remanente más visible era la cronificación (Sacristán, 2009, p. 170).

Desde esta perspectiva se desprenden nuevas formas de entender la salud mental y los sujetos padecientes. Se marca un camino en el cual se deben reevaluar, repensar y cambiar las prácticas en el campo de trabajo para optimizar y mejorar la calidad de vida de los usuarios, profesionales de la salud mental y sociedad en general. La desmanicomialización involucra rehabilitar y resocializar a las personas que sufren de enfermedades mentales encerradas en los “viejos hospitales psiquiátricos custodiales” (Fernández Bruno & Pablo, 2003, p. 20) con el objetivo de que puedan reintegrarse a la sociedad y que la misma acompañe y contenga las posibles limitaciones que ellas presentan evitando así que permanezcan aislados.

Es necesario conceptualizar **dispositivo**, desde Foucault, una relación entre distintos componentes o elementos institucionales que también incluiría los discursos, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos, morales y/o filantrópicos, que circulan dentro de dicha relación Foucault aclara que el dispositivo es una red entre estos elementos.

A nivel descriptivo, los dispositivos de encierro y los alternativos al mismo deberían tener fundamentos distintos que los sustenten; tanto sus prácticas, como sus discursos y posiciones filosóficas. Aun así, como modelo puro, son muy difícil de observar en la práctica. A lo largo de la historia no solo cambiaron la manera de concebir a la locura y al loco, sino que las instituciones debieron también ser modificadas. Se transformaron los dispositivos, en tanto red constituida por diferentes elementos que se vinculan entre si y que surgen frente a una urgencia (Foucault, 1984).

Plantear y promover la *externación asistida* implica un posicionamiento ético y clínico de respeto de los derechos de los usuarios de salud mental. En este proceso no solo tiene que garantizarse el cumplimiento de los derechos sino que también comprometerse al trabajo comunitario, con las familias, profesionales instando a cambiar las prácticas manicomiales encarnadas (Caceres et al., 2009).

Estas prácticas se verán posibilitadas a partir de la implementación de dispositivos de base habitacional y comunitaria, como por ejemplo Dispositivos de talleres, Centro u Hospitales de Día y Noche, Casas de Medio Camino, Residencias Compartidas, Residencias Protegidas y Centros de Capacitación. Aun así los mismos seguirán la lógica de la institución que los respalda

desarrollando prácticas que fundamentarán las concepciones de sujeto, salud y enfermedad que las atraviesan y que regularán las relaciones dentro de la misma. Es en este contexto en donde cada uno de los residentes irá internalizando sus experiencias y creando un sentido con respecto a lo vivido. Posicionándose ante la Ley, los reglamentos institucionales y los acuerdos individuales de otro modo al que tenían mientras han estado internados. Podremos identificar como se encuentran frente a esto y que percepción tienen de ellos mismos como sujetos de derechos, ver en que medida han incorporado estas nuevas normativas legales, institucionales y de convivencia para su vida cotidiana. Estos contextos influyen a la hora de que el sujeto construye su mundo y de cómo el mundo construye al mismo. Es decir la realidad de la vida cotidiana son esas rutinas. Es un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros, se como el mundo es tan real para los otros como lo es para mí, la realidad es intercomunicativa. La realidad de la vida cotidiana se presenta como ya objetivada y verdadera, es decir, constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que yo apareciese en escena. Desde lo que plantean Berger y Luckman el sujeto construye una realidad y esa realidad vuelve a él, la misma está en constante transformación.

Me detendré en la lógica de las CMC y RC, que fueron pensadas y diseñadas en base al Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A), la cual plantea que su objetivo es la externación y rehabilitación de personas con años de internación, cronificadas en la institución Neuropsiquiátrica, que pasan a convivir en grupos de entre 3 y 5 personas (Cáceres et al., 2009). Esto constituye el pasaje de estas personas al ejercicio de pleno de sus derechos como ciudadanos.

Describo sucintamente en qué consiste cada dispositivo alternativo de la institución en la que desarrolle mi práctica:

Las Casas de Medio Camino es un dispositivo que brinda servicios similares al que brinda un hogar de familia (pertenecer a un grupo, estar alojado) a pacientes o ex – pacientes que padecen enfermedades mentales y no pueden convivir ni con su grupo familiar o de manera independiente.

Por su parte **Residencias Compartidas** es un dispositivo que está destinado a aquellos pacientes con padecimiento mental prolongado, que no disponen de recursos económicos

suficientes para la concreción de una vivienda y/o familia continente que acompañe el cumplimiento al derecho a una vivienda digna. (Cáceres et al., 2009).

Ambas son entendidas como alternativas terapéuticas propuestas en la Ley Provincial N°9848 orientadas a la recuperación y rehabilitación de sus usuarios. Se espera que sea el proceso de transición entre el internado y la cotidianidad. Se busca poder evitar nuevas internaciones.

Tienen por objetivo brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de Salud Mental respetando sus lazos vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

Se parte desde una mirada de presunción de capacidad de todas las personas y su posibilidad de rehabilitarse buscando superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial.

6.3 REGLAMENTOS INSTITUCIONALES COMO ENCUADRE.

Para tener un idioma común con el lector, propongo una definición de reglamentos y sus implementaciones. Hay diversas definiciones y sentidos, opté por la que describe la Real Academia Española, ya que es la que más se acerca a lo que quiero comunicar. En su diccionario aparecen dos acepciones en cuanto a la palabra **reglamento**.

La primera **1.** m. Colección ordenada de reglas o preceptos, que por la autoridad competente se da para la ejecución de una ley o para el régimen de una corporación, una dependencia o un servicio. (Real Academia Española, 2014)

La segunda **2.** m. *Der.* Norma jurídica general y con rango inferior a la ley, dictada por una autoridad administrativa. (Real Academia Española, 2014)

Teniendo en cuenta lo allí descrito, sumado a la demanda y las exigencias del marco legal vigente, atravesados por el contexto de complejidad en el que nos encontramos en la clínica, las instituciones buscan métodos de intervención innovadores para necesidades concretas. Necesitan crear sus propias herramientas junto a fundamentos teóricos y técnicos que le permitan un abordaje integral junto a otras disciplinas. Así se abren camino a implementar los nuevos dispositivos y **reglamentos** para ejecutar lo que se proponen en las Leyes de Salud Mental. Por lo general las leyes necesitan un desarrollo de sus disposiciones y de este desarrollo se encarga el **reglamento**.

Otro de los puntos destacados de la Ley provincial es la importancia que tiene el **consentimiento informado** a la hora de dar inicio al tratamiento. El mismo es entendido como el medio por el cual se le informa anticipadamente al paciente de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten y el proceso que seguirá el tratamiento.

Es entonces un dispositivo legal, de conocimiento y cumplimiento obligatorio, que rige para todo tipo de intervención profesional. Allí deberá figurar como se llevará a cabo el tratamiento, su alcance, mencionar riesgos y beneficios terapéuticos, como así también cuestiones éticas como levantamiento de secreto profesional.

En las CMC y RC se llevan a cabo distintas estrategias de intervención dirigidas a la rehabilitación de hábitos de la vida cotidiana (higiene, limpieza del hogar, alimentación, división de tareas de mantenimiento, toma de medicación, salidas/permisos), actividades las cuales fueron previamente aceptadas por los residentes al firmar el **reglamento de convivencia** y **consentimiento informado** (Ver anexo). Los mismos son herramientas creadas desde la institución para poder llevar adelante los nuevos dispositivos con la mayor eficacia y compromiso posible. Estos documentos se transforman en las variables constantes del tratamiento por lo que se los puede considerar como el **encuadre** que va a sostener ésta práctica.

Hoy la clínica nos presenta diversos escenarios en donde se conjugan múltiples factores biopsicosociales, económicos, políticos, culturales e históricos por lo que encontrar un modo de abordaje es un reto al que debemos sobreponernos. En palabras de Viñar (2002) Es un desafío de la práctica a la que estamos expuestos, en donde se requiere pericia y creatividad para crear un **encuadre** compatible en donde el sujeto se comprometa en una postura reflexiva, a poner en

palabra lo que causa su malestar. Operando allí la atención flotante y asociación libre. Propone que el encuadre se construye con el paciente y que demanda de un tiempo para ser establecido, no es de una sola vez y para siempre.

A su vez es oportuno retomar las palabras de Bleger para comprender a qué me refiero con el concepto encuadre

Constantes de un fenómeno, un método o una técnica en el cual se incluye el rol que adopta el analista, las variables espaciales y temporales, y factores de la técnica en donde se detallan cuestiones como la fijación de horarios, honorarios, recesos pautados, etc. (Bleger, 1967).

Bleger (1967) menciona también que en el encuadre psicoanalítico existen muchos escritos sobre la importancia de su aplicación y mantenimiento. Sobre cómo el paciente rompe muchas veces con estas reglas. Postulando que el encuadre se manifiesta cuando se rompe.

El encuadre es una institución dentro de la cual se suceden conductas, cuando se mantiene sin variaciones no provoca conflicto, el analista siempre intenta sostenerlo, pero como en las instituciones no se perciben los inconvenientes si no aparecen frente a nuestros ojos, la simbiosis se mantiene invisible, solo se hace presente cuando se produce una ruptura, el encuadre se muestra como una metaconducta y de él dependen lo que reconocemos como conductas, es simbiótico porque sirve de sostén, como una madre para su hijo, pero solo esto se puede apreciar cuando algo cambia, se modifica se rompe, entonces lo imprevisible se esconde detrás del encuadre (Bleger, 1967). Es por estas razones que durante mis observaciones estuve atento a los momentos en que la dinámica propuesta se veía en tensión o transgredida por quienes conformaban el encuadre, pero lo retomaré más adelante.

A su vez me valgo de las conceptualizaciones de Green (2011) quién considera *encuadre* al conjunto de condiciones de posibilidad requeridas para el ejercicio, lo cual abarca las disposiciones materiales que rigen las relaciones entre entrevistador y entrevistado. Conforman el encuadre, por un lado, la **matriz activa** compuesta por la asociación libre del paciente y la atención flotante del analista, acompañados de su neutralidad benévola. Por el otro, el **estuche**, que implica los aspectos más duros y formales, como el número y duración de sesiones,

periodicidad de los encuentros. La matriz activa es la alhaja contenida en el estuche. En su escrito también menciona la **regla fundamental**, compuesta por atención flotante y asociación libre. Regla que se distingue del encuadre material, una especie de contrato que se inscribe como tercero a modo de ley superior de ambas partes. Dando valor al encuadre interno del analista, en el que el mismo internalizó en su propio análisis.

Estos conceptos me permiten pensar de qué modo el tratamiento desarrollado dentro de los dispositivos alternativos, ayuda a los residentes en trabajo con el equipo tratante, a incorporar mediante el trabajo analítico las regulaciones a las que están expuestos, poder realizar un proceso subjetivo de dichas experiencias. Ligado a su percepción como sujeto de derecho dentro de los tratamientos llevados a cabo. El profesional actúa como auxiliar para poder anudar algunos aspectos cotidianos a su realidad psíquica.

La práctica se llevó adelante dentro de un marco institucional atravesado por leyes internas y externas, con usuarios en proceso de externación con diversos cuadros y características, la mayoría de ellas características no neuróticas. Considero importante entonces mencionar la función del *encuadre* como una *institución*. En palabras de Bleger (1966) :

El encuadre como institución, es el depositario de la parte psicótica de la personalidad, es decir de la parte indiferenciada y no resuelta de los primitivos vínculos simbióticos. (p 7).

En este sentido el encuadre forma el *no-yo* del paciente sobre la base del cual se configura el *Yo*. El *no-yo* es el fondo o el marco del *yo* organizado. Es decir aparece como marco que posibilita la regresión y a la vez la limita, referencia tercera en una relación conceptualizada como dual. Lo que organiza al *yo* no son sólo las relaciones estables con los objetos o instituciones sino las frustraciones y gratificaciones ulteriores con los mismos. No hay percepción de lo que siempre está. La percepción del objeto que falta y del que gratifica es posterior; lo más primitivo es la percepción de una “incompletud”. Lo que existe para la *percepción del sujeto* es aquello cuya experiencia le ha mostrado que puede faltarle. En cambio, las relaciones estables o inmovilizadas (las no-ausencias) son las que organizan y mantienen el *no-yo* y forman la *base* para estructurar el *yo* en función de las experiencias frustrantes y gratificadoras. (Bleger, 1966)

Algunos pacientes, en mayor frecuencia los pacientes psicóticos, traen consigo su propio encuadre, el dinamismo de su interna y propia relación simbiótica, aunque en los psicóticos puede detectarse con mayor facilidad esto no implica que solo ellos tengan esta concepción, todos los pacientes traen la suya, se podría denominar como la parte psicótica de la personalidad (Bleger, 1967).

Podemos realizar una analogía entre la relación que se forma entre ambas partes, en lo que en la práctica alude a cumplimentar con los **reglamentos** firmados al inicio del tratamiento que rige para todos los residentes por igual, es decir, ciertas variantes que son necesarias mantener constantes para que pueda devenir un proceso, lo que haría referencia al **estuche**. A su vez estos **reglamentos** fueron pensados y enmarcados teniendo en cuenta las Leyes provinciales y Nacionales que indican qué características, derechos y obligaciones se deben cumplimentar.

Una vez iniciado el ingreso de los residentes a los dispositivos alternativos y quedando en claro las pautas más duras del tratamientos, se sienta las bases para que pueda ir desarrollándose la **matriz activa** la cual se verá reflejada en cada encuentro semanal de los profesionales junto con los usuarios, tanto individual, como colectivamente. Estando atravesados por la **regla fundamental**.

Cada residente que realice su tratamiento dentro del dispositivo irá atravesando etapas, cada una con características diferentes, y así configurando un encuadres diferente a la de sus compañeros. Es decir teniendo **acuerdos individuales** con el equipo tratante particular, y compartiendo normativas institucionales con los/as compañeras/os, acompañantes terapéuticos y Coordinadoras de los dispositivos.

Al **acuerdo** lo voy a entender como lo define la Real Academia Española como *aquella decisión sobre algo tomada en común por varias personas. Conformidad o armonía entre personas o aceptación de una situación, una opinión, etc.*

Es por esto que poder analizar el proceso de internalización que llevan adelante los sujetos dentro de los dispositivos, nos ayudará a tener un panorama más amplio que va desde lo general a

lo particular. Es decir la importancia que tiene el marco legal y reglamentario a la hora de llevar a cabo el tratamiento.

Intentaré trabajar sobre las relaciones estables que organizan el yo, recuperar lo cotidiano que se ha perdido con las internaciones de los mismos, un trabajo que pueda llevar al proceso de subjetivación que le permita al usuario reconocerse y recuperarse, como una persona autónoma de acuerdo a sus capacidades. La internalización de las reglas de las casas como primer nivel, ¿les permitirá poder mantenerse en los dispositivos bajo su tratamiento y progresivamente ir creando las herramientas necesarias para su re-socialización?.

7- MODALIDAD DE TRABAJO.

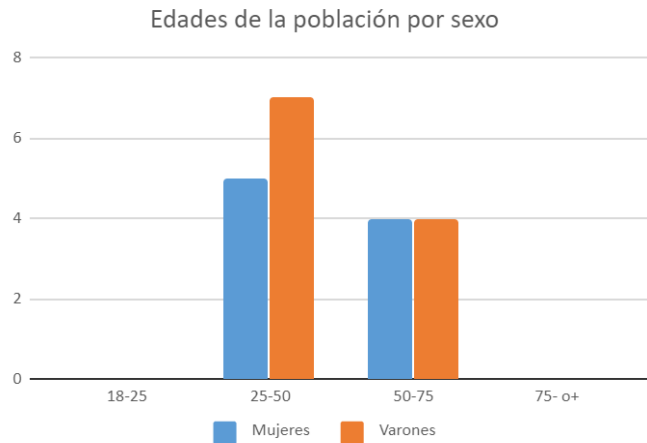
El presente trabajo de integración se llevará a cabo a partir de la experiencia realizada en las CMC y RC del Sanatorio Morra. La misma comprende un periodo iniciado en el mes de abril y se extiende hasta noviembre del 2018. A partir de esta práctica se utilizará la denominada *Sistematización de la Experiencia* como modalidad de trabajo. La misma es una interpretación crítica de aquello que aconteció durante el devenir en la institución y se orienta a reflexionar y reconstruir aquello que ha sucedido (Jara, 2011).

Dicha sistematización se lleva a cabo a partir de la realización de observaciones participantes de los espacios propuestos por la institución: asambleas semanales de convivencia con los integrantes de cada dispositivo, reuniones mensuales con los Acompañantes Terapéuticos de las CMC y RC, entrevistas individuales con los usuarios residentes, entrevistas familiares. Estos datos serán complementados con el análisis del diario de campo/ registros, lectura de legajos o historias clínicas y documentos de la institución. También se diseñará un instrumento para realizar entrevistas a sus miembros: profesionales y residentes. Además se realizará un consentimiento informado (en concordancia con las implicancias éticas que rigen en la actualidad) con el fin de esclarecer a los participantes cómo y para qué será utilizada la información que surja de dichas entrevistas. En el mismo documento se hará hincapié en la posibilidad de que lo que se exprese en la indagación quede registrado en soporte papel y de audio.

7.1 POBLACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.

La población que ha sido utilizada para la realización del presente trabajo son los profesionales del Sanatorio Prof. León S. Morra de la Provincia de Córdoba que forman parte del equipo referente de las CMC y RC y los residentes/miembros de los 4 dispositivos alternativos con los que el sanatorio cuenta.

Los residentes de CMC son 11, de los cuales 6 son hombres y 5 son mujeres. Sus edades van desde los 28 a los 60 años. Por otra parte los residentes de RC son 10, de los cuales 6 son hombres y 4 son mujeres, y sus edades van desde los 40 a los 65 años.



De acuerdo a la información a la que se pudo acceder mediante los legajos (historias clínicas) de los residentes, todos han experimentado procesos de internación prolongados en distintas instituciones psiquiátricas. Esos períodos en ningún caso han sido menor a los 15/30 días, por lo que distan demasiado de lo que se intenta promover en la vigente ley. Según lo registrado en estos documentos la sumatoria de tiempo que han estado internados varían desde 3 años a 30 años. Dando cuenta así de la cronicidad y monotonía en las formas de abordaje tradicionales de los tratamientos, lo que a mi consideración predispone a un deterioro de la SM de los usuarios. A su vez los residentes de las CMC y RC ya llevan 2 años en dichos dispositivos ya que su reinserción social se ve afectada por variables contextuales socioeconómicas y familiares. Por este motivo es que surgió la necesidad de diferenciar los tiempos de estadía en cada uno de los dispositivos, dando lugar así a la creación de la residencia la cual está pensada para un mayor lapso de tiempo al de 2 años. Este trabajo analizará la forma en la que atraviesan los usuarios dicha estadía. Buscando dar cuenta de la importancia que tienen las leyes y reglamentaciones institucionales en la misma.

La muestra se encuentra conformada por todos sus residentes, las profesionales psicólogas encargadas de la coordinación de los dispositivos, la psicóloga jefa del proyecto, la trabajadora social, AT que trabajan en CMC y de los AT de RC (que serán elegidos al azar).

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder analizar la Internalización de la ley, reglamentaciones institucionales y acuerdos particulares de residentes de CMC y RC del Sanatorio Morra, los instrumentos de recolección de datos utilizados son los siguientes:

Observación Participante:

Insertándome en las casas de manera paulatina para que mi presencia no fuera vivenciada de manera persecutoria en los residentes. Una vez que fui presentado, explicamos (junto a las coordinadoras de cada dispositivo) el motivo por el cual me encontraba allí. Es decir, realizar mi trabajo de finalización de la carrera de Psicología, en el cual se me hacía necesario conocer los dispositivos de CMC y RC. Para esto, si ellos estaban de acuerdo, iba a poder compartir algunos espacios registrando lo que allí sucedía.

Es por esto que la primera técnica de recolección de datos fue la observación participante de numerosos espacios, tales como: asamblea semanal de convivencia, reuniones de equipo, entrevistas a residentes y familiares, entrevistas de admisión, entre otros. Allí se intentó registrar la mayor cantidad de detalles de lo sucedido en el cuaderno de campo, para luego reescribirlos en los registros con mayor profundidad.

Revisión de documentos:

A lo largo de mi práctica pude ir tomando contacto con distintos documentos pertenecientes a la institución los cuáles son una fuente de información indispensable para mi trabajo final. Algunos de estos documentos son : Reglamento de convivencia de CMC y RC, legajos/historias clínicas, formulario de admisiones.

Por otro lado la lectura de los documentos que configuran el marco legal de la salud mental hoy, tanto a nivel provincial, nacional e internacional, que aportan datos indispensables para comprender el funcionamiento de los dispositivos alternativos.

Coordinación de asambleas semanales.

Llegando al final de las prácticas en el mes de Octubre se me presentó la oportunidad de coordinar 8 asambleas semanales junto con las profesionales psicólogas de los dispositivos. Del total de las asambleas realizadas fueron sub-divididas en dos por cada CMC y RC. Es decir que se obtuvo información por parte de todos los usuarios de estos dispositivos alternativos. Dicha actividad fue grabada, bajo el consentimiento informado previo de las personas participantes.

7.3 ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS.

El análisis será realizado a partir de una reconstrucción crítica de aquello que sucedía en la práctica. Dicha reconstrucción está pensada desde los nuevos paradigmas teóricos en salud mental atravesados por la complejidad en donde se busca poder observar la modalidad y dinámica de trabajo que se emplean, metodologías utilizadas y formas de participación de los actores del equipo, en relación a la práctica a los ejes propuestos. Como así también poder registrar experiencias en el lenguaje de los propios usuarios poniendo en tensión las conceptualizaciones teóricas utilizadas.

De este modo, las producciones de sus miembros, las observaciones y los registros llevados a cabo constituirán un material fundamental para la sistematización a realizar, a partir de la cual se busca comprender la Internalización en los dispositivos CMC y RC.

7.4 IMPLICANCIAS ÉTICAS.

En todos los casos se preservará el total anonimato de las personas implicadas, tanto profesionales como pacientes, respetando las normas deontológicas propuestas por el Código de Ética que regulan la profesión del Psicólogo (Fe.P.R.A) y Colegio de Psicólogos de Cba.

8-ANÁLISIS.

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO EN TORNO AL EJE PROPUESTO.

A continuación, describiré las experiencias que fui atravesando y compartiendo en este tiempo dentro del Sanatorio. Allí estuve en contacto con referentes institucionales, profesionales de salud mental, residentes y sus familias.

El inicio de mi práctica en el Sanatorio Morra fue el día 11 de abril del 2018, donde mis expectativas, miedos e incertidumbres se fueron aplacando a medida que fui adentrándome de lleno en la institución. Mis intereses en un comienzo estaban dirigidos a conocer el funcionamiento de un hospital neuropsiquiátrico en la actualidad, informarme sobre el cómo y el porqué de las prácticas que allí se realizan. Conocer si se sigue utilizando el control permanente, qué libertades y derechos tienen los pacientes, cómo son sus tratamientos, qué normas institucionales tienen que cumplir, qué posibilidades tienen de una reinserción a la sociedad. Es decir, comprender la posibilidad de un dispositivo alternativo que no sea la internación como única medida, ante distintos padecimientos de salud mental, como lo son las CMC y RC.

En el marco de las primeras entrevistas con las referentes institucionales, mientras manteníamos una charla sobre mis intereses sobre los nuevos dispositivos y su funcionamiento una de las psicólogas dice:

Las casas de medio camino, y el hospital de día, son dispositivos posibles, porque ante cualquier cosas, tenemos a este monstruo atrás” haciendo referencia al dispositivo psiquiátrico de internación. -¿Es posible hoy erradicar esta práctica? O ¿Es necesaria para sostener los demás dispositivos? -. (R.O 11/04/2018).

Fue entonces que surgieron los primeros interrogantes ¿Cuál es la función que cumple el internado? ¿Es plenamente necesario contar con un internado para implementar dispositivos alternos? ¿Podemos pensar otra alternativa ante la descompensación de un residente?

Día a día en los dispositivos alternos.

La afirmación de la licenciada, acrecentó mi motivación por conocer qué diferencias había entre un dispositivo como el internado y otros como CMC y RC. Fue entonces que me inserté en actividades acompañando a los profesionales como observador no participante. Algunas de las actividades que fuimos compartiendo se centraron en las asambleas con los residentes de cada casa, una vez a la semana, los días jueves por la mañana y tarde. Otra de las actividades que compartí eran asambleas con los acompañantes terapéuticos que se realizan los días miércoles por la tarde. Las mismas se organizan una vez al mes con cada equipo ya sean pertenecientes a las Casas o Residencias. También los días lunes participé de diferentes actividades: entrevistas con residentes de manera individual para trabajar alguna indicación puntual de su tratamiento, entrevistas con familiares de residentes, entrevistas con pacientes internados en el sector 1 y 3 con posibilidades de ingresar a estos dispositivos, visitas domiciliarias a las casas o residencias, lectura de legajos (nombre que le otorgan a un documento similar a las historias clínicas), entre otras. Durante la práctica, pude ir delimitando algunos temas que llamaban mi atención ya que se presentaban en distintos ámbitos de manera recurrente.

En estos espacios pude observar cómo los usuarios tienen la posibilidad de acceder a este tipo de tratamiento y cuáles son algunas de las condiciones que deben cumplimentar para poder sostenerse en el mismo. Institucionalmente rigen normas establecidas por escrito en un *reglamento institucional* y en un *acuerdo* que firman tanto residentes como sus familiares, lo que es conocido como *consentimiento informado*. Este documento adquiere gran valor a la hora de realizar intervenciones, ya que es recordado a los residentes cada vez que no cumplimentan alguna de esas pautas necesarias para la convivencia o el tratamiento. La necesidad de tener un documento como el *consentimiento informado*, surge desde la implementación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental en Argentina, en la cual se apunta al reconocimiento y cumplimiento de los derechos de usuarios del servicio de SM. Se vuelve fundamental tener en cuenta la voluntariedad expresa de quien va a recibir determinado tratamiento, como así también de su curador¹, en caso de ser necesario. Estos requisitos los pude ir notando en las entrevistas que se

¹ Según el Art 275.1 del Código Civil el **curador** es el individuo que oficia como complemento de las capacidades de una persona con discapacidad en actos jurídicos. Podrán ser curadores las personas

realizan de manera preliminar para el ingreso de los usuarios a los dispositivos. Allí al comienzo de la misma se interroga sobre instituciones previas a las que concurrió (educativas, salud mental, rehabilitación, comunitarias), internaciones psiquiátricas previas (motivos y características de las mismas: voluntarias, involuntaria-judicial civil o penal), persona referente para su vida(familia, amigos). Luego se continúa por su constitución familiar, redes de contención, vida cotidiana, rutinas (habilidades, dificultades, cotidianeidad, toma de medicación, higiene y cuidado personal). Por último administración y cobro de ingresos propios (jubilación, pensión, renta ayuda familiar), intereses y gustos (actividades recreativas, deportivas conocimientos previos), expectativas con respecto a la CMC/ RC.

Para llevar a cabo las entrevistas por lo general nos dirigimos a la parte de los consultorios de neurorehabilitación, y allí en mesa de entrada nos facilitan un consultorio. Otra manera es dirigirmos a los sectores 1 o 3 en donde se encuentra internados los usuarios

Algunas observaciones de la experiencia allí vivida.

En el espacio de la recepción de neurorehabilitación ya se encuentran esperándonos dos mujeres, quién va a ser entrevistada acompañada de su hermana. La coordinadora hace pasar a F y le pide a su hermana si por favor podía aguardar afuera. La semana pasada ya han tenido una entrevista con ella. F manifiesta que su hermana, quién la acompañó hoy, es su punto de apoyo. La licenciada le pregunta acerca de sus internaciones. *“ En el 95 fue la primera, en el Neuro, cuando era adolescente ”*, tuvo una breve internación y en 2001 tuvo una recaída por la cual fue internada en la clínica Saint Michel. Agrega que luego de esa internación estuvo yendo a consultorio externo del Neuropsiquiátrico. Agrega que participó en el hospital de día del Hospital San Roque. Cuenta que

“Le preocupa no hacer nada”. “Hace poco estuve internada acá en el Morra, y me quedo una buena impresión de los profesionales.” “Quiero hacer algo, no estar tan sola” “Cuando estoy sola la cabeza me piensa”. Luego expresa claramente “Quiero ir a las actividades del hospital de día”. “No quiero vivir más con mi hermano”. “La casa es una buena opción para mí y para la hermana”. (R.O 07/05/2018).

mayores de edad que, a juicio de la autoridad judicial, sean aptas para el adecuado desempeño de su función.

De este registro se rescata la importancia de la voluntariedad de la usuaria como así también el de su familiar, para acceder a una posibilidad que en sus experiencias anteriores no ha tenido, ni se le ha consultado. Siempre han sido internaciones ante la emergencia. Luego de esto se comenzó a tramitar los primeros acercamientos a la RC y la puesta en marcha de la firma de los documentos necesarios como consentimiento informado, reglamento institucional y autorizaciones de las obras sociales.

Una vez que los usuarios ya son parte de los dispositivos, la forma que se ha encontrado para realizar un seguimiento semanal son las asambleas que tienen un valor fundamental ya que es un espacio que se utiliza para acompañar a las personas que allí viven, en donde se pone en tensión todas las cuestiones que atraviesan el día a día, donde se acompaña a los residentes a enfrentar las vicisitudes de vivir en sociedad.

En este espacio, se tocan los temas centrales del tratamiento de los residentes como la toma de medicación, manejo del dinero, cuestiones referidas a la higiene y limpieza de la casa, siendo un sitio donde se refuerzan acuerdos grupales y se toman decisiones. A su vez con los acompañantes terapéuticos que forman parte del equipo tratante se lleva a cabo una reunión similar en la que se trabajan las mismas temáticas anteriormente mencionadas. En una de las asambleas se habla sobre que hay un malestar en la casa en la que la residente E manifiesta

E: Está muy saturada la casa, está lleno de AT.

(Pienso en cómo se sienten o le resulta que vengan los at u otros estudiantes a la residencia.).

Me cansa que a cada rato viene alguien y siempre lo mismo.

Lic: Eso que te molesta es el trabajo de los AT. Tomenlo como un recurso del tratamiento.

(Luego les pregunta si están al tanto de qué tratamiento reciben: psicológico y psiquiátrico).

Bueno, para eso están los AT, para que los ayuden a uds en sus tratamientos. (R.O 07/06/2018).

Los AT son una pieza importante dentro del encuadre en que se desarrollan los dispositivos alternos ya que posibilitan a los usuarios recuperar su cotidianeidad y resolver pormenores que allí se presentan.

Durante una asamblea en la que se encontraban las psicólogas referentes, junto con los acompañantes terapéuticos de la RC de hombres, una de las licenciadas, en relación a que un residente no ha cumplimentado ciertas normas, realiza el siguiente señalamiento a los

acompañantes:” *Hay que seguir la coherencia de las normas de la casa... si uno no cumple y hace lo que quiere, los demás también lo hacen.*”(R.O 25/04/2018).

En el mismo contexto una de las acompañantes refiere a otra falta del residente en cuestión, a lo que la psicóloga responde:

D, tiene que hacer su cronograma, las reglas de la casa son claras. Hay pasos que cumplir en el tratamiento. El dispositivo es voluntario, si no puede cumplir con lo mínimo, es por eso que tiene un alta forzada de la residencia. (R.O 25/04/ 2018).

En este apartado se refieren a *alta forzada* dentro del proceso que se encuentra transitando el residente. Este proceso implica irse de la residencia debido a que no ha cumplimentado ciertas reglas establecidas y cuenta con los recursos económicos necesarios para poder hacerlo. Esto no ocurre de manera inesperada, sino que se acompaña al paciente en una salida progresiva del dispositivo. Se le plantea al residente que reflexione sobre su estadía en los dispositivos, que ha acordado cumplimentar con ciertas normas que le permitan progresar en el tratamiento. El término de alta forzada es tomado también como una intervención desde el equipo tratante para lograr cierto *insight* de su situación actual.

Finalizando la asamblea, las licenciadas brindan algunas herramientas a los acompañantes terapéuticos para manejar situaciones cotidianas en las que los residentes no cumplan con lo establecido previamente: *“En éstas intervenciones pueden recordarles el marco general de las casas, nunca está de más. Hacen circular el reglamento” (R.O 25/04/ 2018).*

Esta forma que tiene la institución de ir aplicando en los nuevos dispositivos mediante sus profesionales lo que dispone la Ley: enmarca cuestiones generales e institucionales al inicio del tratamiento de cada usuario, lo que podría leerse desde lo clínico como *encuadre* del tratamiento.

Cuando los puntos indicados en el reglamento no se cumplen, las profesionales a cargo de estos dispositivos son las encargadas de puntualizar, remarcar, reforzar diversos puntos en los que no se está haciendo caso a indicaciones dispuestas para el tratamiento. Es decir ante las disrupciones en el **encuadre** que puedan presentarse en cada caso particular, respecto de las cuales surgen intervenciones que apuntan a reencuadrar o revisar **acuerdos** individuales o normas previamente establecidos. Por ejemplo nos encontramos en las asambleas semanales donde se

debaten cuestiones cotidianas del cuidado de la casa y personales que hacen a la convivencia. Se reúnen los usuarios mientras algunos toman su desayuno. Se debate sobre cuáles van a ser las compras semanales. Entre otras cosas se decide comprar una leche descremada y otra entera, jugo en botella o sobre. Cada uno expresa porque quiere comprar cada cosa. La licenciada quien dirige la asamblea otorga y retoma la palabra de todos. *“Lo que anoten en la lista es lo que van a comprar. O es el encargado de escribir la lista, pero se arma entre todos, es un consenso”.* (R.O 31/05/2018).

Aquí es la coordinadora la que debe poder crear una red de interacciones que le dé inicio a una trama grupal. Su función es variada, porque no sólo escucha, si no que interviene, interpreta y observa, luego da una devolución al grupo sobre el desarrollo grupal de ese día. Estos podríamos denominarlo como el **acuerdo** al que han llegado dentro de la convivencia, esa lista representa los intereses de la mayoría para el beneficio de todos, algunos han tenido que hacer algunas renuncias pero es parte de la convivencia. Otro de los **acuerdos** es en base a la organización del dinero. Ellos cuentan que de acuerdo quién vaya a comprar esa semana se organizan de diferente manera con el dinero. En algunas oportunidades se junta el dinero una vez armada la lista. En otras quienes vayan a comprar ponen el dinero y luego sus compañeros le devuelven.

Durante la misma asamblea uno de ellos comienza hablando de las salidas de los fines de semana, a lo que interviene un compañero y lo hace callar

“S No estábamos hablando de eso

W cada uno habla de lo que quiere.

Interviene la Lic. Y menciona que todos van a tener la oportunidad de plantear sus situaciones.”(RO 31-05-2018).

Aquí podemos ir viendo como algunas de las intervenciones apuntan a mantener un orden dentro de la dinámica en la que se desarrolla, si bien los valores como el respeto no están escritas en el reglamentos se conjugan tácitamente a medida que se transita el tratamiento.

Se ha observado que en general estos aspectos se van trabajando en entrevistas de manera individual si la falla es particular de un residente o de manera grupal, en las asambleas, si la falla atañe a todos. Esto se reflejaba claramente en la cotidianeidad de las casas en situaciones como la

siguiente en la que una de las residentes estaba manejando medicamentos que no eran los indicados y debido a su estado clínico y psíquico podía ser perjudicial para su salud, le señalan:

Lic Vos no puedes manejar la medicación acá, si hay algún tipo de medicación que no es la indicada, es motivo de expulsión. Los que tenés son de acuerdo a la particularidad de tu tratamiento clínico, ¿estas yendo al 4? (R.O 21/06/2018).

La licenciada hace este señalamiento ya que es habitual que esta residente se automedique sin medir las consecuencias. Con respecto a la pregunta del 4, es porque allí administran y supervisan la toma de los psicofármacos. “*Lo tomamos como la primera falta, ya lo hablamos con tu familia y están al tanto de la posible suspensión*” (R.O 21/06/2018). Aquí claramente podemos ver la intervención en la parte individual de los abordajes.

Con respecto a la parte que concierne a todas las participantes, es común verlo en las asambleas en las que se trabajan cuestiones cotidianas como la limpieza, cocinar o actividades que realiza cada usuario que fomenten su autonomía. En una ocasión cuentan que se están pudiendo dividir las tareas. Se ayudan entre ellas y a una nueva residente que recién ingresa.

E A veces le prendo la hornalla a F,

Lic Que otra dificultad tenes que no te permita ser autónoma

F no tengo otra dificultad

T Si tiene, no sabe manejar la ducha.

Lic bueno eso hay que trabajarlo con la AT

F Pero yo no quiero tener AT

Lic Pero lo necesitas... Vamos a negociar en tanto ustedes cumplan con lo establecido (R.O 21/06/2018).

Otro ejemplo de **acuerdo** es el de M que continúa con su problema de dinero con su jubilación/pensión y se lo ve muy preocupado.

M Lic hay alguna noticia de lo mío /pregunta con timidez./

Lic No M, sabe que la trabajadora social está en eso, pero hay una problemática y los tiempos de tribunales y el ANSES son distintos. A Ud le siguen prestando dinero sus compañeros?

M Si le debo 200 a I, 300 a ..

I y T contestan Si Lic nosotros le prestamos.(R.O O7-O6-2018).

Acá mediante la intervención de la psicóloga ayuda a construir una herramienta para que entre ellos lleguen a un acuerdo. Pienso en ¿qué importancia tiene importancia el dinero para la autonomía de cada uno de ellos?¿influye en su inserción en sociedad?¿mejora su calidad de vida?.

Durante la misma asamblea acusan a M de no cumplir con las tareas de limpieza, que no las hace o las hace mal. Él se encuentra muy tímido y alejado de la mesa, la licenciada toma nota de esto e interviene

“Pero M ud no espera que venga la AT y lo ayude” Asiente con la cabeza, los otros atacan “Si pero muchas veces lo anota y no lo hace.” Lic. bueno eso ud se lo comunican a la AT, lo dejan anotado”- También acusan que lleva varios días sin bañarse.

Lic. Eso es cierto M?

M. No, hace 3 días más o menos, el lunes me bañe

Lic. Bueno M recuerde que habíamos hablado que como mucho 2 días podían pasar sin higienizarse

M. Si Licenciada. (R.O 07/06/2020).

Además de las normas establecidas por escrito circulan otras que se van adecuando a determinado dispositivo y también de acuerdo al tratamiento de cada residente. En palabras de la coordinadora del dispositivo *“Hay reglas que la casa tiene que están escritas y otras que son parte del grupo, irás ganando tu lugar”.* (R.O 07/06/2020).

Ya que dentro de una misma casa o residencia algunos tienen que cumplimentar con ciertas actividades por indicaciones del equipo tratante que otros no. El no cumplimentar con estas normas, pactos y acuerdos pueden constituir motivos suficientes para una suspensión y/o alta forzada del dispositivo. Situación que se dió particularmente en la CMC de Mujeres en el mes de Mayo, donde tres residentes fueron suspendidas debido al consumo de estupefacientes por un periodo indefinido. A continuación algunos fragmentos de mis registros que dan cuenta de éstas situaciones:

Lic. ¿Cómo estamos cada uno con lo que está pasando?...

M Yo estoy muy preocupada, triste, esta medida me enoja. Me parece que fue una opción exagerada, estuve un año encerrada, me muero si tengo que volver a eso (haciendo referencia al internado).

Lic. Es que a nosotras también nos pone mal esta decisión, pero se lo dijimos varias veces. La orden llega desde la dirección... “A nosotras también nos excede, es la dirección que toma estas medidas. Se lo advertimos varias veces, fuimos flexibles, pero si no van al médico, fuman adentro, no cocinan y ahora esto del consumo de marihuana” “Ahora en este tiempo que van a estar fuera de la casa, reflexionen, recuerden que este dispositivo es voluntario, nadie está obligado de estar acá. Revisen sus prioridades (R.O 3/05/2018).

Durante el transcurrir de las prácticas la atención en la observación está focalizada en el cumplimiento o no de las constantes establecidas previamente, ya que para las profesionales son un pie fundamental que posibilita el tratamiento. Parece ser que lo normativo, adquiere relevancia en lo que respecta a las posibilidades de realizar un tratamiento eficiente en estos nuevos dispositivos terapéuticos. Asoma una especie de control constante con respecto al tratamiento, similar a la de un internado, con la diferencia de que en estos dispositivos la permanencia es voluntaria. Se respetan las libertades de los residentes y las elecciones que hacen con respecto a cumplimentar o no con ciertas actividades, que son pensadas desde los equipos tratantes para alcanzar los objetivos acordados en cada caso. Por ejemplo una de las residentes de las cuales se había olvidado del espacio y el horario en que se desarrollaba la asamblea se ausentó. Sin embargo dicha ausencia se debía que viene del psicólogo del cuál recibe tratamiento ambulatorio. El mismo tiene consultorio en la parte de adelante del internado, por lo que ha aprovechado y pasó a visitar a compañeras que aún se encuentran allí y las cuales estaban participando de las actividades del hospital de día. *“Cuenta que se compró sus cosas, está contenta de poder hacerlo. Además el fin de semana irá a visitar a su mascota. También ha comenzado las clases de artes por fuera de la casa con un profesor particular”.* (R.O 07/06/2018)

Éstas decisiones, propias de cada residente, ¿van construyendo la internalización de la ley, reglamentos institucionales y acuerdos individuales?

Los dispositivos de CMC y RC atraviesan a cada sujeto de manera singular.

M dice “Yo estoy cansada, no puedo decidir por mí misma con 40 años, yo no decidí estar internada 1 año. No tengo la libertad que tiene una persona normal a los 40 años estando acá adentro”.

La psicóloga le contesta “Te recuerdo que acá uno está voluntariamente, pero si te quieres quedar te tenés que acomodar a las reglas de la casa. En este tiempo podrás pensar si quieres estar acá o no”... “Cuando las cosas no se cumplen, salen mal y vos te pones en riesgo”.

I “Me está yendo bien en el curso, hacía rato que no estaba en un aula con una profe”. “Para mí esto es nuevo, me pase 20 años yendo al hospital de día.” (R.O 07-06-2018)

D “ Me dí cuenta que perdí mucho al haber dejado de ir al hospital de día. “Recupero una especie de hermandad”. (R.O 07-06-2018).

En este fragmento podemos ver cómo los residentes, de acuerdo a sus experiencias en los diferentes dispositivos de tratamiento, ya sea el internado o CMC ¿van conformando un modo de **internalizar** sus vivencias en los dispositivos alternativos a partir de una diferenciación de sus experiencias previas del internado.?

Es en base a dicha experiencia recientemente vivida, surge el interés por ahondar en la forma que se internaliza la ley, los reglamentos institucionales y los acuerdos individuales por parte de quienes están transitando por los dispositivos de CMC y RC. Así también poder comprender y caracterizar la importancia de las mismas como parte de un encuadre en el tratamiento de rehabilitación y los diferentes efectos que se producen de manera particular en algunos de los residentes.

8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.

Lo que se busca en el presente análisis es dar cuenta de la aplicación de las leyes que hoy regulan la salud mental en Córdoba dentro del Sanatorio Morra. Con la particularidad de las prácticas nuevas tendientes a propiciar a la persona de nuevos derechos y posibilidades de enfrentar a la sociedad que antes los segregó. Desde la institución se toma dimensión y se entiende que cada proceso de internación produce una ruptura en el entramado social del individuo por lo que sus vínculos, afectos, espacio laboral o desarrollo cotidiano se ve fragmentado en su dinamismo y obstaculiza su reinserción.

El hecho de haber pasado por la experiencia de la internación psiquiátrica puede constituirse en una marca permanente que condiciona la forma en la que una persona es percibida por los otros y la manera en que ella se percibe a sí misma (Michalewicz, et al., 2011). Las personas que han pasado por internaciones psiquiátricas han estado sometidas a dispositivos muy fuertes de objetivación que los anulan en tanto sujetos de derecho (Stolkiner, 2010).

Es por esto que se tiene la necesidad de implementar reformas en la atención en salud mental, Amarante (1995) plantea la necesidad de deconstruir la visión esencializada y psiquiatrizada de la locura circunscripta a la enfermedad mental, para lo cual es preciso desarmar las relaciones de racionalidad/irracionalidad que restringen al loco a un lugar de desvalorización y desautorización para hablar sobre sí mismo (Amarante, 1995).

La vigencia efectiva de los derechos puede revertir las consecuencias de las prácticas desubjetivantes.

En sus comienzos en la institución se dió pie a trabajar para la creación de dispositivos alternos que permitan a los usuarios encontrar un nuevo espacio donde recuperar su lugar en la sociedad. Fue pensado como un espacio para poder significar nuevos vínculos o el restablecimiento de vínculos previos a la internación. Allí se apuntó a la re-creación y fortalecimiento de redes vinculares y sociales como así también el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los residentes con el objetivo de potenciar su autonomía la cual le devolverá su rol de sujeto activo de derecho en su proceso de integración social, dejando así su rol pasivo de sumisión.

En este proceso no solo tiene que garantizarse el cumplimiento de los derechos sino que también comprometerse al trabajo comunitario, con las familias, profesionales instando a cambiar las prácticas manicomiales encarnadas (Caceres et al., 2009).

La posibilidad de que tengan roles protagónicos, les permite recuperar la voz acallada. Los usuarios pueden aportar un punto de vista desde su propia experiencia que permite contrarrestar las posturas hegemónicas al respecto y diseñar y perfeccionar propuestas alternativas. (Michalewicz, Obiols, Ceriani, y Stolkiner, 2011).

Pero como la subjetividad de cada época brinda las herramientas para afrontar lo que en ese tiempo, cultura y sociedad demandan, la interpretación y aplicación de lo legal no escapa a dicho proceso. Es por esto que de acuerdo a lo que la Ley propone cada institución lo fue adecuando a sus posibilidades. Reflejado en una entrevista realizada a la Jefa del proyecto en 2017:

La ley no es tan clara ya que en un principio los enuncia, pero no los define a cada uno operacionalmente ni de manera acabada, como sucede con todas las reglamentaciones. Se reglamentan pero después la interpretación que cada uno haga de eso es bien particular. (Botta, 2018).

Para entender de qué se tratan las nuevas formas de abordaje es necesario conocer lo que se dispone en el decreto reglamentario N°1022/11, de la Ley N°9848 en el capítulo IV Art 14 el cual expresa entre sus dispositivos alternativos a las Casas de medio Camino y Residencias Compartidas.

b) Casas de Medio Camino: Establecimiento que suministra servicios supletorios al hogar de la familia (alojamiento, pensión, pertenencia grupal) para pacientes o ex-pacientes mentales que no puedan convivir en su grupo familiar ni en forma individual o independiente. Requieren de una estructura mínima para un mejor y adecuado sostenimiento. Implican alojamiento pero no internación. Exigen la conducción asistencial de grupos a los fines de organización de problemas de convivencia, inserción socio-laboral, etcetera.

c) Residencias Compartidas: Destinado al alojamiento de pacientes con defectos o deterioro de sus facultades mentales, que necesitan un ambiente asistido profesional mente. Reconoce distintos niveles tales como: causas neuropsiquiátricas, gerontológicas, etc.

De acuerdo a lo propuesto por Berger y Luckman (1986) las instituciones se valen de objetivaciones que cumplen el papel de regular y orientar los comportamientos humanos, estableciendo de antemano pautas que canalizan la conducta en una dirección determinada. En este caso la Ley antecede a las reglamentaciones institucionales, las cuales se dictan para de alguna manera regular lo que allí sucede y alcanzar el objetivo propuesto previamente.

Dentro de lo que se desprende de dichas reglamentaciones, en la institución se produce un entramado de relaciones entre el equipo interviniente, usuarios y familia que interactúan de forma activa en la toma de decisiones, que busca un cambio la redistribución del poder, la reordenación de la autoridad y el mecanismo de toma de decisiones y proyectos. Constituyendo así una etapa del proceso terapéutico.

Este proceso implica una rehabilitación, resocialización y revinculación de los pacientes aquejados de enfermedades mentales encerrados en los clásicos hospitales neuropsiquiátricos, con el fin de que puedan reintegrarse a la comunidad y que la misma pueda tolerar y acompañar las limitaciones que ellos presentan, evitando así que permanezcan aislados (Fernández Bruno & Gabay, 2003)

A su vez la Ley nacional insta a que la atención en salud mental tiene que estar a cargo de un “equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente” (Ley N° 26.657, 2010). Esto incluye a la Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional.

Este requisito se ha logrado por parte de los profesionales que componen los nuevos dispositivos y puede plasmarse en palabra de quienes han llevado a cabo el proyecto de la siguiente manera:

La implementación de los nuevos dispositivos surge así, con esa demanda de la Ley, el director me convoca a mí, yo convoco a la actual coordinadora de la casa y a dos de las trabajadoras sociales, juntas empezamos a ir pensando el marco teórico, ajustándonos a la reglamentación, también entendiendo que estábamos en un contexto particular que es el Sanatorio Morra. Hoy somos un coordinador general o responsable del proyecto que sería yo, dos coordinadoras de la casa, una trabajadora social y lo más fundamental de todo es toda la batería de acompañantes terapéuticos. (Botta, 2018).

Es así como en un proceso de tiempo y trabajo se fueron acercando a lo propuesto en el marco legal con respecto a la necesidad de la interdisciplina para el abordaje de la salud mental.

De esta manera las instituciones se convierten en “ordenadoras del mundo social”. En este caso el Sanatorio Morra aplica reglamentos que tienen fuerza normativa en tanto se experimentan como existentes por encima y más allá de los individuos a quienes toca encarnarlas, en ese momento se experimentan como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo.(Berger & Luckman, 1967).

Aquí podemos ver reflejado cómo las profesionales se referencian a las autoridades de la institución para indicar un orden de jerarquía de quién es ese Otro que impone la norma institucional a la que todos deben responder para mantener un orden. Este recurso es utilizado habitualmente a la hora de realizar intervenciones que apuntan a restablecer la organización psíquica y un orden en las actividades cotidianas que hacen al tratamiento.

Unas de la finalidades de la Ley en cuanto al paradigma que nos atraviesa, es poder alcanzar la desmanicomialización, por lo tanto la misma, propone que “... el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”.(Ley Nacional 26.657 Art 9) Sobre este punto se trabaja arduamente dentro de los dispositivos.

Es un dispositivo en donde se trabajan los objetivos de rehabilitación psicosocial de un paciente que por diferentes motivos ha estado institucionalizado por muchísimos años, y que además su red familiar continente no puede sostenerlo pero es un dispositivo de transición entre un internado y la vida en la comunidad. (Entrevista).

En la cotidianeidad de la práctica se refleja el esfuerzo por generar articulaciones y redes para un abordaje en conjunto sobre las problemáticas de los usuarios. Como se menciona muchos han pasado varios años institucionalizados y volver a pasar por esa situación genera angustia “Estuve un año ahí encerrada, me muero si tengo que volver a eso”(R.O 03/05/2018).

Aquí podemos ver y articular con el concepto propuesto de **institucionalización**, se busca poder romper con la habituación de las formas de vivir de los residentes dentro de los dispositivos manicomiales. Trabajando sobre herramientas y aprendizajes cotidianos que se han perdido durante los años de internación. Muchos de ellos han vivido la rutina manicomial desde jóvenes lo que ha llevado a una gran pérdida de su autonomía por modos de funcionamiento institucional. Retomo aquí lo propuesto sobre instituciones totales (Goffman 1956) las cuales establecían una ruptura de las barreras que separaban al sujeto de su vida cotidiana, imponiéndole planes de actividades estrictamente programadas y sistema de normas formales explícitas, impuestas por un cuerpo de funcionarios o autoridad única. Esto generaba un impacto directo en la construcción de la subjetividad. Las prácticas realizadas negaban la historicidad de cada persona que padecía sufrimiento mental, logrando que se descontextualizara el problema. Se anulaba la integridad de los sujetos, reduciéndolos a *estructuras abstractas intemporales* (Stolkiner, 2001).

Recupero los dichos de los usuarios :

T “15 años pasaron sin ir a ningún lado...Hasta que empecé al hospital de día y después no importa aunque me hubieran quitado la casa y estuve internada años, él estaba y es muy importante.” (R.O 29/10/2018).

W acota “Hace 14 años yo no estaba enfermo, mi papá me engañó. El Neuropsiquiátrico siempre ha aumentado mis síntomas”. (R.O. 31/05/2018).

Dejaron de cocinar, de regular la toma de su medicación, dejaron de poder decidir a qué hora almorzar, merendar, en que momento recrearse, de qué manera hacerlo, hasta llegaron a aprender que cuando se apagaban las luces era hora de dormir, como un aprendizaje conductual que erradica el deseo de los sujetos. Por lo que instaurar nuevas rutinas que apunten a su rehabilitación requiere mucho esfuerzo por parte de los residentes. Supone una nueva internalización de reglas y normas.

Desde el Sanatorio enmarcados en el paradigma de derecho que llevó a la puesta en marcha de los dispositivos de CMC y RC, se idearon consentimientos informados y reglamentos de convivencia para poder trabajar sobre los ejes de rehabilitación propuestos. Los consentimientos fueron dados por parte de los pacientes y sí era necesario por sus familiares a cargo o referentes, lo que se busca es que el residente se reconozca como sujeto de derecho, pudiendo así conocer a qué tipo de tratamiento accede, cuales son sus libertades de acción, quién

maneja sus historias clínicas (legajos), cuáles son sus objetivos y lo más importante reconocerse como ser humano que tiene poder de elección.

Por su parte los reglamentos de convivencia fue la forma que se encontró de poder registrar objetivamente cuales son los ejes mínimos sobre los cuáles trabajar y hay que cumplimentar para permanecer en dicho dispositivo. Esto debido a que en tanto las casas como las residencias hay otros sujetos de derechos, muy variados, con particularidades en sus historias, pero con un mismo objetivo, el de rehabilitación Psicosocial. Hacerlo junto a otros puede resultar un beneficio pero también traer algunas complicaciones si no se está de acuerdo con las bases mínimas a trabajar. El deseo y la voluntad de acceder al tratamiento brindado en los dispositivos como así formar parte de él es fundamental en pos de alcanzar el cambio en las prácticas de abordaje de la salud mental.

Siguiendo la normativa de la Ley Nacional que promueve que las internaciones sean el último recurso a utilizar, marcan un claro camino hacia la desmanicomialización . Lo que en la realidad presenta un desafío ya que no todas las instituciones cuentan con los recursos materiales, económicos y humanos capacitados para lograr el máximo alcance de lo propuesto. Las mismas deben ser una herramienta a la cuál acudir cuando no exista otra forma de tratamiento posible desde los criterios terapéuticos. De ninguna manera deben ser la solución a problemáticas sociales de vivienda. Los profesionales que llevan a cabo los dispositivos entienden a los mismos como una respuesta posible a las internaciones, reflejado en las siguientes palabras de una de las coordinadoras del proyecto durante una entrevista en 2017:

Desde la Ley la casa es un espacio transitorio entre una internación y una salida; siempre lo planteamos así, como un proceso de transición y no como lo que se está discutiendo ahora de "si hay un alta o no", no hay un alta en el tratamiento ambulatorio después pero sí es un tratamiento. Es un dispositivo terapéutico que plantea ciertos ejes de rehabilitación, y sobre todo a nivel de lo que pueda llegar a provocar autonomía en el residente. Desde la Ley es eso. Tiene carácter supletorio de un hogar. También por eso los criterios de inclusión. Poder llegar a ver quién puede llegar a pasar por un proceso de estos. (Chapur 2017)

Entonces lo dispuesto legalmente incluye a todos los ciudadanos, en la realidad no todos pueden tener acceso a lo que allí se plantea. Al parecer las instituciones están transitando un proceso de transformación en la práctica que intenta poder abordar las distintas problemáticas de

salud mental desde un nuevo paradigma, en donde la dicotomía sano-enfermo es pensada desde la complejidad. Este cambió de cómo entender la salud y la enfermedad en SM, se vuelve el puntapié que abre la pregunta de qué otras posibilidades tienen quienes padecen estas situaciones. Busca poder trabajar desde las capacidades que tienen y mantiene los sujetos dentro de un proceso en donde se busca un equilibrio entre las partes funcionales de esa persona y las que no. Supone que más allá de las dificultades que se puedan presentar en su desarrollo, no es un impedimento total a la hora de desenvolverse en sociedad y que mucho menos ser usuario de SM es sinónimo de peligrosidad. Este prejuicio instalado socialmente atañe a las prácticas, usuarios y a la mayoría de los ciudadanos; probablemente nadie está exento, pero creo que si están marcados los lineamientos de un viraje en ello y del hacia dónde dirigimos.

Que estas disposiciones y miradas sobre la SM hayan tomado calidad de Ley que nos regula como sociedad se ha vuelto crucial. Sin embargo este proceso no es tan simple ya que la Ley desde su sanción preveía en su art 31 un lapso de 3 años para la adecuación de los servicios prestados. De acuerdo al período transitado dentro del Sanatorio muchos de estos objetivos están siendo logrados y otros están en vías de hacerlo. De hecho poder poner en funcionamiento a la CMC llevó 5 años, ya que fueron inauguradas en el año 2015. Por su parte las RC fueron puestas en marcha en 2017. Esto da cuenta que puntualmente los recursos materiales y humanos son determinantes a los que es complejo acceder. Aun así, con la puesta en marcha de los dispositivos alternativos, la constante capacitación de los profesionales, la interdisciplina profesional, la articulación de redes con los familiares, las adquisiciones y mejoras edilicias son algunos datos de la realidad que dan cuenta del proceso y objetivos propuestos en la Ley logrados. Más adelante podremos reconocer los beneficios alcanzados en el discurso de los usuarios.

Creo entonces que estamos en el camino de desinstitucionalizar la práctica y hago propias las palabras de Galende (2008) cuando expresa: "Desinstitucionalizar es lograr estos cambios en la subjetividad que permitan que estas personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir en el afuera del hospital" (p.410). Siguiendo las líneas de dicho autor entiendo que las políticas públicas actuales avanzan con el propósito de concebir a la persona de forma integrada, intentando mitigar la fragmentación de Salud Mental con respecto a la atención en salud en general, con la consecuente separación de lo psíquico y social del resto de la persona.

Se debe lograr entonces una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales de la salud, en acciones de investigación, en promoción de salud, incentivando la participación social de los usuarios, los cuales deben tomar un rol activo. Es importante que se trabaje en lograr relaciones satisfactorias entre el usuario y su familia, así como también en el ámbito social y laboral, entendiendo que mediante el proceso de rescate de las actividades tanto laborales como sociales, el individuo progresará en el restablecimiento de su valor social. De este modo se pretende la desactivación gradual del modelo asilar.

Es entonces que veo aplicado lo dispuesto en el Art 27 de la Ley Provincial de SM en la que se plantea que la planificación sanitaria deberá considerar la paulatina transformación de las instituciones y servicios de salud mental actualmente existentes y la creación de nuevas instituciones y programas en salud mental; tales como hospitales de día, centros de día y casas de medio camino, talleres protegidos artístico-culturales, programas de rehabilitación socio-laboral y microemprendimientos, atención domiciliaria en salud, servicios de emergencia en salud mental, centros comunitarios de salud mental y acompañamientos terapéuticos. Si bien aún queda camino por recorrer para el cumplimiento en su totalidad de dicha disposición, el Sanatorio cumplimenta con varios puntos que aquí se plantean.

Para finalizar el apartado retomo una frase de en el cuál se describe qué se entiende por Salud Mental y resume el intento de análisis de este tramo atravesado por decisiones políticas como es una ampliación de derechos a partir de la sanción de Leyes provinciales y Nacionales. Dice el autor: “El sector de salud mental es básicamente un ámbito multidisciplinario destinado a prevenir, asistir y propender a la rehabilitación de los padecimientos mentales, y lo hace desde la comprensión de los lazos sociales deseables, implementando determinadas políticas dirigidas a la integración social y comunitaria de los individuos involucrados.” (Galende, E. 1998 Ob. Cit.)

8.2.1 Reglamentos institucionales: disrupciones en el encuadre de los dispositivos alternativos.

En este apartado retomaré algunos conceptos propuestos para pensar de qué manera se desarrolla el tratamiento dentro de la institución y qué papel juegan los reglamentos que circulan en el Sanatorio como encuadre del mismo. Es necesario tener en cuenta que los encuadres varían de acuerdo a los diferentes modos de abordaje, según se desempeñe en lo privado o en una institución. Es decir depende de las características del campo en el cual el psicólogo es llevado a trabajar para que a medida que transcurre el tiempo se pueda ir agudizando la mirada clínica. De acuerdo a lo propuesto por Green (2005) estas nuevas y diferentes formas de abordaje se pueden entender como psicoterapias que se consideran psicoanalíticas, porque el psicoanalista no renuncia a encontrar y ejercer su modo singular de pensamiento. El cual tiene en cuenta al inconsciente y sus manifestaciones. Sin embargo las demandas de la época y las de la institución llevan al psicólogo a flexibilizar algunas variables del contexto en donde se aplica la técnica.

En este trabajo tomo el consentimiento informado y reglamento de convivencia institucional como variables que conforman el *estuche* del encuadre en el que se desarrolla el tratamiento. Las variables se fijan luego de una pre-entrevista a quienes van a ser usuarios de CMC y RC, allí se deja por escrito cuáles serán las tareas que deben realizar para continuar con el tratamiento. Pero no solo se incluye a los residentes sino que el mismo se configura junto con la familia y el equipo tratante. Dichos documentos sientan las bases para que se pueda desarrollar el dispositivo y la convivencia en el mismo. De alguna manera se aúna un criterio de voluntad y permanencia por parte de los residentes y a su vez exige a las demás partes un cambio en el abordaje de la problemática manicomial. Esto se encuentra claramente expresado en los puntos 12 y 21 del reglamento de convivencia el cuál dicta lo siguiente:

Los residentes deberán respetar y hacer respetar las normas de convivencia que se establecen en este reglamento y que se complementen en las posibles modificaciones.

Queda expresamente aclarado que el residente que no desee continuar en esta modalidad de asistencia podrá solicitar el alta debiendo el equipo evaluar las estrategias oportunas para el bienestar del mismo respetando su derecho de autonomía.

Aquí rescato el énfasis que se hace en la participación y el lugar que se le da al usuario en el poder decidir qué tipo de tratamiento recibir como así también hacerse valer ante los otros, lo cual creo es necesario para comenzar a trabajar en su autonomía y rehabilitación psico social convirtiéndose así en un sujeto activo en el tratamiento. Posición que le exige un gran trabajo psíquico que sigue siendo indispensable. Se presenta como una exigencia que permita al usuario reconocerlo como tal, como un civil más que tiene una problemática de salud. Un trabajo que permita pasar de las RC y CMC a la vida cotidiana en sociedad, cuidando sus posibles momentos de crisis para no recaer en una internación.

Retomando las palabras de Bleger (1967), entendemos que el encuadre es una institución dentro de la cual se suceden conductas. Cuando se mantiene sin variaciones no provoca conflicto, el analista siempre intenta sostenerlo, pero en las instituciones solo se hace presente cuando se produce una ruptura. Allí el encuadre se muestra como una metaconducta y de él dependen lo que reconocemos como conductas. En este sentido, es simbiótico porque sirve de sostén, como una madre para su hijo, pero solo esto se puede apreciar cuando algo cambia, se modifica se rompe. De este modo, se considera entonces que lo imprevisible se esconde detrás del encuadre.

Recupero aquello que dicta el consentimiento informado el cual plantea que la permanencia en el dispositivo *es una modalidad de atención prevista en la Ley n°9848 de Protección de las personas*. Desde el momento inicial se enmarca, valga la redundancia el encuadre basado en lo que se dispone en la Ley Provincial, da una base sobre la cuál se organiza dicho tratamiento. Siguiendo lo que plantea dicho documento: *“Consiste en una instancia ambulatoria para pacientes psiquiátricos estabilizados con diagnósticos de psicosis y neurosis graves, que poseen medios económicos y/o obra social que le garanticen su permanencia en la misma.”*

Es aquí donde me quiero detener: en la particularidad de la implementación de los dispositivos en la institución. No cualquiera va poder acceder a los servicios que allí se prestan. Si bien está pensado para una etapa posterior a la urgencia de la internación, la variable económica toma importancia para poder acceder a los servicios. Me pregunto ¿cuántas personas son las que quedan fuera del sistema por cuestiones de dinero? Si bien estamos en un país que apunta que la mayoría de los ciudadanos tengan seguridad social a nivel salud, es largo el camino que falta por recorrer.

Otro punto no menor es la necesidad de especificar, catalogar, cuales son las patologías aptas para el ingreso y permanencia. Nuevamente se necesita enmarcar al sujeto como padeciente de una enfermedad para poder acceder al servicio. Si bien en el transcurso de la práctica se enfoca en el tratamiento desde las capacidades del paciente, no es menor que esté tipificado de dicha manera. Quizás sería posible la formulación en otros términos para referirnos a quienes acceden a los tratamientos, como por ejemplo Usuarios de Salud Mental. El mismo es empleado por la mayoría de los profesionales del dispositivo. Es importante ya que permite un equilibrio entre la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial y nombrar sin caer en etiquetas estigmatizantes debido a que el valor simbólico del discurso reproduce prácticas en la cotidianeidad.

Es aquí donde cobra importancia el encuadre institucional basado en las leyes Nacionales y Provinciales es decir el papel que juega la institución como depositaria de la parte psicótica de la personalidad. Esto en oposición a las relaciones estables que organizan y mantienen el no-yo y forman la base para estructurar al Yo en función de experiencias gratificadoras y frustrantes. Siguiendo lo que propone Bleger es poder ver en este proceso lo que se “mueve” en oposición a lo que no, vale decir: el encuadre. El desarrollo del Yo (en el análisis, en la familia, en cualquier institución) depende de la inmovilización del no-Yo. Esta denominación de "no-Yo" nos induce a pensar en él como algo inexistente, pero que es de existencia real, y tanto, que es el "meta-Yo" del cual depende la posibilidad de formación y mantenimiento del Yo: su misma existencia. De aquí podríamos decir que la identidad depende de la forma en que es mantenido o manejado el no-Yo.

Es entonces el encuadre reflejado en los reglamentos institucionales el que configura el no-Yo de los usuarios de las CMC y RC, a su vez la función que se cumple desde los equipos tratantes es similar, son quienes se encargaran de mantener esas relaciones estables y están atentos a las interrupciones del mismo las cuales pueden ser posibles signos y síntomas de desestabilidad en los usuarios. Esto lo pude recuperar y articular de una entrevista realizada a una de las coordinadoras del proyecto durante el año 2017 en la que habla de su función dentro de los dispositivos en la que menciona que su trabajo *“Implica una conducción pero no una asistencia, por ende implica que haya un equipo que este como bordeando, conteniendo, que sea continente*

pero no necesariamente que esté controlando la conducta.”(Botta, 2017). Esta función que cumplen los equipos de contención, de sostener en la realidad las normativas dispuestas, permiten cierta estabilidad en el Yo de los usuarios. Me valgo de lo dicho por Bleger (1966) para poder acercarme al punto al que quiero llegar. “El encuadre "es" la parte más primitiva de la personalidad, es la fusión Yo-cuerpomundo, de cuya inmovilización depende la formación, existencia y discriminación (del Yo, del objeto, del esquema corporal, del cuerpo, la mente, etcétera).”(pág. 107) En la misma línea el autor propone que todos traemos con nosotros nuestro propio encuadre el cuál es la institución de la primitiva relación simbiótica.

Pienso entonces que el encuadre institucional le permite al usuario que allí ingresa obtener cierta homeostasis que le permita recomponer su estructura yoica en base a los lineamientos institucionales que enmarcan su cotidianidad. Por consiguiente cuando se dan disrupciones en el mismo y percibe como ajenas aparecen rasgos de la personalidad auténtica de cada uno, lo que es meramente subjetivo de ese sujeto, es en la disrupción del encuadre donde se busca la diferenciación y se refleja la autonomía.

En este trabajo propongo considerar a los encuentros dentro las asambleas como la **matriz activa** del encuadre, en donde la asociación libre por parte de los usuarios y la atención flotante de la psicóloga dan pie para el desarrollo de la mismas, poniendo en juego la denominada **regla fundamental** en donde se invita a hablar de todo lo que allí ocurre. En estos encuentros la psicóloga toma un rol de coordinación en el encuentro, en donde desde su neutralidad benévola, busca consensuar lo mejor para la mayoría de quienes allí se encuentran.

Tendremos en cuenta también lo previsto en el punto 3 del reglamento de convivencia el cual proponer que *“El residente deberá realizar tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico de manera ambulatoria.”* Comparto, a modo de ejemplo, una intervención de la Licenciada luego de que uno de los residentes no asistiera al hospital de día, cuando era un punto acordado para el tratamiento del mismo.

Coord: Es muy importante , justamente venimos de hablar de eso de la casa de el lado. Que importante cuando se dice una cosa y se hace otra como se rompe ehh.. como se rompe de algún modo la confianza, no entre los compañeros. En este caso de D es algo que le pasa a él solo, no es algo de lo grupal. Pero también es importante la palabra ordena mucho.... (R.O 08/11/2018)

Puedo pensar acá también en ese orden que da la palabra dentro del encuadre, en un principio haciendo de guía para el tratamiento y por el otro lado de base del mismo, ese trasfondo que como menciona Bleger aparece como un tercero sobre el cual se depositan las partes más disgregadas del Yo. Que la palabra, devenida en norma del encuadre, quede por escrito bajo la conformidad de todos los actores ayuda a que se pueda volver sobre la misma las veces que sea necesario, re-encuadrar y retomar los objetivos del tratamiento. Al quedar plasmado en el papel, lo vuelve concreto, se baja a la realidad el mundo de las palabras, deja de ser simbólico y se vuelve real.

A lo largo de mi experiencia en los dispositivos, las disrupciones en el encuadre eran cotidianas, algunas de mayor relevancia que otras, las cuales se podían trabajar de manera grupal o individual. Las que estaban ligadas al tratamiento personal se resolvían en la intimidad, pero eran utilizadas por la Lic para remarcar la importancia de la norma a nivel grupal. Por ejemplo durante una asamblea

Coord: Bueno lo veremos, mañana si quieres llegate al consultorio y lo charlamos. Vos acordate que hicimos una nota por escrito y un acuerdo firmado y sellado. Entonces es como si tuviéramos un contrato de alquiler de una casa, y yo digo bueno voy a pagar 300 pesos menos de lo acordado porque no uso mucho el patio y no, pero el acuerdo es otro. (R.O Asamblea residencia de Varones 8/11/2018)

Otros puntos que son recurrentes en la cotidianeidad de la convivencia en los dispositivos son los puntos 4 y 13 del reglamento de convivencia, los cuales tienen la particularidad de que puede variar de acuerdo a la vivienda en que se encuentren, es acordado por los residentes de manera grupal. Los mismos disponen:

- 4. El residente deberá observar el cuidado, limpieza y orden de todo el mobiliario.
- 13. Se realizarán actividades que favorezcan la convivencia, la organización de la tarea cotidiana y toda cuanto actividad involucre la cotidianeidad de los residentes.

Por ejemplo en la Casa de Medio Camino de Varones se organizan de la siguiente manera: “S: La limpieza nos toca 10 días a uno, y después va cambiando 10 otro y después 10 días otro. Así estamos haciendo la limpieza, así rotamos, ahora me toca la cocina del 1 al 10”(R.O 4-11-2018 Asamblea CMC Varones).

Según lo observado se han dividido los sectores de la casa como cocina, patio, baño, living en 10 días por sector. Esto lo acuerdan de manera mensual en una de las asambleas. Por lo que también se refleja el punto

Sin embargo ante algún imprevisto que provoque una disrupción en el encuadre, el mismo grupo con la ayuda de la AT se reorganiza.

Entrevistador ¿Y eso lo acuerdan entre ustedes?

S Con el AT

Entrevistador ¿con el AT de la noche?

S Con el at que venga a la noche. Anoche vino CE, y nos vamos anotando...

Coord y por ej ahora que W no está, ¿no limpia?

Todos contestan Nooo. Se lo sustituye

S ahora me toca limpiar a mi la cocina

O Yo tengo tareas fijas

Entrevistador Ajá, tareas fijas...Todos los días el baño y la mesada... ¿Ud. tiene esa tarea?

O Más lavar los platos y esas cosas.

S Claro y eso también lo vamos rotando al día y la noche./

Coord. digamos que en este tiempo rotan y en este periodo O tiene una tarea fija, como una concesión con el.

S Eeeexactamente. El O lava los platos todos los días a la mañana, al medio día, y después nosotros 5 nos vamos rotando para los platos de la noche. Hoy me toca a mí, mañana a F, después a G, G y W.

F Claro y si alguno se siente mal, lo puede suplantar otro. (R.O 01/11/2018)

Retomo este diálogo ocurrido en asamblea ya que refleja la diferencia entre las reglas que actúan como norma de convivencia y los acuerdos particulares que se dan dentro del dispositivo. Se deja entrever la decisión tomada por el grupo en un acuerdo que incluye a la norma pero flexibiliza la forma de llevarla a cabo en casos particulares. A su vez puedo inferir que denota

algo del contrato narcisista que se pone en juego cuando el sujeto ingresa a un grupo, en donde se de alguna manera adhiere a lo allí propuesto. (Bernard M. 2001). Pienso que ganan el tiempo y trabajo que les llevaría a limpiar la casa por separado y evitar así alguna llamada de atención por si un día no cumplen con lo propuesto. El autor habla de aquellos contratos narcisistas que se producen cuando el sujeto ingresa en grupos secundarios mediante el proceso de afiliación. En donde se le exige al sujeto singular ocupe un lugar ofrecido por el grupo y significado por el conjunto de las voces que lo precedían. En este caso podemos tomar al grupo conviviente de las RC y CMC como aquellos que ofrecen este lugar de ser reconocido como sujeto de derecho. Allí son los usuarios que deben asumir dicha posición para pertenecer. Ya no son personas individuales que han sido internadas por patologías psiquiátricas, sino que pertenecen a los usuarios de salud mental de los dispositivos alternativos del Sanatorio Morra.

8.2.2 Internalización de la ley: vivencias de los residentes.

Cuando comencé mis prácticas en los dispositivos de CMC y RC me surgió el interrogante sobre la posibilidad y la eficacia que estos tendrían. Puntualmente quería conocer que allí se jugaba y permitía otra forma de abordajes en las problemáticas de salud mental. Problemática que incluye a usuarios y equipos tratantes, como principales protagonistas, como así también a diversos factores sociales, económicos, culturales y políticos. Pensé en todo lo que había estudiado y en cómo poder integrarlo para poder buscar una respuesta.

Me remití a mis primeras lecturas sociales desde el psicoanálisis que teorizan sobre la manera en que accedemos a la cultura a partir de ciertas renunciaciones. Cultura la cual brinda una fuente de bienestar mínimo ya que la participación en grupos sociales nos ofrece en un primer lugar, un sentido de pertenencia, un lugar simbólico en la sociedad, ubicando a los individuos en un determinado espacio sociocultural (Yago, 2002).

En mi espacio de práctica pude ir viendo cómo los usuarios de SM habían obtenido a lo largo de los años un lugar en la sociedad que les ofrecía cierta seguridad pero a su vez lo segregaba. Como ya señalara Foucault (1998) El lugar del “loco” el cual debía estar internado por

peligroso, fue la forma que se encontró para garantizar al ciudadano “común” ese bienestar social. Se encontraba latente el término de peligrosidad, la persona debía ser controlada por la fuerza pública para que no cause daño contra sí o contra terceros. Aún hoy estas disposiciones se encuentran vigentes a pesar del tiempo transcurrido y del contexto socio histórico en el que fueron realizadas. Tienen hoy en la práctica un alcance que trascendió fronteras y épocas. Es así que este punto se toma en cuenta o a la hora de realizar una posible internación.

A su vez, era la forma de que estas personas accedan a un tratamiento de salud mental. Ocupar ese lugar llevó por muchos años a tratamientos que incluían restricciones de la libertad, derechos y sufrimientos en los sujetos. La época clásica practicaba el encierro sin ningún fin terapéutico, con el único objetivo de separar, marginar, aislar. Como señala Foucault: “el internamiento no es un primer esfuerzo hacia la hospitalización de la locura... el internamiento está destinado a corregir... por eso no es de asombrarse que las casas de internamiento, en esta época (y aun a lo largo de la historia y hasta nuestros días en muchos casos) tengan el aspecto de prisiones”.(Foucault 1998)

Los aportes de los pioneros en el cambio de paradigma en Argentina como fueron Bleger, Pichón Riviere, y Mauricio Goldenberg, por nombrar sólo algunos exponentes de un movimiento que revisó la misión del hospital psiquiátrico, lograron incorporar otras prácticas con el objetivo de encontrar nuevos modos de comprender y organizar los cuidados de las personas que tienen distintos padecimientos mentales. Han posibilitado comprender la demanda de la época en que se presentaban, como así también la revisión de algunos conceptos para ser aplicados en otros ámbitos institucionales. Esos mismos aires impactaron y fueron valorados a la hora de la sanción de leyes Nacionales y Provinciales buscando tiempo, garantías y seguridades que alcancen una perspectiva más inclusiva con aquellos que padecieron diferentes tipos de abordajes.

Para poder ser ubicados e identificarse con el mote de usuario de salud mental que propone la ley, a los residentes se les brinda la posibilidad de tener un rol activo en la participación de sus tratamientos. Por lo que alzan su voz y pactan de manera voluntaria ciertas indicaciones para la permanencia en los nuevos dispositivos. Así se garantizan ser reconocidos como sujetos de derechos.

Estas pautas fueron mencionadas anteriormente como **reglamento de convivencia y consentimiento informado** que hacen al encuadre dentro de las CMC y RC.

Para alcanzar el objetivo de poder entender de qué manera se apropian los usuarios de dichas disposiciones tuve que pensarlo desde lo macro a lo micro, de lo general a lo particular. Ahí podía encontrar lo que daba cuenta de lo observable en la cotidianidad de mis encuentros en esta nueva dinámica.

Una de los tantos momentos que se daban en este proceso, eran los espacios de asamblea en donde pude notar cuestiones comunes a todos los que compartimos dichos espacios, pero a su vez, me topé con que si bien la ley explícita, escrita, era la misma para todos, cada uno la internaliza de forma particular en su subjetividad. Mis propias impresiones fueron convalidadas por las palabras de la Corrd de CMC, quién enfatizó que “... *si bien hay normas a nivel general que son para todas no dejamos de considerar la individualización de la regla,*” (R.O 18/10/2018).

Más aún, los propios usuarios refirieron en varias oportunidades enunciados en el mismo sentido. Entre ellos en una oportunidad, una usuaria relataba en una asamblea:

P y todavía me cuesta acostumbrarme un poco, porque yo antes estaba acostumbrada a salir más de noche en cierto horario que acá mucho no puedo digamos, estoy tratando acostumbrarme que algunos horarios no se puede pero aprovecho bueno” (R.O 18/10/2018).

La usuaria hace alusión a que debe regresar a la CMC antes de que anochezca, no refleja aquí que dichos horarios son flexibles y se pueden acordar con equipo tratante. Otra usuaria cuenta ante la pregunta de cuánto le ayuda la CMC:

E yo si a mí también me ayuda y me ayudó mucho la CMC porque en mi casa yo era muy desorganizada, yo en mi casa hacia lo que quería comía a la hora que quería, pintaba suponete diez y media de la noche hasta las 3 de la mañana era como que me psaba de vuelta, y gracias a la CMC me eh organizado bastante con los horarios, en ese sentido bien. (R.O 18/10/2018).

Es relevante este aporte ya que da una muestra de cómo el dispositivo organiza, ordena y es de ayuda para el tratamiento. A su vez otra usuaria nos comparten “*J: Yo fui bohemia mucho tiempo y una de las cosas que más me cuesta es el horario de acostarme y el horario de levantarme*”. (R.O 18/10/2018.). Una compañera agrega

C: Al contrario yo en mi casa hacía muchas más cosas hasta que deje de trabajar salía a la 6 de la mañana y volvía a las 12 y 30 de la noche directamente.. Este me ha ayudado mucho no me cuesta, ni levantarme ni hacer la tarea ni nada, estoy bien. (R.O 18/10/2018).

Podemos ver cómo cada una de las residentes vive de manera diferente una pauta común a todas como la de respetar ciertos horarios en la convivencia, lo que ayuda a organizar su día a día. Nuevamente aquí se puede ver la relevancia de los procesos sociohistóricos, culturales y familiares por los que han transitado estos sujetos. Da cuenta de la importancia y la búsqueda de cierta homeostasis en el contexto que hoy se encuentran. Es en este panorama en el que los abordajes deben ser integrales y desde la complejidad, abarcando al usuario de salud mental, su familia, su historia desde un enfoque bio-psico-social.

También en parte de los relatos se refleja la búsqueda por obtener un equilibrio, un orden como parte del tratamiento a diferencia de como transitaban esto en sus hogares particulares. Para dar cuenta de cómo se trabajan estas situaciones, retomo las palabras de la coordinadora de CMC de mujeres:

Pautamos que sea estimativamente entre las 8 o 9 de la noche, pero eso no quiere decir que si alguna no tiene alguna cuestión personal que tiene que volver después no se va a individualizar esa regla, entonces eso permite ir incorporando cierta estructura pero en el marco de un margen acorde a cada uno... (R.O 18/10/2018).

Recordemos lo que la ley Nacional plantea en cuanto a las altas o salidas de los establecimientos en su art 23 “el alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez”. Tanto en CMC como en RC estos permisos son consensuados durante la semana con los equipos tratantes durante las asambleas. En general las usuarias celebran estos acuerdos y se diferencian del internado.

Continuando el recorrido cuando se les consulta por cómo se sienten al tener que seguir ciertas reglas manifiestan: “P :Para mi es algo normal porque yo ya estoy acostumbrada a tener que seguir, una norma o una regla, tener que respetarla y cumplirla, así que para mi es algo normal.” (R.O 18/10/2018)

C: Para mí lo que cumplimos es mínimo para mí es mínimo, me refería que haya en el sector 1 por ejemplo tenes que comer a tal hora, tal hora te tenes que ir a dormir y un montón de cosas que a lo mejor son más estrictas.. En cambio acá si yo digo tengo que salir salgo, salgo aviso y no hay problema este.. en ese sentido a mí no me afecta en nada el tema de las tareas y la organización de la casa me parece muy correcto. (R.O 18/10/2018).

A medida que voy avanzando en las entrevistas me encuentro con relatos similares en relación de la estadía en los dispositivos y su funcionamiento. Que los reglamentos estén por escrito, poder verlos reflejados en lo concreto como es el papel junto con la voluntad y libertad de aceptar las disposiciones, ayudan a que se inscriban en las realidades psíquicas de quienes participan.

Aparece en los relatos de las usuarias de las residencias compartidas como vemos a continuación.

G Y bien, este las aceptamos cuando firmamos el papel y bueno y si las vamos cumpliendo de cuidar , la luz el agua, los servicios instalaciones, limpiar. Ir al psicólogo, psiquiatra. Yo por lo menos de mi parte las cumpla sin ningún problema, me ha ayudado hago todo lo que dice el reglamento. (R.O 29/10/2018).

También comparten las importantes diferencias que existen con sus estadías en el internado y la actualidad que viven en las casas. *“P Perdí 12 años de mi vida. A lo largo del tratamiento pude tener conciencia de enfermedad y reconocer mi sintomatología. Estuve 12 años sin poder decidir, estando internada. Ahora puedo tomarme el tiempo para mis cosas” (R.O 05/07/2018).* Otra agrega *“K: Pero yo estuve un par de años ahí en el uno y después yo me vine para acá y yo me sentí feliz y contenta de la vida” (RO 29/10/2018).*

El internado aparece vivenciado por los usuarios como una experiencia que le ha restringido sus libertades, asociados a no poder decidir, generando angustia, mal estar.

El poder acceder a un nuevo dispositivo implica trabajar sobre otra rutina que los empodere. Puedo hablar aquí que inician otro proceso de habituación. Recordemos que para Berger y Luckman (1986) la habituación posibilita que un acto se instaure como rutina y que, por tanto, permita restringir opciones (seleccionar) y torna innecesario definir cada situación de nuevo. En el caso de los usuarios está guiada por los acuerdos firmados en un principio. Se

trabaja día a día para que puedan romper con el modo de funcionamiento del internado. Reflejado en palabras de una de las coordinadoras sobre una nueva usuaria de los dispositivos

Hay tanto movimiento en la casa de medio camino que hay que trabajar con la familia y el buen vínculo con una parte positiva. Intentar trabajar que se apropie del espacio, todavía no es su casa. (Adaptación al tratamiento?). Tienen que trabajar que pueda tomar sola la medicación, que tiene más libertades, no tiene que pedir permiso para todo. Está muy institucionalizada. (R.O 23/05/2018).

Se trabaja sobre poder cambiar el modo del funcionamiento institucionalizado de la internación por el que plantean los dispositivos de CMC y RC. De acuerdo a lo propuesto por Berger y Luckman (1986) la institucionalización está precedida por la habituación por lo que cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitadas por tipos de actores (p 76) esa acción se institucionaliza. Se vela entonces por que quiénes participan de los dispositivos logren la aprehensión de nuevos modos de reconocerse como sujeto de derechos.

Dicha internalización se da con pequeños cambios en la cotidianeidad de los usuarios, como mencionamos anteriormente, en la limpieza del hogar, en la cocina, en la toma de medicación, en las actividades por fuera de los dispositivos. Todos actos se vuelven relevantes para los usuarios porque desde los equipos así lo transmiten. Acordarse de que internalización es la interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otros que en consecuencia se vuelven subjetivamente significativos “para mí”. (Berger & Luckman, 1986, p 165). Poder recuperar su autonomía es parte de que puedan asumirse como usuarios de salud mental con derechos, libertades, poder de decisión y participación en sus tratamientos.

La internalización de la Ley por parte de los usuarios vista en esta experiencia aparece como un modo de aceptación de lo que se indica y acuerda, para en un primer momento no regresar al internado, en un segundo momento para comenzar a reconocerse como sujetos de derecho que forman parte de un proceso de rehabilitación. De alguna manera las leyes, reglamentos y acuerdos funcionan como ya planteaba en el mito de origen, como reguladores social para acceder a la cultura. En este caso se respeta lo dispuesto en el Sanatorio para poder permanecer en los dispositivos con las renunciaciones y ganancias que esto implica.

9. CONCLUSIONES

Hoy, a dos años y algunos meses de haber finalizado mi práctica, hice un recorrido en este trabajo integrador final. Destaco que se pudo trabajar sobre los objetivos propuestos a través de un abordaje desde el paradigma de la complejidad biopsicosocial que atraviesa a la Salud Mental en Córdoba. Teniendo en cuenta su historia, para analizar las prácticas en el presente y poder divisar qué futuro cercano me espera como profesional.

A raíz de mi paso por la institución logré insertarme y aprehender diversas herramientas de intervención en la práctica clínica como así también modos de funcionamiento institucionales. Esto fue posible gracias a las tareas y el espacio brindado por las coordinadoras de ambos dispositivos y jefa de proyecto, las cuales me dieron lugar y libertad de realizar diversas acciones y aportes a los tratamientos y funcionamientos de CMC y RC.

Observé que dentro del Sanatorio Morra se trabaja día a día para alcanzar los objetivos propuestos tanto en las Leyes Nacionales y Provinciales de Salud Mental. Han logrado poder poner en total funcionamiento dispositivos alternativos a la internación como lo son las Casas de Medio Camino y las Residencias Compartidas. Como así también modos de atención integral del usuario, lograda gracias al trabajo articulado entre psicólogas, trabajadoras sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros, médicos, personal en general del sanatorio. Todos estos actores respaldados por la institución abordan desde la complejidad las necesidades que se presentan.

En diez años de la sanción y vigencia de la Ley 9848 son notorias las faltas de recursos humanos, edilicios, económicos, materiales. Son diversas las dificultades que existen para poder poner en marcha en todo territorio nacional lo propuesto en la Ley.

La promulgación de las Leyes es el inicio del recorrido de un camino que es lento, y que debe sobreponerse varios obstáculos, algunos culturales otros, ideológicos, y otros varios académicos y formativos.

Es importante destacar que en el país, teniendo en cuenta la historia los profesionales de la psicología, han sido una pieza fundamental para el proceso que conlleva un cambio paradigmático del modelo asilar. Generando aportes teóricos para la modificación de abordajes clásicos, tratamientos y entendimiento de procesos de salud mental. Las realidades clínicas y los diagnósticos varían. Desde mi punto de vista es necesario considerar qué dispositivo

psicoanalítico es el más pertinente para dicha persona en dicho momento, la palabra clave es dispositivo analítico, este incluye al encuadre y es un artificio que pone en manifiesto tipos de funcionamiento de la psique que no podrían verse en un análisis clásico, todo psicoanalista sabe que no es lo mismo trabajar con niños, adultos, psicosis, neurosis o en diferente tipo de instituciones, muchas veces debe de incluirse el entorno familiar o amigos y sin duda el trabajo interdisciplinario, en cada caso es necesario ver la posibilidad o no, de organizar dispositivos psicoanalíticos oportunos para el proceso y la situación que se presente, en todo caso, el reto complejo es trabajar psicoanalíticamente con la subjetividad que hoy en día se manifiesta en la clínica (Ulloa, 1971).

Reconocer al usuario de salud mental como sujeto de derecho es el puntapié para comenzar a desmanicomializar. Es un proceso que implica poder cambiar la práctica dentro de las instituciones y la forma de pensar fuera de ellas. Abordar la problemática desde el sujeto y no en etiquetas, pasar del trato manicomial de seres (psicóticos, esquizofrénicos, adictos) a usuarios de salud mental. Es un trabajo de hormiga, en conjunto, tenaz que nos involucra a todos ya sea en un debate académico, compañeros de estudios, docentes, hasta en una charla con amigos, o en un domingo familiar. Nos compromete a quienes estamos inmersos en el campo, a remarcar la importancia de reflexionar sobre un modo de comprender la realidad socio histórica de la salud mental y su padecimiento.

Por otro lado, con respecto a la manera de implementar los nuevos dispositivos por parte del Sanatorio, encontré que desde la puesta en marcha de los reglamentos institucionales como encuadre ayudan y sostienen el tratamiento de los residentes.

La Ley, los reglamentos y los acuerdos aparecen como herramienta ayudando a estas personas a alcanzar cierto equilibrio para no recaer en la internación. Esta organización mínima de los sujetos les permite recuperar y desarrollar su autonomía para una verdadera reinserción social.

El límite es trabajado y recordado de manera cotidiana con los equipos por lo que da sostén y borde al Yo disgregado de estos sujetos. Sin embargo lo apasionante de los psiquismos, aparece en las interrupciones de ese encuadre en donde lo más íntimo, personal y subjetivo se deja entrever. Al ser reconocidos como sujetos surge el placer y sufrimiento. Aparecen como sujetos

deseantes, con posibilidad de disfrute, sufrientes y de derecho. Se pueden ver las renunciadas a deseos para poder permanecer en un dispositivo que les garantiza libertades y posibilidades de mejora en su calidad de vida.

Los sufrimientos o padecimientos que aquejan a los sujetos en el presente ya no se amoldan a los históricos encuadres analíticos, “el desafío consiste en dejar de practicar teorías y repetir encuadres, para inspeccionar en las nuevas prácticas que dan respuestas a los sufrimientos determinados de los tiempos que corren” (Ulloa, 1971). Propongo pensar el encuadre como único particular para cada paciente, como una artesanía.

Así trabajando en conjunto con los equipos tratantes los usuarios buscan lograr una organización de su estructura psíquica que le permita mantenerse saludable, y en consecuencia evitar posibles recaídas que impliquen la internación.

El encierro y la internación es vivido por los residentes de CMC y RC como un lugar al que no quieren volver, asociados a la segregación, desconexión social y desintegración de lazos afectivos que agudizan o cronifican sus patologías.

Es entonces que la posibilidad de acceder a nuevas formas de tratamiento da a los usuarios cierta tranquilidad y bienestar. Desean permanecer y sostener sus tratamientos para lograr no recaer en internaciones recuperando así calidad de vida. Calidad de vida que en varias oportunidades han sido arrasadas por el encierro, la marginalidad, por la falta de interés social de ocuparse de una problemática que nos pertenece. Quizás haya quién necesite atender su salud mental contando con condiciones básicas de vida para poder trabajar. Tener comida, un techo donde descansar e higienizarse, una red de contención, pero por sobre todo afecto. Ser mirados y reconocidos. Los nuevos dispositivos apuntan a posibilitar esto, que los usuarios recuperen su condición de sujeto humano internalizando la cultura en beneficio propio, con la capacidad de instaurar la limpieza, higiene y el orden. Recuperando y creando nuevas herramientas que le permitan relacionarse con otros. Relaciones que se presentan múltiples y variadas a lo largo de la práctica.

La incorporación de acuerdos, normas y leyes por parte de los usuarios dan la posibilidad de enlace del sujeto a la cultura dentro de la institución. Le permite a los usuarios que continúen en estos nuevos dispositivos, dan lugar a ocupar un espacio de transición para su rehabilitación.

Se obtiene un sentido de pertenencia dentro del grupo y se reconocen como usuarios de salud mental dentro de la sociedad. De esta manera, la comunidad en cuanto derecho protege al individuo contra la violencia, impone la necesidad y hace posible un lazo amoroso.

Mi paso por las prácticas me permitió poder estar y conocer de cerca una problemática que me interesa en mayor profundidad. Trabajar en conjunto para intentar transformar algunas realidades que se nos presentan día a día. Como así también construir múltiples herramientas para los abordajes desde la clínica.

Termino lleno de aprendizajes, con algunas respuestas y varios interrogantes pero, al mismo tiempo, seguro de que es a lo que me quiero dedicar.

Espero que este trabajo invite a la reflexión de nuestras prácticas humanas y profesionales, que nos permita pensar que, podemos construir un mejor futuro para nuestra salud mental que nos merecemos como sociedad. A investigar y conocer realidades que nos son ajenas, a comprometernos.

Agradezco al tribunal por su tiempo dedicado a la lectura de este trabajo y desde ya a su devolución que será para mí tan enriquecedor como la práctica realizada.

Muchas gracias por llegar hasta acá, colegas.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica* , 249-264.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Aulagnier P. (1975) La Violencia de la interpretación Del pictograma al enunciado. Amorrortu editores, 1991, Buenos Aires.
- Basauri, V. A. (2009). Casa de Medio Camino: Experiencia en Honduras. *Cuaderno de psiquiatría comunitaria* , 155-166.
- Berger P. y T. Luckmann (1986): La construcción social de la realidad (Cap. III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bernard M. (2001) Alianzas Inconscientes, Seminario N° 8, dictado el 5 de octubre de 2001 en la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Buenos Aires.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J (1966) “Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico”. *Revista de Psicoanálisis de la A.P.M. (1999), n°31*.
- Botta, V (2018). Dinámicas y tensiones en una institución monovalente entre la internación psiquiátrica y dispositivos alternativos a la luz de la nueva legislación en Salud Mental. [Trabajo Final de Grado]. Córdoba, Argentina.
- Cáceres, C.; Druetta, I.; Hartfiel, M.; Riva Roure, M.R. (2009) El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. En Vertex, XX, 299 – 307.
- Chapur, F. (2017). Casa de Medio Camino de un Sanatorio privado monovalente de Salud, de la Ciudad de Córdoba, como una Comunidad Terapéutica. [Trabajo Final de Grado]. Córdoba, Argentina.
- De Georgi, G. (2013). La profesión del psicólogo en la Argentina. *Manual ciclo de nivelación* . Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.

- Etchegoyen, H. (1986) *Los fundamentos de la técnica analítica*. Buenos Aires, Edit Amorrortu (1997).
- Faraoni Ghibaudo, A. (2014, noviembre 17). [TIF de Grado] Entrevista con Juan Mocchiutti.
- Fernandez Bruno, M. y Gabay, P. (2003). Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves. Buenos Aires: Polemos.
- Foucault, M. (1967). *La historia de la Locura*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Argentina.
- Freud, S. (1948). “Psicología de las Masas y Análisis del Yo”, en Obras Completas. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Garau, A. & Erausquín, C. La formación académico- profesional en la universidad y la actuación profesional del psicólogo en contextos de intervención: una unidad de análisis compleja. *Investigaciones en psicología*, 18 (1), 23-46. Recuperado de https://campusvirtual.ucc.edu.ar/pluginfile.php/91950/mod_resource/content/2/Erausquin%2C%20y%20Garau%2C%20A.pdf
- Galende, Emiliano. De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires. Ed. Piados. 1998.
- González Aguirre, A. (2012). *Tejiendo tramas de la memoria: aportes a la construcción de la identidad del colectivo de psicólogos de la provincia de Córdoba*. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba: Córdoba, Argentina.
- González, C. (2013). Áreas de ejercicio de la Psicología. *Manual ciclo de nivelación* . Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de https://campusvirtual.ucc.edu.ar/pluginfile.php/74878/mod_resource/content/6/capitulo-3-el-ejercicio-de-la-profesion.pdf
- Goffman, E. (2001). *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2005). Encuadre. En Ideas directrices para una psicoanálisis contemporáneo. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jara, O. (Julio y Diciembre de 2010). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. (R. d. Matinal, Entrevistador)
- Jara, O. (2011). Orientaciones teórico- prácticas para sistematización de experiencias.

- Jelin, E (1996), "Citizenship Revisited: Solidarity, Responsibility and Rights", en Jelin y Eric Hershberg (coords.), *Constructing Democracy. Human Rights, Citizenship and Society in Latin America*, BoulderOxford, Westview Press, pp. 101-120.
- Kaës R. (1993) *El grupo y el sujeto del grupo*, (pág 327-328-329), Amorrortu editores (1995), Buenos Aires.
- Iribarne, N. (2014). *Residencias Asistidas en Uruguay: perspectivas de sus Usuarios*.
- Ley N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre de 2010.
- Ley N° 9848. Boletín oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 5 de noviembre de 2010.
- Michalewicz, Alejandro, Obiols, Julieta, Ceriani, Leticia y Stolkiner, Alicia (2011). *Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa.
- Morra, L. (1915). *Legislación sobre Alienados*. Conferencia llevada a cabo en el Circulo Medico de Córdoba, Córdoba Argentina.
- Pichón-Riviere, E: "Psicología de la Vida cotidiana" Ed. Nueva Visión, Argentina, 1985^a.
- Pichón-Rivière. (1982). *El Proceso Grupal* – Ed. Nueva Visión.
- Resolución N° 2447 del Ministerio de Educación de la Nación. *Incumbencias de los títulos de Psicólogos y licenciados en Psicología*, (1985).
- Resolución N° 5 del Consejo de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. *Código de Ética de la provincia de Córdoba*, (1987).
- Resolución N° 1254 del Ministerio de Educación de la Nación. *Incumbencias de los títulos de Psicólogos y licenciados en Psicología*, (2018).
- Sanatorio Morra (2016). *Dispositivo terapéutico Casa de Medio Camino* [Proyecto]. Córdoba, Argentina.

Sanatorio Morra (2017). *Dispositivo terapéutico Residencia Compartida* [Proyecto]. Córdoba, Argentina.

Sanatorio Morra (2017). Información Institucional. Recuperado de:

<http://www.morrasanatorio.com.ar/>

Sanatorio Morra (2017). *Manual de Procedimientos Operativos Estándar del Sanatorio "Prof. León S. Morra"* (versión 1.0). Córdoba, Argentina.

Salomone, Gabriela (2008). El sujeto y la ley. Algunos comentarios sobre la función Psi. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Ulloa, F. (1971). Extrapolación del encuadre analítico en el nivel institucional: su utilización ideológica y su ideologización. Del encuadre de Procusto a los dispositivos psicoanalíticos (73). Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/del-encuadre-procusto-dispositivos-psicoanal%C3%ADticode>.

Tisera, Ana, Bavio, Belén y Lenta, María Malena (2009). El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿externación o expulsión?. I congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, xvi jornadas de investigación y quinto encuentro de investigadores en psicología del mercosur "psicología y sociedad contemporánea: cambios culturales". Universidad de buenos aires, buenos aires

11.ANEXO

REGLAMENTO DE CONVIVENCIA

1. El residente no podrá permanecer una vez otorgada el alta de la residencia.
2. El plazo máximo de permanencia será el de 1 año con posibilidad de adecuar cada período al caso por caso de que el residente, el equipo referente y el equipo tratante a cargo del tratamiento lo consideren necesario.
3. El residente deberá realizar tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico de manera ambulatoria.
4. El residente deberá observar el cuidado, limpieza y orden de todo el mobiliario.
5. El residente podrá incorporar mobiliario personal en conformidad con el equipo terapéutico responsable y el de sus pares.
6. El uso del mobiliario personal podrá o no ser compartido conforme criterio del equipo terapéutico responsable y de sus pares.
7. La pérdida y/o rotura de bienes personales será responsabilidad de sus propietarios, no correspondiendo a la institución directora su resarcimiento económico ni material.
8. El mobiliario disponible en la casa no podrá ser removido sin previa autorización del equipo responsable y de residentes.
9. El residente deberá hacer uso responsable y racional de los servicios disponibles en la casa tales como; luz, agua, gas, teléfono, etc.
10. Los residentes dispondrán de los alimentos de uso común y otros de uso personal los cuales estarán articulados en asambleas de tipo administrativas de convivencia previstas.
11. Los alimentos comunes no podrán ser utilizados con visitas, siendo de uso exclusivo de los residentes.
12. Los residentes deberán respetar y hacer respetar las normas de convivencia que se establecen en este reglamento y que se complementen en las posibles modificaciones.
13. Se realizarán actividades que favorezcan la convivencia, la organización de la tarea cotidiana y toda cuanto actividad involucre la cotidianeidad de los residentes.
14. Los residentes podrán disponer de dinero de manera personal debiendo afectar parte de sus ingresos a un depósito para fines comunes establecidos previamente.

15. Los residentes podrán recibir visitas de terceros en días y horarios establecidos a tal fin, debiendo éstos conocer el reglamento de visitas que se generará en asamblea de convivencia de los residentes.
16. El residente no podrá ausentarse de la casa sin previo aviso y autorización de los profesionales responsables. En caso de presentarse un caso de ausencia se realizará una denuncia policial previo aviso a familiares y/o responsables del residente. Siendo esta situación motivo suficiente para su expulsión y no reingreso.
17. La asistencia por parte de familiares y/o familiares en el proceso de acompañamiento será según la modalidad de casa de medio camino
18. No se podrán realizar acciones reñidas con la moral y las buenas costumbres.
19. Se prohíba a los residentes ingresar con armas de fuego, drogas y/o alcohol.
20. El no cumplimiento de todas o algunos de los ítems planteados en este reglamento dará lugar a la exclusión del residente.
21. Queda expresamente aclarado que el residente que no desee continuar en esta modalidad de asistencia podrá solicitar el alta debiendo el equipo evaluar las estrategias oportunas para el bienestar del mismo respetando su derecho de autonomía.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Residencia compartida/ Casa de medio camino es una modalidad de atención prevista en la Ley n°9848 de Protección de las personas. Consiste en una instancia ambulatoria para pacientes psiquiátricos estabilizados con diagnósticos de psicosis y neurosis graves, que poseen medios económicos y/o obra social que le garanticen su permanencia en la misma.

La permanencia en la Residencia Compartida acarreará situaciones en los vínculos con los otros residentes que a los fines de alcanzar una armonía saludable estará regida por un reglamento de convivencia que será confeccionado en primera instancia por el equipo responsable y luego de forma articulada con los residentes.

Todas las actividades desarrolladas en este dispositivo se enmarcan en el paradigma de residentes sujetos de derechos, motivo por el cual se solicita la lectura detallada para la firma en caso de estar de acuerdo del consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HE LEÍDO Y ENTIENDO EL FUNCIONAMIENTO DE LA CASA DE MEDIO CAMINO ASISTIDA Y LAS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES QUE ME COMPETEN EN CADA UNA DE LAS PARTES EN ESTA INSTANCIA DEL TRATAMIENTO.

HE SIDO INFORMADO QUE ESTA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ES CONSIDERADA LA MAS OPORTUNA PARA MÍ.

Firmo en conformidad ser Residente de la Casa de Medio Camino, bajo las pautas anteriormente mencionadas.

FIRMA RESIDENTE:

ACLARACIÓN:

DNI:

FIRMA FAMILIAR O REFERENTE:

ACLARACIÓN:

DNI:

FECHA:

RO 11/04/2018.

Primer acercamiento a la institución: Sanatorio morra.

Me encuentro en el lugar a las 15 hs de la tarde, donde aguardo la llegada de mi profesora Tutora quien me va a presentar a las referentes institucionales con las que voy a tener contacto directo a lo largo de mi práctica.

Mientras esperamos a que lleguen las profesionales, tenemos una breve charla con la tutora, en la cual me anticipa mas o menos con lo que me voy a encontrar dentro de la institución, basado en experiencias previas de otras compañeras. Lo primero que menciona es la parte del internado lo que refiere al sector 4, en donde comenta que los pacientes suelen acercarse mucho y podía llegar a incomodarme(no creo que sea así, y despierta aún más mi interés).

Luego de esta breve charla, llega mi referente institucional “ST”, la cual se presenta muy agradable y abierta a mi inclusión de practicas en la institución. Dialogamos brevemente sobre mis intereses a lo largo de mi paso por aquí. Pasados unos minutos llegan las referentes de casas de medio camino “GO” Y “NT”, las cuales son igual de amables. (Me siento cómodo en todo momento). /Durante la charla puedo observar algo que llama mi atención, y es que una señora demás de 60 años, toca una puerta de vidrio para acceder a la cantina en donde estábamos. Ésta puerta esta cerrada con llave, llave que tienen los profesionales. Es allí cuando se levanta ST, y va a abrir la puerta, y para dejar pasar a la señora, le pide un papel que certifique que no es parte de la población del internado, la señora no lo tiene y ante un par de preguntas mas la deja pasar/ (Me llamo la forma sutil de ST de preguntar a la señora, tratando de averiguar si era una usuaria o algún familiar de uno de ellos.) (Quien sale y quien entra de la institución? ¿Cuál es ese requisito de normalidad?).

Seguimos dialogando sobre los dispositivos de la institución, los mas clásicos y los innovadores, en donde la siguiente frase me deja “Las casas de medio camino, y el hospital de día, son dispositivos posibles, porque ante cualquier cosas, tenemos a este monstruo atrás” haciendo referencia al dispositivo psiquiátrico de internación. (¿Es posible hoy erradicar esta práctica? O ¿Es necesaria para sostener los demás dispositivos?).

Luego de firmar las cuestiones burocráticas y de consensos académicos, intercambio contactos con las profesionales, me tratan de colega (pienso tanto tiempo para esto y lo estoy viviendo, que alegría y motivaciol para arrancar, ¿ya soy un profesional?). Al agendar los

números quedamos en comunicarnos para acordar día y horarios en los que empiezo. “Llamame cuando vos quieras y puedas” dijo ST. (Esto me genero confianza por un lado, y por otro la pregunta de ¿ Algun horario en especial? No quiero molestar). Allí de manera muy amigable acompañada de un gesto de la misma característica contesto “En serio Facu, cuando vos quieras”.

Me voy de la institución con más ganas de empezar que antes, y con expectativas mas grandes, que generan un poco de ansiedad, de conocer toda la institución.

17/04/2018

Recorriendo la institución Sanatorio Morra.

Me encuentro 9:20 de la mañana en la mesa de entrada de los consultorios externos de la institución, esperando por la llegada de ST. Esto es 10 minutos antes de lo acordado, por lo que pienso en avisarle con un mensaje de mi llegada. /Justo cuando estoy escribiendo ingresa, me saluda y me dice “ya estoy con vos” (lo que me deja más tranquilo, se acordó de mí).

Empezamos a recorrer toda la institución, ingresando al patio del internado por una puerta de vidrio, la cual estaba bajo llave. A esa llave solo tienen acceso los profesionales de salud mental, personal de enfermería y mantenimiento (¿Por seguridad?¿ De quién hay que cuidarse?) . El contacto visual impone un gran parque con 7 edificaciones bien sectorizadas, rodeadas de muchos árboles, en donde se puede notar que algunas son más antiguas que otras. A todas se llega por un camino que atraviesa todo el césped y se va ramificando hacia cada sector, uno y divide a la vez. Primero nos dirigimos al Sector N°4 ubicado al fondo a la derecha de este camino, el de los crónicos, los institucionalizados hace muchísimos años. Mientras caminamos por el parque se van acercando muchas personas a saludar, algunos pacientes, profesionales o personal de mantenimiento. Particularmente dos de ellos pacientes, en donde sorprenden a ST, con la pregunta de “Doctora, le tengo que llevar 2000 pesos a mi primo, y me lleva x, si ud me autoriza”, a lo que ST contesta con algunas preguntas “¿Quién te llamo, cuando, a que teléfono?”

(Pienso en esto como una intervención desde la clínica, la pregunta y el seguir el hilo que el paciente propone, por más que sea parte de un delirio, ¿ que se juega desde lo contratransferencial, en un acto y charla cotidiana?).

Llegamos al sector 4, siempre abriendo puertas bajo llave, me encuentro directamente con pacientes que en mi imaginario eran denominados locos./ ST los trata como uno más, le sostiene la mirada y toca afectuosa y empáticamente, hasta presta algo de dinero para que vayan al kiosco a comprar/ (Pienso que importante nunca olvidar lo humano de nuestra profesión). El sector se encuentra dividido entre varones y mujeres, en general personas mayores de 40 años, con notorias dificultades en el habla y motricidad (¿Efectos secundarios de estar medicados con antipsicóticos u otros tratamientos?). Conozco al equipo de profesionales en el que se encuentran trabajando ,psicólogos, psiquiatras y me reciben muy bien. Seguimos recorriendo el sector donde veo una situación que vuelve a replantearme las practicas actuales/ un paciente con un episodio de catatonía muy fuerte, está siendo tratado por los enfermeros, pero se encuentra atado-sostenido de un brazo a la camilla/ (¿Sera para que no se haga daño?, o ¿es una práctica común, naturalizada?).

Luego de esta situación volvemos al patio común en donde se encuentran pacientes del sector número 4, dialogando y compartiendo el desayuno. Al ver esto pregunto si todos los usuarios pueden acceder a estos momentos, a lo que me devuelven “solo los más estables”(resuena en mi cabeza que se entenderá por estables). Al pasar caminando por allí, tenemos otra charla con otra persona, la cual se desenvuelve fluida y coherentemente, en donde menciona que “El viernes ya voy a ver si puedo salir, ya me siento bien”. Luego de esto la licenciada me comenta que con quien hablamos hace 20 años que está institucionalizado, padece de esquizofrenia y tiene muy poca conciencia de enfermedad, aunque ha aprendido a identificar cuando delira. (En un primer momento me encuentro sorprendido y luego se me plantea en mi cabeza ¿cómo habrá influido en su tratamiento? pro-contras,¿ estando institucionalizado tanto tiempo?).

Llegamos al sector 1, el internado de mujeres, cuenta con grandes vidrios polarizados, los cuales dejan entrever muy desde fuera. Ingresamos por la cocina del mismo allí una de las enfermeras se encuentra dividiendo gran variedad de medicamentos, de todos los tamaños, colores y graduación /Los saca de una heladera, pica los comprimidos y los ubica según el

nombre de cada paciente que figuran en una gran pizarra/. A cada personal de la institución que nos cruzamos la profesional a la que acompaño me presenta como un colega /Todos me saludan de manera simpática /-

Luego seguimos caminando hacia adentro, siempre atravesando las puertas gracias a una especie de picaporte de metal y una llave universal. Lo primero que pude observar fue un gran número de mujeres de diferentes edades, desde alrededor de los 18 a 65 años. La mayoría circulaba libremente, otras tomaban su desayuno y medicación. Lo que llamó mi atención fue al ver una puerta abierta donde se encontraban 4 mujeres pintando mándalas y junto a la puerta una enfermera. La psicóloga me mira y dice " Está es lo que antiguamente se llamaba sala de contención, ahora se llama.... Las que pasan por acá es porque han manifestado una crisis, por lo general intento de suicidio, está puerta se cierra y la enfermera queda del lado de adentro, ahí mismo tienen habitaciones" (me quedo pensando sobre ésta práctica institucional ¿Se cambia el nombre pero el sentido y fin es el mismo?). Al pasar a otra sala, puedo observar una situación particular con respecto a la medicación/ Una enfermera junta con una cuchara uno de los polvos preparados en la cocina y se lo da en la boca a una de las pacientes. Otras en cambio tienen su pastillero y la toman por su propia cuenta/(¿Por qué esta diferenciación, todas saben que están tomando?).

Mientras seguimos recorriendo las instalaciones y nos dirigimos al VIP, voy dialogando con la psicóloga la cual me comenta algunas cuestiones institucionales, como por ejemplo que el sanatorio está en camino a cumplir 100 años de antigüedad, que su fundador fue León Morra, familiar de quienes hoy están a cargo de distintas funciones dentro de la institución. A demás menciona que es la institución psiquiátrica más grande de Argentina y SudAmerica ya que cuenta con aproximadamente 260 camas. En este recorrido nos encontramos con uno de estos familiares a cargo de la institución y antes de saludarlo menciona "Él es León Morra hijo, es el encargado de la parte comercial, no atiende a los pacientes. El que si lo hace es su hermano, que en este momento está en el exterior en un congreso. Y después está su hijo quien se recibió de médico y esta haciendo su residencia en psiquiatría acá". (Me llama la atención lo comercial, referido a la salud mental y la institución ¿Cómo se relacionan?).

Al llegar al VIP, puedo observar como las instalaciones mobiliarias con las que cuentan son realmente cómodas, y agradables a la vista. Cuenta con una gran cantina con mesas y sillas

para poder comer, a su izquierda una gran sala de estar con sillones rojos, mesas y televisores plasma transmitiendo canales en directo.(Me recuerda a el loby de un hotel ¿Vienen los pacientes de vacaciones?). Después nos dirigimos a conocer las habitaciones, las cuales también cuentan con muchas comodidades, somieres, televisores, frigo bar, baño propio, todo sobre un reluciente piso de madera. Allí unos metros más adelante tras subir una escalera, se encuentra el gimnasio con instalaciones y maquinarias de última generación en donde se encontraba un profesor realizando actividades físicas junto a algunos pacientes. En el mismo edificio se están realizando algunas refacciones que den origen al área de neuro rehabilitación. (Pienso en lo positivo de tener un abordaje integral con tan diversas características en un solo lugar).

Seguido a esto nos dirigimos al sector de varones que se encuentra a unos 30 metros del sector de mujeres. Al llegar la modalidad de ingreso es la similar a todas las otras, las llaves para las puertas de vidrio, el picaporte para las de metal. Los usuarios se encuentran en el patio y en la sala de estar, al igual que en las mujeres, las edades de la población son muy variadas. También cuentan con una sala con sillas y televisores. Al pasar hacia el sector de las habitaciones, se puede ver un largo pasillo con habitaciones a los costados, con capacidad para alojar a dos personas. Al subir unas escaleras nos encontramos con una gran sala con sillas contra la pared y una puerta que daba a otra habitación con un cartel que indicaba “Sala de profesionales”. En este sector es donde se encuentran los equipos tratantes del sector y realizan las asambleas. Debates y análisis de los casos que pasan por la institución.

Por ultimo hacemos una pasada rápida por lo que es la parte del sector intermedio, en donde se encuentran pacientes que necesitan atención de enfermería constante, es decir además del padecimiento mental, cuentan con afecciones clínicas que también son atendidas ahí. Este sector es mixto, y su población está conformada en su mayoría por personas mayores a los 60 años.

Para finalizar nos acercamos al edificio de la guardia el cual conecta con el hospital de día. En la guardia se ve una sala de espera con sus respectivos consultorios en planta baja. En el primer piso se encuentran las habitaciones de los profesionales que se encuentran atendiendo en las 24hs que dura su guardia. Al atravesar un patio pequeño damos con el hospital de día, en el cual los usuarios pueden ir de 9hs a 17hs a realizar diferentes actividades y talleres.

Particularmente ese día cruzamos a algunos de ellos que volvían de realizar actividad física fuera de la institución.

25/04/2018

Reunión de equipo con los AT de Residencia Compartida Varones

At “ Diego está como antes, el otro día se sentía mal y no fue a buscar la comida. Ismael estaba al tanto y lo cubrió la fue a buscar él”.Lic. “Hay un cronograma que respetar, está bien que se cubran entre ellos, pero hay que medir la situación del 1aa10”. (El mal estar no habilita, pienso? Cuales son las posibilidades). Sigue la Lic “Se hace una vaoracion en conjunto y si el mal estar es 10, se recurre a la guardia”. “Sino Diego hace y deshace, si está mal va a la guardia, sino es tanto, irá a buscar la comida”. /Entra W residente a traer agua para el mate cuidadosamente/.

“Hay que seguir la coherencia de las normas de la casa. (Acaso estas normas organizan, estructuran la estructura psíquica?). “Sii uno no cumple hacen lo que quieren, los demás también”.

AT ”Mario volvió a buscar los libros que no puede leer por el contenido literario que tiene , de muerte y demonios” Lic” Bueno si el quiere leer tiene que elegir entre los cuales el equipo tratante le ha permitido. Que lo elija el, no se lo quiten. Que haga el un esfuerzo que implique una interacción con el otro para dar estabilidad”.

Si el otro Día D pidió SOS,(medio clonacepan) porque se sentía mal. –(Que efecto tiene, hay tolerancia, es necesario, calma?). Por lo general lo que le dan es un placebo que en el genera un cambio. (buena herramienta a tener cuenta).

D Que haga su cronograma, las reglas de la casa son claras. Hay pasos que cumplir. Sino vamos a tener que empezar a trabajar el alta forzada con él, por las transgresiones. Obviamente siempre se lo acompaña en esto. Pero hay que decircelo para que haga efecto y caiga esa idea de hacer lo que quiera.

A D ser parte de la casa lo ayuda, da identidad a su estructura (lo ayuda?).

A I se lo nota callado, lo que no quiere decir tranquilo, hace 30 años está institucionalizado. (Que efecto tiene salir para ellos después de tanto tiempo?).

Surge una situación en que las AT notaron comentarios de contenido sexual que las apeló y preocupó. Lic ” Hay que situarlos con respecto a la sexualidad y el respeto con el otro. T es complicado, de características manipuladoras, perversos, entonces las hace actuar a uds”. Uds con la pregunta le pueden devolver eso, así develan las segundas intenciones que tiene. (Como repercute constransferencialmente en los AT). “Uds usen la indiferencia como herramienta, no se enganchen en su juego”.

Al parecer los acuerdos intra institucionales organizan. Con la limpieza hay una especie de acuerdo implícito. Hay algunos de los residentes que esperan a los AT, para realizar tareas. Lic “Es bueno que cada tanto se haga circular el reglamento para que lo tengan presente”.

El residente P al parecer tiene una relación de pareja fuera de la casa, pero la misma es de carácter patológico, es un riesgo para él y lo sabe.

Remarco la importancia de la interdisciplina para el seguimiento día a día de los pacientes y el valor que tienen estas asambleas, espacios. Así también organizan citas con familiares para mantenerlos al tanto.

Se anota en el libro de parte lo trabajado ese día, dejando constancia de lo que se habló. Todos los presentes firman.

R.O 26/04/2018

Llego a la casa de medio camino y ahí la Lic me comenta que vamos a realizar una primer entrevista con en el internado de mujeres, porque esta la posibilidad de que una de las usuarias pase a ser residente de la CMC.

Llegamos al internado e ingresamos por la cocina, observo todo cuidadosamente. Allí se encuentran las enfermeras picando y moliendo un centenar de pastillas con rotulos y nombres en grande. Las puertas no se abren si no tenes una llave especial, o el picaporte de la puerta (las de vidrio son con la llave, las de hierro con el picaporte). Al pasar la cocina nos encontramos con

que todas las mujeres que se encontraban internadas estaban tomando la merienda, aproximadamente a las 16 hs. Ubicamos a la futura residente y nos pide por favor si puede terminar de merendar, a lo que se respeta sus tiempos y se accede.

Nos ubicamos en lo que sería la sala de estar y allí llega la paciente.

“Hola, perdonen la demora, estaba tomando la merienda” Se muestra sonriente y entusiasmada. Comenzamos la Entrevista, se presenta como ACM de 60 años aprox y la Lic nos presenta a ella y a mi, y le comenta sobre la posibilidad de pasar al nuevo dispositivo de CMC, lo que ha sido hablado con su equipo tratante del internado. “ le gustaría a ud?” Se sonríe nuevamente y contesta “ Si, puedo dormir ahí porque acá a las 20 ya te apagan las luces, te dan la cena y a dormir”. En eso que transcurre la entrevista llega una enfermera y dice “Se me escapó, jaja, tomé la medicación” mientras extiende la mano con 2 comprimidos. ACm, mirá sorprendida y dice “ah! Me sacaron una”. /Me pregunto que conocimiento e información tienen sobre su tratamiento y de lo que toma”.

La Lic aprovecha la situación y pregunta sobre su estadía en el Sanatorio y su vida. Lic ” Cuentenos un poco como es su vida..”. “ Y bueno, esta es mi segunda internación, yo estoy diagnosticada con ansiedad, después depresión, y también me tomaba mis cervecitas vió”... “ Cuenta que trabajó 12 años en un estudio contable como secretaria, que hace 6 que eso ya no ocurre que se jubiló”. Cuenta que sus padres han fallecido y que tiene dos hermanas con las cuales tiene poca relación. Residen en Cba y es quién a veces va a visitarla, le lleva su ropa, dinero. Cuenta también que esta en pareja hace un tiempo pero que en estos momentos se encuentra en la Pampa, y que lo extraña.

Sigue la entrevista y se muestra orientada en tiempo y espacio, amable y esperanzada de poder conocer la casa. Lic “Bueno ud sabe que vamos a ir probando algunos días ud va a dormir en la casa, va tener su cama compartiendo con compañeras, y si todo va bien después ya se va definitivamente”. La cara de la mujer es de alegría.

Acordamos comunicarnos con sus familiares para que le acerquen sus bienes personales de ropa, higiene y demás para instalarse en la casa.

Nos agradece y allí finaliza la entrevista. (Fue mi primer entrevista dentro del internado, como colega y siento una alegría inmensa y a la vez, se despiertan cuestiones familiares sobre personas cercanas que han pasado por esa situación.

Ya de vuelta en la CMC de varones nos ponemos a dialogar con uno de ellos y W pregunta si se podía ir de viaje solo a lo que la Lic ontesta que sí, pero que antes se tiene que acordar y avisar a las responsables. Siempre que tiene oportunidad retoma la norma de la casa y la refuerza, en marca.

Dentro de la Asamblea se dialoga que quieren cambiar la contabilidad de la casa, que pase de O a G, quién va a llevar la economía y ha comenzado un curso de ayudante administrativo contable. /Pienso en lo importante que es para su autonomía poder realizar actividades extras al dispositivo que ayudan a su reinserción socio/laboral. “Yo propongo que pongamos plata un día antes, del lunes para el martes y hacemos la compra de la semana.” La lic toma como valida la propuesta y se consulta la opinión de los demás, los cuales están de acuerdo. Allí pregunta la Lic quién estaba yendo a comprar, y se encuentra con que hace dos semanas que van los mismos. “Esta el cronograma y tienen que rotar quienes van a comprar” O dice” Licenciada, yo no fui porque me sentía mal, y ahí fue G con F, yo subí acostarme, me preocupa mi medicación”. “Esta bien y lo han resuelto bien pero recuerden que si no se sienten bien o les cambian la medicación tienen que avisar.

Luego de eso se planifican las salidas con del fin de semana con los familiares, teniendo en cuenta los horarios estipulados en el reglamento.

R.O 03/05/2018

Llego y me presento ante quienes faltaban. Lic abre con la pregunta ¿Cómo estamos con lo que está pasando?” Disparan frases, gestos que denotan preocupación, tristeza enojo. “Me preocupa mi familia, me parece una medida exagerada”. Se larga a llorar se la nota desbordada por la angustia. “Estuve un año ahí encerrada, me muero si tengo que volver a eso”.

Lic “A nosotras tampoco nos agradan este tipo de desiciones, pero la orden llega desde dirección”. Pienso en la flexiilidad de la norma ¿hasta cuando es posible para el tratamiento?. “Por ahora tanto J como J2 es una suspensión por una semana de la casa y tienen que volver al 4, después se verá una expulsión”. ¿Cuál es el criterio de internación y volver al 4? ¿El consumo de drogas es un criterio de riesgo?. Se lo toma como medida de prevención para no llegar a la

descompensación. “ Es la dirección la que toma las desiciones”. La lic remarca el incumplimiento de las reglas de la casa “ No van al médico, fuman adentro, no cocinan, y ahora el consumo de marihuana. Revisen sus prioridades si quieren estar en la casa.” “ El otro día sonó la alarma de incendio porque una de ustedes estaba fumando adentro, les parece bien?”. Aparece no salir el fin de semana a visitar a la familia como castigo.

Las residentes se defienden entre ellas ante la pregunta de como es posible el consumo de marihuana, y la suspensión aparece como algo inminente de ocurrir. Lic” Lo determina el equipo tratante, la dirección”.

J2 es la más afligida en cuanto a la situación “Y por cuanto es la suspensión, y a vos también? /mira a su compañera/” Si” asiente inmuta. Lic “Lo determina el equipo, en principio una semana. Es un riesgo institucional, queda mal que en el Morra estén fumando marihuana” “No es la casa de uno”. Hay cuestiones institucionales que se mantienen inflexibles. Ante la flexibilidad del personal aparece la norma institucional.

J2 desafía “Y que pasa si me voy y no tengo ganas de volver, yo estoy cansada, no puedo decidir por mi misma con 40 años que tengo” “Yo no decidí estar acá 1 año, fue mi familia, hace 20 años que no decido nada.” “Yo no tengo la libertad que tiene una persona normal a los 40 años”.

Lic contesta “Pero te tenes que acomodar a las reglas de la casa” “Cuando las cosas se hacen mal, vos te pones en riesgo”.

J dice “Pero tengo compromisos laborales”. Irrumpe J2 “Es espantoso lo que me pasa, no puedo decidir por mi misma.”

Lic” Pero acá están haciendo un tratamiento, en la salud el orden es un consejo saludable. Ser parte de un tratamiento de un dispositivo intermedio, se tiene que ajustar a las reglas.”

J “Tengo miedo a una recaída, no quiero volver a esa situación de nuevo”./ Se va al baño la más angustiada. (Pienso en la trnasgresión subjetiva, si fumo marihuana estoy haciendo lo que acá y en la vida).

Lic “Pero mientras más se desordena la casa, más se ajustan las reglas”.

J2 se muestra totalmente enojada, disconforme” Prefiero vivir debajo de un puente que volver a una internación. Yo no tengo opción de estar en otro lado. Estoy aca porque no me

queda otra, por necesidad no porque quiero”. La lic ante la repercusión que esto puede generar en las demás retoma y pregunta las demás. “ Y ustedes porque están acá?”

P “Yo estoy aca porque quiero conseguir más autonomía, alejarme de mi familia toxicaque más me enferma, terminar el seciundario, conseguir un trabajo digno, independizarme”.

E “ Para estarestable, me ayuda la casa de medio camino. Todavía no puedo sola. Quiero seguir acá”.

J “ Porque el pasado es una película de terror, una angustia muy grande . Estoy acá porque necesito de los médicos, cerca del sanatorio, tengo miedo”.

G “Acá a mi me trajeron, me siento cómoda, tranquila, me siento bien”.

P “Nosotros los enfermos mentales estamos expuestos a ser títeres de otras personas”.

E “ Es como la policía la Institución”.

J2 “Vivo en un lugar que no quiero, estoy obligada a estar acá”. P “Pero no se trata de hacer lo que cada uno quiere sino lo que a uno le hace bien”.

Lic refuerza “La decisión la toma la dirección”. Constantemente se despega de la posición de autoridad para que no resulte persecutorio.

7/05/2018

Nos encontramos en la CMC de varones en el garaje que funciona de consultorio. Allí esperamos a que llegue un residente de la residencia compartida de varones con su AT.

Se comienza dialogando sobre el alta forzada de la casa, ya que no es la primera vez que incumple con con las normas del reglamento de la casa y tratamiento. “Lic ud sabe que fui al psiquiatra y me dice que no me vaya de la casa que me hace bien” (¿Cuál es la comunicación entre los profesionales?). Lic “Si pero ud sabe que si no cumple con las normativas de la casa se tiene que ir, y que la medicación tiene un encuadre,al igual que la de todos sus compañeros no puede hacer lo que quiera”. Lo que ha ocurrido es qué hizo ingresar a alguien ajeno a la institución, un “amigo” sin consultar previamente a sus compañeros y equipo tratante. Esto ha ocurrido siendo influenciado por otro compañero, quien es la especie de ”Lider”. Lo particular de

esta persona ajena a la casa es que se se encarga de hace una especie de ,meditación, relajación, yoga lo que al trabajar con este tipo de técnicas podía desencadenar y desestabilizar al paciente. La lic Toma la palabra “Uds saben que las técnicas y ejercicios. (Estos métodos alternos sirven para el tratamiento?). La lic le pide el número de la profesora de Yoga.

El residente cuenta que no ha ido al turno del psiquiatra. “A veces tengo crisis, reconozco que parte de la cancelación al turno fue mía”. Lic “ Pero no es la primera vez que oculta o no me cuenta todo...”. “Si licenciada, otra mentira, discúlpeme.” La Lic contesta, “ Yo no soy quien dice lo que está bien o está mal, el tema pasa por lo que quiera ud.” “No solo me mintió a mi, sino también a ud y a su at.” La hace parte e incluye en el encuadre.

“Si tiene razón, pero a veces tengo estas crisis. Tengo que alejarme de la apatía y forzarme a hacer lo que tengo que hacer” (Lo atribuye a su falta de ganas, atribuye a la apatía, me llama la atención que conozca su sintomatología con vocabulario técnico, que importante es saber y la psicoeducación.)

“Yo no quiero que deje de venir mi AT” “No tengo casa, ni a donde ir”. Lic “Por eso, esto es una oportunidad para que ud pueda tratarse, recuperar su autonomía.”

Va estar en observación Lic “Hay que revisar sus conductas de indisciplina”. “Si licenciada respeto, reorganización, reflexión.”

“Bueno, mañana día de limpieza institucional comunique a sus compañeros por favor.”

2DA ENTREVISTA-

Ahora realizamos en el mismo lugar una entrevista individual a una residente de la CMC , que ha estado el fin de semana en su casa de familia.

Lic.. como estas..?” “Bien ahora que ví a mi familia, me genera emoción y tristeza” /Llora/. Cuenta que la madre también ha ido a verla luego de tres meses. “Estoy muy feliz, pude decirle lo que siento, mi mamá me abrazo y me dijo te amo”. “Quiero estar bien por mí y mi familia”. “Reflexionar sobre que hice bien o que hice mal.”/ Se la nota pensativa, y reflexiva, como cierto insight y conciencia de enfermedad./ Se habla sobre el tema de las salidas de fin de semana, sobre la importancia de preveer la organización.

La Lic. Le plantea las cuestiones de organización también hacen al tratamiento, por ejemplo avisar 2 días antes cual va a ser su salida de fin de semana, ya que viene siendo lo que más le cuesta cumplir.

“Soy la única enferma de la familia”. Se plantea la posibilidad de viajar al interior el fin de semana, y se le recuerda la importancia de hablarlo con el equipo tratante. A lo que contesta “Igual voy de mi papá el fin de semana, él me deja ir”... /La familia desautoriza el tratamiento? ayuda o complica/. Se apunta a trabajar actividades y reglas de la casa. “Tengo que hacer lo que tenga que hacer para aprovechar la casa y cumplir objetivos.”

Se le hace incapie en la importancia y el valor de el nuevo dispositivo, ya que con 28 años tiene en su historia clínica 12 internaciones previas y no quiere volver allí. “Perdí 12 años de mi vida”. A lo largo del tratamiento pude tener conciencia de enfermedad y reconocer mi sintomatología”. “Estuve 12 años sin poder decidir, estando internada.” “Ahora puedo tomarme el tiempo para mis cosas”.

La lic retoma y refuerza, “ no alcanza solo con el deseo, hay que verlo en el contexto en que te encontras hoy” “Es un acto de salud saber quedarse quieto.”

Entrevista de admisión individual CMC 07/05/2018

F (40 años) Diagnostico : Esquizofrenia.

Nos dirigimos a la parte de los consultorios de neurorehabilitación, y allí en mesa de entrada nos facilitan un consultorio. Ya se encuentran esperándonos dos mujeres, quién va a ser entrevistada acompañada de su hermana.

La lic hace pasar a F y le pide a su hermana si por favor podía aguardar afuera./ La semana pasada ya han tenido una entrevista con ella./

Comienza la entrevista, y cuénteme cómo es un día habitual suyo?”. /Su aspecto es de alguien sumiso, aninado, con la vestimenta desgredada y su cabello sostenido por una media cola mal atada, su motricidad es lenta, signos y síntomas negativos.

“Para hacer actividades fuera de mi casa la A.T no me sirve, va un ratito y se va”. Se le pregunta sobre si sabe como funciona la CMC, y refiere “Un lugar para hacer actividades”./No tiene muy en claro el sentido de la casa/.

A medida que pasa el tiempo entra en confianza y cuenta su historia familiar. Allí cuenta que los vínculos en la familia son violentos, que ella sufre esa violencia por parte de su hermano. “Mi hermano me maltrata mucho, me quiso ahorcar” /se la nota con extremada timidez y voz temblorosa/. “Ya hace un tiempo que no quería comer, no quería dormir.”

Manifiesta que su hermana, quién la acompañó hoy, es su punto de apoyo. La lic le pregunta acerca de sus internaciones. “ En el 95 fue la primera, en el Neuro, cuando era adolescente”, yuvo una breve internación y en 2001 tuvo una recaída por la cual fue internada en la clínica Saint Michel. Agrega que luego de esa internación estuvo yendo a consultorio externo del Neuropsiquiatrico. Agrega que participó en el hospital de día del San Roque. Cuenta que “Le preocupa no hacer nada”.

La lic le pregunta sobre si hace actividades actualmente F “Iba a pintura, me gusta dibujar pintar, pero deje de ir por mi hermano, no me deja salir a ningún lado.” Allí cuenta que una pelea con su hermano los vecinos advirtieron gritos, golpes y dieron aviso a la policía. Este fue el último hecho que derivó en internación. “ Vino la policía, me llevaron al Neuro y ahí me pusieron una inyección muy dolorosa que me hizo dormir”.

“Hace poco estuve internada acá en el morra, y me quedo una buena impresión de los profesionales.” “Quiero hacer algo, no estar tan sola” “Cuando estoy sola la cabeza me piensa”.

Manifiesta tener una mala relación también con quién es pareja de su hno, la familia conviviente es disfuncional. “ No me gusta la novia de mi hno no me dejaba pintar, me molestaba, me decía seca el baño, yo no soy tu sirvienta”. (Pienso en como se adaptara a la convivencia y a realizar tareas que no tiene ganas).

Se le pregunta como es el tema de la medicación.”Mi hermano se encarga de dármela, tomo en el desayuno, merienda y cena”. Se indaga sobre que nivel de autonomía tiene.. “Yo en mi casa duermo hasta las 11am, me levanto, desayuno, a veces me tiendo la cama”. Cuenta que su hermano no la deja hacer nada, porque lo hace mal. “Me baño sola, a veces me dejan comida y me la calienta. A veces mi hna me ayuda a bañarme. Me baño cada 2 o 3 días.” Cuenta que sabe manejar dinero, se toma el colectivo sola.

Expresa claramente “Quiero ir a las actividades del hospital de día” “No quiero vivir más con mi hermano”.

Se hace ingresar a la hermana y se le comenta sobre la situación para que F ya pueda ir probando conocer el dispositivo y acelerar los pasos, ya que las situaciones de violencia la ponen ciertamente en riesgo. Esto aumenta ya que su hermano se ha quedado sin trabajo.

La hermana comenta una dificultad sobre la obra social. La lic menciona la necesidad de tener un equipo tratante de la institución en lo posible.

“La casa es una buena opción para mí y para la hermana”..

09-05-2018

Entrevista semanal supervisión con AT.

Se presentan las AT que concurren a la CMC de mujeres, se encuentran movilizadas ya que una de sus compañeras deja el trabajo. Se las nota con muchas ganas de hablar, de expresarse.

“La casa te demanda mucho tiempo”. El AT tiene un rol necesario, Híbrido, entre pacientes, psicólogos, e institución. Se habla sobre una carta que se encontró en la casa.

La carta hablaba sobre la organización entre dos residentes para la compra de marihuana en una plaza cercana. Esto llevó a la sanción de las residentes las cuales cpntaban que se han ido de familiares cercanos o aceriguaron pensiones, cuartos habitaciones. Las at manifiestan que ne la casa las repercusiones llevan a que no se asuma la temática, ni sus errores. Que mienten y sienten mucha culpa.

Una de las AT E cuenta que E una de las residentes se encuentra muy movilizada ya que había puesto muchas cuestiones en la relación, aspectos transferenciales en el AT que se va.

Dicen que en el discurso las residentes ponen las culpas afuera, y muy pocas se hacen cargo. Y las que no actúan de esta manera, cumplen con las tareas de la casa porque es una obligación.

La lic les cuenta a la at que le van a realizar un seguimiento cuando regresen a la casa con respecto al consumo de marihuana, y que está latente la posibilidad de un dopaje sorpresa. “Si

vuelven a la casa se va a revisar bajo que encuadre lo hacen, el tema de salidas, y cumplimientos del reglamento institucional.”.(La casa puede abordar este tipo de patologías graves, comorbidas?).

Toman este tipo de descisiones como intervenciones en el tratamiento, no como un castigo. Lo encuadra en los objetivos del tratamiento y en la importancia que estos tienen.

Sobre P cuentan “Los familiares manifiestan avances. Es una red que está todo el día, es muy castrador?...”

Lic Sobre quienes han sido suspendidas “La idea es que vuelvan a empezar, divido en dos momentos, que caigan en la cuentan que es un nuevo ingreso y una segunda oportunidad”.”Hay algo de la perdida que tiene que poner en juego”.

Con G estamos pensando la posible geriatrización, el tratamiento de la casa disminuyó muchos signos y síntomas, no tuvo reinternación. Pero hay cuestiones de la autonomía que no se pueden trabajar” (cuales son esas cuestiones, es crónico)?.

Las Lic abren la pregunta de como se sienten y que les ha parecido la decisión de la suspension. “Se podría haber encontrado otra manera de poner el limite”.

Lic “La palabra ya no tenía valor, había que ir a la raíz para que haga efecto, que sea abrupto para que movilice” “Fue planeado y pensado como intervención, la flexibilidad no funcionó.”

“No hay que tener el control de todo lo que sucede en la casa” realizan una indicación a las at.

La omisión no pude pasar a la casa de medio camino.

Las AT se muestran cansadas y desgastadas. “Cansa están todo el día encima de los otros, los chicos son muy manipuladores” Una de ellas se muestra muy fastidiada porque se van 2 de sus compañeros. Las Lic piensan en la rotación entre los dispositivos es una opción saludable, para no aguantar tanta presión y responsabilidad del seguimiento de una casa.

R.O 21/05/2018

En el día de hoy participe de varias actividades, comenzando por estar presente en un ingreso de una persona a la residencia compartida de la fundación. Primero nos dirigimos a la parte de consultorios de Neurología, donde nos esperaba el acompañante de quien ingresaba. Resulto ser un familiar de la paciente, al cual acompañamos hasta la administración encarga de registrar formalmente la admisión. Allí se le tomaron algunos datos como nombre, domicilio, obra social, teléfono de contacto y demás. En este momento puedo ver cuan importante son las administrativas de la institución, en cuanto al registro y disponibilidad de camas que tiene el establecimiento. Allí me entero que en algunas ocasiones algunos pacientes del internado van a dormir a las casas o residencias, por una cuestión de espacio (¿Cómo toman esto los usuarios de las casas y residencias? La decisión institucional al disponer estas cuestiones ¿De que manera influye en el tratamiento?). Luego de esto nos encontramos con quien va a ingresar a la casa /Se muestra con una gran sonrisa y expectante al ingreso a la residencia/.

Al ingresar se encontraban las residentes quien van a ser sus nuevas compañeras del día a día, quienes la recibieron con un beso en la mejilla / Se notaban, ciertamente distantes y poco expresivas/. Durante unos minutos dialogamos a cerca de esta nueva experiencia enfocados en los bienes básicos necesarios para iniciar la estadía, como higiene personal, dinero y medicación. Después se le dio lugar a una de las residentes, quien en la semana viajara a ver a su madre. Durante la conversación surgió la siguiente frase “El miércoles vas a poder irte a tu casa” se refirió la licenciada, a lo que la paciente contesto “¿Para siempre?” (Esta frase me conmovió, ya que despertó una respuesta verbal y corporal de ilusión con respecto retomar una vida que ya no es la misma). A lo que se le contesto que iba a ser por un solo día para que visitara a su familia y busque su ingreso mensual. Una vez resuelto esto, nos retiramos de la residencia, esperando que quien acaba de ingresar se adapte al grupo de la mejor manera.

R.O 23-05-2018**Reunión con AT de RC de Mujeres.**

Se comienza preguntando por como se está adaptando F a la casa y sus amigas. Las AT refieren que la están aceptando y que por su personalidad ciertamente sumisa es un factor favorable. Cuentan que han resuelto y compartieron cierta problemática.

Lic. “Hay tanta movimiento en la casa de medio camino que hay que trabajar con la familia y el buen vínculo con una parte positiva. Intentar trabajar que se apropie del espacio, todavía no es su casa.” (Adaptación al tratamiento?). “Tienen que trabajar que pueda tomar sola la medicación, que tiene más libertades, no tiene que pedir permiso para todo. Está muy institucionalizada”.

Advierto que los AT también tienen que tener en cuenta y estar al tanto de las cuestiones médicas clínicas de las residentes. Hay una de ellas que tiene diabetes por lo cuál debe recibir determinada dieta alimenticia. La cual muchas veces transgrede, no cumple y corre riesgo su vida. Lic “Esto tiene que ver también con su estructura donde no hay un límite, una simbolización y una conciencia de enfermedad y de riesgo para ella.”

Surge desde las AT que se encuentran en situaciones en las que K tiene episodios delirantes los cuales por ahí no saben como manejar. Las Lic recomiendan utilizar el recurso del humor, ya que es una herramienta que a ellas les sirve y fortalece el vínculo. “Te parece K que sea así? Acompañado de una sonrisa”. “Tienen que tener en cuenta que cada paciente tiene sus particularidades y estar atentas a eso. Hay una de ellas que viaja y cuando lo hace por varios días, vuelve “aturdida”, y más desorganizada. (La importancia del seguimiento individualizado, se puede en instituciones con más residentes?).

Hay una de ellas que se angustia mucho cuando le falta la mediación “Se pone mal cuando le falta la medicación o se está por quedar sin.” (Le temen a los síntomas que le pueden generar la falta de medicación). “Una estrategia es en un cuaderno como elemento que le recuerde la casa, que ella pueda ir anotando y teniendo un registro de sus necesidades”.

Se habla sobre que el 7 de junio van a venir a entrevistas los hijos de una de las residentes, la cual tiene ciertos incumplimientos de las normativas de la casa. “ Hay que revisar las cuestiones clínicas de ella que transgrede las reglas o normas y que afecta al grupo”. La lic recuerda “Las CMC no son un dispositivo de control”. Pero si hay que ir trabajando que puede hacer o no de acuerdo a su problemática clínica. “Advertirle que si no hace caso se la puede suspender” (contradicción). La AT plantean que les mienten y no saben como manejar esas situaciones. “Si no cumplieron con las indicaciones del equipo esos son los motivos de suspensión de salidas”. “Cuando exeden a las cuestiones de convivencia se apela a la institución. Cada vez vamos más arriba para ver quién lo regula-No hay una forma directiva que ella registre

porque no reconoce límite, siempre lo revoca, entonces apelamos a la institución y nos corremos del lugar persecutorio.”

La AT cuentan que la desorganización de los pacientes les generan ciertas ansiedades.

28-05-2018

CMC MUJERES. Asambleas semanales.

Lic “Que paso G con sus hijas el fin de semana” han discutido por dinero y el manejo del mismo. G” Se creen dueñas de la plata mía”. Lic “Pero no es que son dueñas, cumplen indicaciones del equipo tratante”. Hace referencia a que ella tiene ciertas necesidades cotidianas, a lo que la psicóloga le indica que elaboren una lista con los elementos a comprar. /Toma una lapicera y una hoja de mi cuaderno y anora: 2 azúcar, 1 yerba, galletitas de agua, galletitas dulce, queso, paleta. La lic lee repasa la lista y una compañera agrega “ Cigarrillos” a lo que se muestra cara de sorprendida “ Uy metí la pata.” Lo que ocurre es que la residente suele fumar dentro de la casa o en lugares que no están permitidos.

Las familiares la habían llamado y les corto, no los atendió y no le pudieron entregar los medicamentos. “Y también hubo otro problema” /Ponen caras de sorprendidas, silencio, nadie habla, hasta que una de ellas irrumpe “Si, no se baño antes de ir”. Lic “ A y porque no lo hizo” G “Porque no tenia ganas de ir” “Bueno pero esas cuestiones se tienen que avisar, y habíamos acordado otra cosa con la salida del fin de semana. No hay problema que ud no tenga ganas de ir, pero para eso están estos espacios para que lo pueda decir. Pero entonces ud hace una semana que no se baña, y eso lo habíamos acordado previamente cuando ud reingreso, lo tiene que hacer” “Cocinar, yoga, baile, caminata, taller del hospital de día, tiene todas esas opciones pero las tiene que hacer”J “Si quieres te acompaño” acota un compañera. E “Antes no meobligaban a hacer el taller” Lic “Bueno pero ahora sí, es una indicación del tratamiento para su mejor bien estar” E” No es mucho el entusiasmo que tengo, pero tengo que ir” lic refuerza “Si le va a hacer bien” E hace gesto de que no sabe, encoje los hombros..

Entrevista Individual E.

Se dirige por indicación de la psicóloga coordinadora de programa al consultorio.

Llega, llama a la puerta. Se la encuentra muy angustiada. Lic abre “Como estas?” “ Y hace una semana que estoy incimoda, incomunicada, necesito dinero” “También me cuesta mucho hacer la dieta, ser constante, hacer el click de algo que me motive”. “Me autoboicoteo, me siento mal estando gorda, se me hinchan los pies”. / Hace gesto con los brazos/. Se le ha indicado regular su comida y evitar comer, picotear en horarios desregulados. “Antes podía hacerlo, estaba más disciplinada.” “No sé que comer, soy diabética 2”. (Que importante es tener en cuenta las cuestiones clínicas de los usuarios a la hora de medicar).

Lic interviene “ Y uno busca en la comida otra cosa, se descargan estas cosas”, E “Si eso me pasa, yo me siento mal con mi cuerpo, me cuesta el autocontrol desde que murió mi mamá”. Lic “Bueno hay que separar emociones de comida, trabajálo con tu psicólogo tratante”. E “Tampoco me hace bien estar tanto tiempo encerrada, estoy triste por muchas cosas”. Lic” Bueno vamos de a poco, hay que poner prioridades, hay que disciplinarse” (limite, puede encontrarlo en su estructura, la construye junto con analista). E “ Las emociones me desordenan.” “Es un impulso en el que empiezas a comer y después digo, que hice.”

31-05-2018 CMC HOMBRES.

Nos encontramos en las asambleas semanales donde se debaten cuestiones cotidianas del cuidado de la casa y personales que hacen a la convivencia.

Se reúnen los usuarios mientras algunos toman su desayuno. Se debate sobre cuales van a ser las compras semanales. Entre otras cosas se decide comprar una leche descremada y otra entera, jugo en botella o sobre. Cada uno expresa porque quiere comprar cada cosa. La lic quien dirige la asamblea otorga y retoma la palabra de todos. Lic “Lo que anoten en la lista es lo que van a comprar”. O es el encargado de escribir la lista, pero se arma entre todos, es un consenso.

La Lic pregunta como se han organizado en la limpieza en esta semana y han rotado los lugares que ha cada uno le toca limpiar.

Ellos cuentan que de acuerdo quién vaya a comprar esa semana se organizan de diferente manera con el dinero. En algunas oportunidades se junta el dinero una vez armada la lista. En otras quienes vayan a comprar ponen el dinero y luego sus compañeros le devuelven./ En ese

momento suena el teléfono, uno de ellos atiende, es el familiar de alguien, se corta la asamblea./ La lic le pide por favor si puede llamar en otro momento.

Cuando se reanuda la asamblea uno de ellos comienza hablando de las salidas de los fines de semana, a lo que interviene un compañero y lo hace callar S “No estábamos hablando de eso” a lo que le responde W “cada uno habla de lo que quiere”. Interviene la Lic. Y menciona que todos vana tener la oportunidad de plantear sus situaciones.

G” Es una carga ser discapacitado, por más que estudie no hay salida de trabajo”. Lic “ Ese no es el punto, sino un que actividades hacer por fuera de la casa, lo cuál favorece a la autonomía de cada uno.”

A lo que W acota “Hace 14 años yo no estaba enfermo, mi papá me engañó. El Neuropsiquiatrico siempre ha aumentado mis síntomas”. Lic “Si, pero aca es voluntario, y hay que cumplir con ciertas reglas. No es un capricho mío que una actividad por fuera de la casa les va a hacer bien.” W” Si me hubieran soltado antes yo podría haber terminado el colegio.” / Se lo nota molesta y enojado, ciertamente perseguido. (Sera por su estructura psíquica, diagnostico, pronostico?).

En ese momento tocan el timbre, y uno de ellos pregunta “Por que si es la AT o la Licenciada tocan el timbre” Lic responde “Todos tienen que tocar timbre, si esta es su casa” (Los saca constantemente de la lógica manicomial aprendida.”

Uno de ellos interviene, “a G hay que decirle que se bañe, volvió a hacer pis en el patio y eso no se puede.” Lic, y eso si les molesta se lo tienen que recordar entre ustedes. /Mientras eso ocurre G, se duerme sentado./ (Cuanta medicación le dan.?)

Residencia Compartida de Varones.

Se inicia la asamblea retomando una situación de uno de los pacientes que tiene que buscar un lugar para vivir, debido a la posibilidad de un alta forzada, ya que no se encuentra a gusto y no cumple con ciertas reglas de la casa. Lic “Y encontró algo D?” D “Y estuve buscando, y en muchos lugares me dijeron que no porque conté que soy esquizofrénico” (La etiqueta antes que la persona, se identifica con ser la enfermedad). La lic interviene “ Pero eso no

tiene que ser un impedimento, es como cuando uno tiene diabetes no lo cuenta para poder alquilar una habitación”.

Le da la palabra a otro residente el cuál cuenta “Y esta semana más o menos, hay un medicamento que dopa mucho el Ozinan, el que usan en remplazo de..” Lic” Si está en falta la medicación por eso las alternan con otras.” Continúa I “ Y hace 20 años que estoy en el hospital, así qué me busque algo afuera, empecé computación” /se muestra alegre en su expresión”. Y yo voy a italiano acota uno de sus compañeros / tener la posibilidad de realizar actividades fuera del dispositivo los pone contentos.” Se suma otro compañero “Yo hago el mantenimiento de las plantas del hospital, me llevo la radio, me tomo mate, a mí los muchachos me esperan.”

Están organizando un asado con la gente de mantenimiento para el fin de semana, uno de ellos ha donado el dinero para comprar y compartir con sus compañeros.

Sale el tema de que se han rotos tazas, le hacen el reclamo efectivo a la coordinadora del programa “Si algo me dijeron las AT, esas cosas las tienen que comprar uds y después la institución se las devuelve, porque hay un presupuesto para eso”.

Se da una situación que uno de ellos debe cobrar la reparación histórica de su jubilación y pasa meses sin cobrar por lo que se ha llegado un acuerdo que sus compañeros en la medida que pueden le prestan dinero y luego el se los devuelve. El debe tener registro de esto de quien le presta y cuanto es.

Según lo que se dialoga cada uno tiene fuera de la casa aunque sea un vínculo familiar con el que el equipo esta en contacto y trabaja articuladamente. En los casos de viajes, aspectos económicos, at individuales.

R.O 31/05/2018

E “Estaba medio triste porque mi hermana se fue de viaje, pero hablo con otros familiares para no sentirme tan sola”. Cuenta que por las noches se levanta a comer en horarios que no son los indicados en su dieta alimentaria.

Toma la palabra J que reingreso “Estoy contenta de poder estar de nuevo acá, ahora tengo que ir al médico clínico a hacerme los estudios. A demás me encantó la psicóloga, le conte desde los 10 años que empezó la primera derivación” (pienso en toda una vida atada a tratamientos ambulatorios y un diagnostico encima). Lic pregunta si algo más y dice “G, me debe 8 cigarrillos”.

Puntualmente G ha estado en su casa por 15 días debido a una sanción recibida, estando en su domicilio sus familiares informaron que no había consumido tabaco, cosa que no pudo sostener al reingresar a la casa.(Pienso si en la CMC puede, se permite hacer lo que quiere, su deseo, necesidad). La residente padece de EPOC y tiene una indicación medica de no fumar. CUESión que no ha cumplido. La lic retoma esto y menciona “Tampoco ha hecho las actividades que le indicaron los equipos tratantes” a lo que G contesta “Somos 5 personas y siempre me dicen, retan a mi” /Enojada, desde una posición infantil/.Lic “Se lo decimos porque es una indicación del equipo.” G “No fui porque nunca me gusto el hospital del día, me hacen ir a trabajar, porque otra cosa no es, nada más que no me pagan.” /no percibe que la actividad sea para su bien, se siente utilizada y perseguida, paranoide./

La lic toma un papel y deja por escrito que es la última chance que tiene de arrancar el taller que ella elija, lo firma y lo sella, y se lo hace firmar a la residente “Acá al que no hace nada lo corren”, una compañera acota “Pero es por vos para que te haga bien” G “Voy a ir porque no me queda otra”. Lic “No no se confunda, la casa no es una internación, la idea es que vayan y vengan, lo que les pedimos que de su parte cumplan las indicaciones.”

Se pregunta sobre que les ha parecido C la nueva usuaria que ha estado yendo a dormir por las noches desde el internado, ya que se encuentra en vías de permanecer en la CMC. Las residentes comentan que es una persona tranquila, que ha caído bien al grupo.

La lic le comunica a G que los familiares sus hijas iban a saber de la situación que no había cumplido “Son muy sargentos mis hijas” allí reconoce una ley. La cual transgrede cuando se encuentra en otro ámbito sin la presencia de estas.

R.O 07/06/2018

Asamblea RC de mujeres.

Se plantean las problemáticas de cada una. Una de ellas manifiesta querer saber cuánto dinero tiene en su cuenta de caja de ahorro. Porque tiene acordado un dinero semanal, y de ese dinero tiene que hacer una lista de semanal de sus gastos para poder organizarse. Plantea la diferencia con algunas de sus compañeras las cuales pueden manejar tarjetas de débito. “Eso se trabaja de acuerdo a las indicaciones de los equipos tratantes y las necesidades de cada una.”

Se habla sobre las venidas de los familiares.

Se genera ansiedad en una de ellas por la realización de un estudio clínico ginecológico. La Lic toma esa angustia y devuelve que el primer encuentro consta de una charla informativa, donde primero se va a conocer con quién será su médico. / Cada vez que una de ellas va al consultorio clínico lo comentan y es tema en la asamblea semanal, programar turnos, observar cómo se sintieron.

Sale el tema de que hay un malestar en la casa “Está muy saturada la casa, está lleno de A.T” (Pienso en cómo se sienten o le resulta que vengan los at u otros estudiantes a la residencia.). “Me cansa que a cada rato viene alguien y siempre lo mismo.” Lic “Eso que te molesta es el trabajo de los a.t. Tomenlo como un recurso del tratamiento.” Les pregunta si están al tanto de qué tratamiento reciben “Si psicológico y psiquiátrico” Lic “Bueno, para eso están los at para que los ayuden a uds en sus tratamientos.”

La Lic le recuerda el encuadre de la hora “Hay reglas que la casa tiene que están escritas y otras que son parte del grupo, irás ganando tu lugar”. “Uno aprende intentando y sino pide ayuda”.

“Aprendí a limpiar el baño”.

“Estoy contenta porque hoy cobre, puse para el fondo común y tengo para mis cosas.”

Asamblea casa de medio camino 07/06/2019

Se inicia la asamblea comentandole a la nueva residente de la casa como funcionan y el propósito de las asambleas. / Hay una confusión en el horario de comienzo de la asamblea, algunas se han olvidado, otras están durmiendo, la lic le pide por favor que se presenten./ También se presenta una confusión sobre el horario de ir a buscar el almuerzo.

G fue al taller de cocina /hizo efecto la intervención pasada/. “Hicimos un turrón de quaker, pancitos” Lo cuenta medianamente entusiasmada y la Lic refuerza esa motivación “Vió que le iba a gustar ir”.

Se da el ingreso de C de forma definitiva a la casa “Bueno C, verás que cada una tiene sus cosas, tu ingreso en la casa se da en un momento específica, están movilizadas ya que se ha ido una compañera”.

Se organizan y pactan las salidas de los fines de semana de cada una de ellas, todas comparten el volar antes del domingo a las 20:00hs, algunas se van el viernes, otras el sábado cumpliendo ciertas actividades previas que acuerdan con la coordinadora.

Se dialoga sobre el abono de transporte de cada una, que requisitos y documentos tienen que llevar, entre compañeras se recomiendan utilizarlo para ahorrar dinero.

En ese momento llega una de las residentes de las cuales se había olvidado del espacio y el horario. Viene del psicólogo el cual tiene consultorio en la parte de adelante del internado por lo que ha aprovechado y pasó a visitar a compañeras que aún se encuentran en el internado y estaban participando de las actividades del hospital de día. Cuenta que se compró sus cosas, está contenta de poder hacerlo. Además el fin de semana irá a visitar a su mascota. También ha comenzado las clases de artes por fuera de la casa con un profesor particular.

Asamblea de residencia de varones.

La lic comienza interrogando como han estado esta semana D toma la palabra “ Me dí cuenta que perdí mucho al haber dejado de ir al hospital de día. “Recupero una especie de hermandad”.

Uno de ellos continúa asistiendo al curso de informática y quiere poner el servicio de internet en la casa. “Me está yendo bien en el curso, hacía rato que no estaba en un aula con una profe”. “Para mí esto es nuevo, me pase 20 años yendo al hospital de día.” /El tiene la posibilidad de tener computadora propia para asistir al curso. (Pienso en quienes no tienen la capacidad económica para solventar este tipo de actividades, donde pueden recurrir, el estado garantiza estos espacios?).

M continua con su problema de dinero y se lo ve muy preocupado “Lic hay alguna noticia de lo mío” pregunta con timidez. Lic “No M sabe que la trabajadora social está en eso, pero hay

una problemática y los tiempos de tribunales y el ANSES son distintos. A Ud le siguen prestando dinero sus compañeros” “Si le debo 200 a I, 300 a ..” “Si Lic nosotros le prestamos”. (Aca mediante la intervención de la Lic ayuda a construir una herramienta para que entre ellos lleguen a un acuerdo. Pienso en la importancia del dinero para la autonomía de cada uno de ellos y su inserción en sociedad, más calidad de vida.”.

La lic Menciona que en 3 días busquen una actividad para realizar ´por la mañana porque va a ir el servicio de limpieza general de la institución y no pueden estar en la casa. Allí acusan a M de no cumplir con las tareas de limpieza, que no las hace o las hace mal. Todos siguen el discurso de la especie de líder quién acusa a M. M muy tímido y alejado de la mesa, la lic toma nota de esto e interviene “Pero M ud no espera que venga la AT y lo ayude” Asiente con la cabeza, los otros atacan “Si pero muchas veces lo anota y no lo hace.” Lic. bueno eso ud se lo comunican a la AT, lo dejan anotado”- También acusan que lleva varios días sin bañarse. Lic “Eso es cierto M?” “No hace 3 días más o menos, el lunes me bañe” “Bueno M recuerde que habíamos hablado que como mucho 2 días podían pasar sin higienizarse” “Si Licenciada.”

R.O 07/06/2018

Entrevista a familiares de una Residente. Lic encargada de coordinación de dispositivos, trabajadora social y quien les habla.

El propósito del encuentro es revisar el proceso que está llevando a cabo la residente y sus comportamientos dentro de la casa. La residente tiene la particularidad de tener diabetes por lo que debe seguir una dieta especial, pero por su estructura psíquica le cuesta mantener un orden./ Se piensa la posibilidad de geriatrizarla pero por esto no puede ser ya que no tiene la edad necesaria.

Una de las situaciones que plantea la familia es que su madre demanda manejar su dinero como quiere y la enoja no poder hacerlo. Esto le provoca ansiedad al verse demandados para la entrega de dinero, ellos no saben hasta cuanto dinero les puede pedir/exigir. Se resisten a ponerse en esa posición “La vamos a tener encima todo el día” manifiesta uno de los hijos. Lic ”Bueno este tema hay que utilizarlo como forma de coerción para que cumpla y mantenga el orden”. Además se le maneja la medicación ya que o no la toma, o la toma toda junta. Ante estas faltas siempre existe la posibilidad de la internación. Una de las hijas manifiesta que le ha dicho

“Por favor díganles que no me internen en el 4” (Esta residente ha pasado por varias internaciones y no quiere volver a pasar por lo mismo, por eso la importancia de los dispositivos alternativos. Por que no quieren volver?).

Desde el equipo tratante indica que su preocupación pasa por varias cuestiones clínicas que se tienen que atender. Hija” Bueno pero esas cuestiones se pueden mejorar en la CMC” depende de cada caso. Hija “ Tal vez no transgredir sea uno de sus objetivos para mantenerse en la casa”. Lic “ Si se ha estado trabajando con las compañeras para que la ayuden en las cuestiones clínicas.”

Ante la dificultad de la residente en ordenar y controlar algunas cuestiones de su autonomía con respecto al cuidado de su salud la familia plantea la posibilidad de contratar un ayudante terapéutico individual para que la acompañe a los controles al médico clínico. Que trabaje con la At.

La lic apunta a trabajar sobre la paciencia y tolerancia ya que este tipo de situaciones con pacientes psiquiátricos generan mucho desgaste, agotamiento mental y físico. Algunos de los hijos se angustian “ Mi mamá nos tiene cansados pero en el fondo es buena” otro le contesta “ Y es la forma que tiene de darnos algo.”

La lic y la trabajadora social toman esto y le devuelven la importancia de la presencia de la familia en el proceso que atraviesa su madre. Hacen foco en trabajar la tolerancia ante las demandas, agravios que pueda realizar su madre. (Empatía con el loca).

R.O 11/06/2018

Entrevista individual con una de las residentes. Debido a una situación particular con una de sus compañeras en la RC.

Comienza la entrevista manifestando que le ha marcado a una de sus compañeras que limpiara la mesada “ Me tenía cansada de que no hiciera nada”. Plantea la diferencia con esta compañera “No prende la ornalla, la ducha, no hace nada.” “Me retan a mí y a los otros no le dicen nada.” /Se la nota enojada y molesta con la situación/.

La lic le marca que “Todas estas cuestiones se las puedes plantear al A.T para no generar conflicto en la casa” Residente “Peros los AT la defienden a ella.” Lic “Si pero tené en cuenta que ella recién ingresa, vos también tuviste tu parte de aprender adentro de la casa no es que la defiendan, sino que entienden que tienen otros tiempos.” /La intervención de la psicologa apunta a la empatía.

“Despues me arrepenti, me dolió”. “ Porque al final llega una nueva y se genera un clima raro”. De igual manera “Hoy le dije que limpió el baño, que bien. Después de eso mejoró el clima-” Se ve que esa discusión toco algo en mi”.

Lic “Me parece bien igual hay que delegar el reto en los AT.” “ Y sabes que puedes venir a charlarlo con nosotros”.

R.O 12/06/2018

Reunión con los AT de la Residencia compartida.

Han ingresado nuevos AT. “Responden bien, no me hacen regenegar”. “La residente que volvió a ingresar, hace las cosas bien” “ A veces, después de estas dos semanas le cuesta tomar la medicación.” Lic “bueno es un buen punto, tengan en cuenta que puede existir la posibilidad de un dosaje sorpresa, producto de la falta que ha cometido.” AT “ Si a mí me dijo la residente nueva que ha escuchado como dos de sus compañeras hablaban sobre le tema del consumo de marihuana.”

Lic “Por otro lado la otra compañera que también había consumido no va a volver a la CMC, ella no quiere no le gusta estar controlada, y tiene que dar explicaciones.”

Una de las AT cuenta que una usuaria durante la noche bajó 5 veces para contar que se encontraba muy angustiada. Sabiendo que hay cosas que se le ha marcado no hacer. Lo ha hecho con los AT nuevos. La lic indica que el tipo de intervención allí deben ser de desdesmatrizar las situaciones, ya que la residente es muy sugestionable y es funcional a este tipo de intervenciones.

Una de ellas plantea que una residente es “Muy absorbente necesita que alguien esté constantemente” La lic le marca que ellos están para realizar estas tareas uds son los encargados de remarcar e intervenir en estas situaciones”. “Si se desordenan los residentes se desordena el funcionamiento”. (PACTOS Y ACUERDOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO).

El AT nuevo menciona que una de las residentes le contó “Yo estoy muy contenta de que ella esté en mi habitación” “Se adaptó muy bien ha hecho buenos vínculos”. Después está G que es como la mamá del grupo. Lic “ Es decir que se vive un buen clima, más allá de estas cuestiones puntuales” “SI” afirman todos.

R.O 13/06/2018

Asamblea de CMC Hombre

Uno de ellos ha comenzado en los CPC un curso de Teatro y otro de ellos asistente contable. La lic toma esto y refuerza lo positivo de comenzar a estudiar, aprender algo nuevo, para que su reinserción en la sociedad se más llevadera y tengan herramientas para lograrlo en lo cotidiano.

Esto despierta el interes de otros compañeros, uno de ellos manifiesta querer empezar computación, y otro va a la facultad de comunicación social. A varios de ellos les interesa arrancar este curso de computación “Tenerlo como una inversión para la rehabilitación” . Le preocupa el dinero gastado y como obtenerlo. “ Uno mientras más autónomo más gastos tiene”.

Sale en la charla que a algunos de ellos los AT particulares de sus tratamientos los acompañan a realizar tareas cotidianas que han perdido el hábito o se han olvidado, como por ejemplo ir hasta la parada del colectivo, tomarlo. Uno de ellos tiene sus ropas un poco sucias y la Lic le remarca la importancia de la higiene, de cambiarse la ropa todos los días”.

A otro de ellos los acompañan a hacer sus tramites, en el banco, para cobrarr sus respectivas pensiones. /Pienso que importante que puedan acceder a un ingreso económico, debido a las posibilidades en la que se encuentran/.

Entre ellos se preguntan como se encuentra tal persona de su familia, y eso genera un dialogo entre ellos(se genera un vínculo entre ellos, no logro escuchar que con claridad la charla).

“Me cuesta dormir a la noche, bajé me tomé un té y charle un rato con la AT” “ Los otros días probé tomar la medicación un rato antes para que haga efecto”. Esto solo lo hacen cuando realmente lo necesitan, es una flexibilidad en lo acordado.

Cada uno cuenta que día del fin de semana va a salir, si van a visitar a su familia, que día van a regresar esto es un acuerdo para su seguridad cuando se van de sus casas. Y para tener cierto marco y trabajar cierta organización en sus estructuras.

Cuentan que se ha roto la puerta del baño y que faltan las escobas para la limpieza de la semana “Las chicas que limpian desde el sanatorio se las pueden haber confundido”. La lic plantea que estrategias pueden implementar para que no vuelva a ocurrir y que ella se compromete a buscar las que faltan. “Y le podemos poner nombre, identificar las nuestras”.

Uno de ellos cuenta que tiene que ir a buscar las bandejas del horno del vecino (los residentes de la RC). “Les prestamos la bandejas F y ahora tengo que ir a buscarlas.

Uno de ellos piensa en cambiar de actividades que vienen realizando fuera de la casa. La Lic toma la palabra “Para cambiar primero tenés que elegir una actividad y mantenerla”. Esto surge a partir de que uno de ellos está estudiando y piensa en hacer otro curso.

Asamblea residencia de Hombres

Uno de ellos se encuentra buscando habitaciones en alguna pensión para irse de la residencia, ya que no ha podido cumplir con las reglas de la casa en varias oportunidades. Otro compañero también ha comenzado a buscar alojamiento, pero su causa es que ya se está trabajando en su alta y su egreso de la casa para retomar con su vida cotidiana Lic “Ud debe buscar un lugar para que pueda seguir estando bien”.

“Podríamos ir a vivir juntos, dividimos los gastos, estamos acompañados”. “Lo que pasa que a mi me da miedo la mudanza, que se me rían, le tengo miedo a la soledad. Acá estoy contenido” La lic devuelve “Justamente en este tiempo hay que comenzar a armar redes, una rutina para no caer en la mala soledad, porque uno puede estar solo y bien”. “El tener miedo es un signo de salud, implica un avance muy bueno” “ Si ya no estoy internado”.”Justamente el acompañamiento es para un determinado momento, ud va a poder conectarse con sus aspectos más saludables, por lo que el tratamiento debe ser ambulatorio” “El egreso es progresivo, sirve para no recaer en internaciones”.

“No todo es para un neuropsiquiátrico hay cosas de la vida cotidiana que hay que aguantar”.

Continúa la asamblea se retoma lo de la división de tareas como se han organizado?” Por ahora vienen realizando las tareas sin ayuda de los At, pero no han rotado que le toca a cada uno.

Uno de ellos acusa a su compañero “Los baños estan todos meados”. Se genera un mometo de tensión, se le pregunta como hace la tarea y se le indica que puede esperar a la AT,

para poder realizar las tareas. Lic” recuerden que el día jueves pueden ir a buscar la perfumina” esto se refiere que la institución brinda ciertos elementos de higiene y limpieza”.

En ese momento tocan el timbre, uno de ellos va y abre sin preguntar quien era... La lic retoma esto y dice “Esta es su casa pregunten quien es cuando tocan la puerta”.

Uno de ellos plantea “Hasta cuando voy a estar medicado, fui al psiquiatra y me dijo que no hay cura para lo que yo tengo”” Son muchos años que llevo medicado, estoy cansado ahora son como 8 medicamentos” (Pienso en la direccion de la cura, es posible, estar estable es una forma de estar curado?) “Tampoco tengo donde ir y nadie que se haga cargo de mí” La lic retoma esto y devuelve ”Pero vos no necesitas que alguien se haga cargo, porque estás pudiendo”.

Finaliza la asamblea y la lic recuerda “Estoy de guardia cualquier cosa me llaman a mí”.

R.O 18/06/2018

Una de las residentes que ha sido suspendida, volvió al internado, tuvo la posibilidad de volver a la cmc. Tuvo una primer entrevista con un equipo tratante, ahí manifesto querer volver a la casa pero luego se arrepintió.

Entrevista con un residente varon.

Se plantea la situación que su AT individual se va de vacaciones y se reorganiza el encuadre de quien será su AT de reemplazo. La AT comenta que “Se olvidó del turno para ir a gestionar el certificado de discapacidad” Lic”hay que anotarlo en el pizarrón” Esta para que no se nos pase al olvido” La Lic le remarca “ Lo vamos a dejar pasar por esta vez”... /Utilizan las

entrevista individuales para remarcar y reforzar cuestiones del tratamiento particular de cada uno, también allí hay un seguimiento.”

El residente manifiesta “Cuando se va la AT me siento solo, como que uno pierde el bastón, es el oído que escucha”

Visita a la casa de mujeres ya que los at informaron que no cumplieron con el día de cocina, interrupción del encuadre. Lic “Es una actividad terapéutica, como todas”, Una de ellas se defiende “Las AT mandonean, me rompen el apellido”. La Lic la ubica “No se si es el término ubicado, son indicaciones terapéuticas y acá no están de vacaciones” “Recuerden que el dispositivo es voluntario”.

Surge la molestia de que las hijas le manejan el dinero, ya que por indicación terapéutica no puede hacerlo en su totalidad. “Yo no entiendo a esta gente me maneja la plata, yo estaba más tranquila cuando nadie me molestaba” (Toma las indicaciones como molestia, no se hasta donde llega a tener registro de su enfermedad).

Visita a la residencia de mujeres.

F “volvió a no limpiar” “ Se pone muy susceptible si le decimos algo” F es nueva en la residencia y está aprendiendo nuevos hábitos, por esto la Lic indica “Tiene que aprender, construir un hábito lleva muchísimo tiempo”

E, la compañera que ha acusado refiere “Las at me tienen bronca” esto lo menciona porque le llaman la atención con respecto a su cuidado en la alimentación y trato con sus compañeras.

R.O 21/06/2018

Se le marca a una residente que hay que estar a horario en las asambleas, hay que estar listas. Una de las compañeras la llama y le grita “F baja que está la licenciada, rápido”.

“Vos no podes manejar la medicación acá, si hay algún tipo de medicación que no es la indicada, es motivo de expulsión” “Los que tenes son de acuerdo a la particularidad de tu tratamiento clinico, estas yendo al 4?” La lic hace este señalamiento ya que es habitual que esta residente se automedique sin medir las consecuencias, con respecto a la pregunta del 4 , es porque allí administran y supervisan la toma de los psicofarmacos. “ Lo tomamos como la primera falta, ya lo hablamos con tu familia y están al tanto de la posible suspensión” La lic hace esta intervención desde la autoridad y firmeza para ver si logra que se cumpla con lo indicado.

“Vamos a negociar en tanto ustedes cumplan con lo establecido “Porque esta vez, por que en algun momento no cumplí” No tiene registro de sus faltas.

Cuentan que se están pudiendo dividir las tareas. Se ayudan entre ellas y a la que recién ingresa. “A veces le prendo la hornalla”, La lic toma esto y pregunta “ Que otra dificultad tenes que no te permita ser autonoma” a lo que contesta “no tengo otra dificultad” Una compañera acusa . “Si tiene, no sabe manejar la ducha” lic “bueno eso hay que trabajarlo con la at” “Pero yo no quiero tener AT” “Pero lo necesitas”.

CMC

Una de las residentes se quería ir a Biale Masse el día sábado a la noche, le consultaron a la Lic, no se dió ese permiso porque era muy tarde. De igual manera se fue el domingo temprano. “Pensaba que te ibas sábado a la mañana, era muy tarde a las 19, igual fuiste el domingo, la

pasaste bien?” Si bien tienen que pedir permiso cuidan la integridad y la autonomía de ustedes./

La mayoría

R.O 28/6/2020

CMC MUJERES

En la casa se nota un ambiente de expectativa, ha vuelto a ingresar una compañera “Ahora va ser la bienvenida formal”. Se nota el cambio en las residentes “Vienen predispuestas a estar bien la casa” ya que esto ocurrió porque tuvieron que ir al internado.

La lic le pregunta a una de ellas “como entraste vos en la casa? “Bien arranque con todo, debiendo muchas cosas..Me salió una propuesta pero lo tengo que hablar con mi equipo tratante y lo que ellos consideren va estar bien, si es muy pronto o no” haciendo referencia una propuesta de trabajo, que si bien es positivo hoy la prioridad es otra por su estabilidad. Lic “ esa es la palabra clave, es un proceso hay que ir de a poco”.

Otra de ellas continúa con sus estudios, empezó con su AT individual y cuenta que “Hizo muchas cosas”, está conforme. El “fin de semana voy a ir después del almuerzo, y el doctor me está viendo una vez por semana” ante la pregunta de qué va hacer el fin de semana y como viene con el tratamiento ambulatorio. Allí el fin de semana vería a su familia y hace un comentario con respecto a su hija “Me estoy arrepintiendo de haberle dado los 500 pesos por la actitud que tiene conmigo, me embola, es una desagradecida” Lic” Y yo que vos hablaría y aclarar el porque uno hace las cosas, porque muchas veces mezclar algunas cuestiones no ayuda sino complejiza el tema.

Surge un problema porque una de ellas compró un alimento que no se encontraba en la lista destinada a la compra de super, entonces la Lic interviene “ Si se hace un acuerdo y después se decide unilateralmente es una cosa que genera en el vínculo un desorden” “Las relaciones muchas veces se hacen en acuerdos explícitos e implícitos.

Se organiza la salida de una de ellas que tiene que ir de sus hijas “Ese tema lo tengo que ver yo no tengo ganas de ir de la A, ahí ella siempre me pelea y se pelea con los chicos, yo voy más por los remedios y la plata que me dan ellos” Lic “Y hay alguna posibilidad de que usted no pelee una vez no?, por ahí está bueno ir con otra actitud” “ Lo que pasa que son muy Sargento, no me dejan hacer nada, que me bañe que no fume” Lic “Y capaz es lo que tienen acordado”

“Los acuerdos de la casa todo bien?” si todo bien Lo único que al cronograma no hubo rotación en las actividades.

R.O 02/07/2018

Se presenta uno de los residentes aludiendo un dolor de panza “hace del jueves que no como nada, el dolor me saca el apetito”.

Lic. “Un organizador de la vida cotidiana, saben que no es un AT” refiriendose a un familiar

Te puede acompañar de tu mamá, un turno medico, sobre todo que no vayas sola de tu mamá. Que no te preocupes por la casa y su mantensión, que el tratamiento está primero”.

“Uno se pone con eso y chau miedo, en el buen sentido me pongo con musica y me distarigo”

Yo en cambio encuentro muchos espacios terapéuticos se va formando una rutina, el taller de pintura, el AT, misa” Res “Tiene razon no me habia dado cuenta”.

Reunión con los AT, “hay una paciente que está terrible, que hacemos con la medicación y el dinero?”

Lic Habiamos quedado en asamblea que lo que se pacta se cumple” Res “Me sacó el monedero las chicas”

No acá lo que pasó fue distinto acá se incumplió con un pacto y puso en marcha toda una contradicción”

Res “ Valeria me llamo y tuvimos conversandolo” “Yo pense que acá me daban la medicación” “No no este desajuste se genera porque usted incumplió”

R.O 19/07/2018.

En el día de hoy cada una cuenta como están sus cuestiones clinicas medicas “ no tengo nada de anemia”

En el día de hoy vamos a comunicar que una de sus compañeras ha fallecido.

“Les tengo que dar la noticia de que E falleció”.

Res “Yo queria de todo corazon que vuelva, siempre va a estar en la memoria del grupo” Hizo amigas, aprendió a cambiar, hay que recordarla /silencio/.

Lic “Que piensan ?” no la voy a ver más entonces, pero la voy a recordar los consejos que ella me daba” “Voy a ir a la plaza a dar vueltitas, andá que va a estar bien” Si hay que recordarla de esa manera” “yo le escribire una carta no estuve mucho tiempo con ella.”

“La otra persona que venga a la residencia no va a ocupar el corazón mío la Eli”

Nadie que venga va a ocupar el lugar de E ni en el corazón, ni en la casa, uno guarda la amistad, el amor, no guarden mucho dolor. /DESPEDIR PERO RECORDAR/.

R.O 02//08/2018

Se realiza asamblea en la residencia compartida de mujeres. Llegamos con la licenciada y abre con la pregunta

¿Cómo han estado? .

Comienza hablando F sobre cómo se siente respecto a la visita de su hno, el cuál la ha tratado mal pq la residente planteó que estaba medio resfriada con la alergia.

“ Siempre me trata mal, me dijo que te pasa ahora. Cuando está así nervioso yo no sé qué hacer. Si sigue así no quiero ir el fin de semana”

Lic. Interviene “ está bien q vos puedas marcarles tus normas, una relación es de dos partes. Así que si vos no querés ir está muy bien”

F “ si está nervioso pq él antes me manejaba el dinero, ahora me dió lo q me correspondía. Ahora yo quiero manejar mi plata, que el la cobre y me la dé así me puedo administrar”.

Lic. Esta perfecto eso ya lo trabajaste con la trabajadora social? Si si .

/Con la mirada la lic ve a otra residente la cual empieza hablar/

T “ yo de lo físico estoy mejor, no tomo más los medicamentos para el resfrío. Con respecto a lo emocional más o menos, voy de a poquito hace 2 semanas que falleció Eli./veo el pizarrón y ya han borrado su nombre y quedó el espacio en blanco. Le quiero comprar una plantita ahora cuando cobre”.

Lic “ está muy bien, di quieren y todas están de acuerdo puede salir del fondo común” / Todas acuerdan o asiente con la cabeza/.

T” En este mes me quiero ir a visitar la virgencita de alta gracia”

Lic.”Bueno eso lo vamos a planificar en base al cambio en la medicación que recomendó la doctora, si ella lo ve bien lo programamos para el 15”

T” Bueno está bien, pero este mes quiero ir sí o sí”.

Lic “ y avisaste en el 4 para q te armen el pastillero con el nuevo RP?”.

T”Si J sabe ya que me dieron un cuartito más,a parte lo tengo todo escrito en mi cuadernito firmado y sellado por la doctora”

Lic” Ahhh perfecto entonces”.

Lic. “ Vos G como te fue” G” Bien bien fui esta mañana a la doctora y bien, la semana q viene tengo turno con la ginecóloga pq tengo un quiste en el ovario y lo tiene q revisar. Fui y vine sola”

Lic” Ahhh bueno es bastante normal en las mujeres esa cuestiones, me alegro q puedas ir y venir sola” /está intervención le da tranquilidad/.

“ Y vos K como te fue en el cumpleaños de tu mamá” K “ Bien, lindo está preocupada por mí una mayor la quiere poner acá por el sanatorio”.

Lic “ Como por el sanatorio? Ella estaba allá en Santa María”.

K “ Si pq está media jodida del brazo o de la pierna no me acuerdo bien y quiere que este en la casita”

L “ Así como acá?” K”Si así internada en la casita”..

La lic retoma para traer a lo real “ ahhh está bien, y la pasaste bien el fin de semana?

Si si paseamos , nos fuimos ala ciudad q está cerca del pueblo y paseamos un rato.”

Lic “Y después de que dormiste en el 4 como te sentiste? Vieron que K tuvo q ir a dormir ahí pq no sé sentía muy bien. Así que por indicación de la doctora durmió ahí y después fue a visitar a la mamá” K“ si estaba bien,me sentí mejor les había dejado la cabeza así a todos ahí adentro/hace gesto con las manos/ pq les decía q tenía q ir al cumpleaños de mi madre”.

Luego de que todas hablen la Lic les comenta sobre la decisión de dividir las casas. “ Cómo uds saben la otra coordinadora y yo venimos trabajando en conjunto con las 4 casitas. Ahora por disposición de la institución y de la dirección nos vamos a dividir en 2 . Y a mí me toca acá y la casa de varones”

T “ Uhhh!! y no voy a poder hablar más con la otra Cordinadora?. A mí me gusta hablar con ella”(se ponen en juego las transferencias).

Lic “y algunas cuestiones acá en la asamblea vamos a tener que acordar. De igual manera si quieren hablar algo en particular con ella después acuerdan la forma en que lo van hacer”. T “ no va a haber más asamblea a la tarde?”

Lic “y no por ahora van a ser por la mañana y van acordar conmigo.

F “y si yo quiero ir a hablar con ella algunas cuestiones que estaba trabajando es mi psicologa...

ENTREVISTA CMC MUJERES

Fecha: R.O 18/10/2018

Entrevistador “Hola chicas era para que me cuenten sobre lo que estuvimos hablando el otro día, vieron que cuando ustedes entran a la casa, firman, acuerdan un reglamento de convivencia y un consentimiento informado, se acuerdan...

que son para ustedes estas normas estas reglas de la casa como la vivencian ustedes?”

P: “Yo en mi opinión mira yo creo en todo lugar hay normas y reglas que cumplir que , pienso esta casa es una más digamos, una norma más cumplir. Por ejemplo en mi casa vos tenes normas que cumplir, horario que regresar, a que hora se almuerza, a que hora ya se puede acostar, o sea los días que puedes salir de fiesta por ejemplo... supongo que acá es lo mismo en todo lugar va haber normas y reglas que va haber que cumplir igual que en el colegio, en un hospital un centro de día, emm, no se que más era la pregunta..”

Entrevistador “no, si va por ahí por ese lado, digamos que como toman esto que tengan que cumplirlas..”

P “No para mi es algo normal porque yo ya estoy acostumbrada a tener que seguir, una norma o una regla, tener que respetarla y cumplirla, así que para mi es algo normal.”

Entrevistador “y vos P cómo tomas esto de los permisos, tener que avisar..?”

P ..”y todavía me cuesta acostumbrame un poco, porque yo antes estaba acostumbrada a salir más de noche en cierto horario que acá mucho no puedo digamos, estoy tratando acostumbrar que algunos horarios no se puede pero aprovecho bueno. Hoy en dia no lo estoy haciendo pero antes aprovechaba cuando estaba con mi papa salía si tenia que salir con mis amigas y todo utilizaba los finde. Ahora no salgo mucho porque es algo mío mas o menos que no me nace mucho salir, pero ese era el único digamos ehh problema, no se si es un problema pero era algo que me costaba acostumbrarme. Pero después de ahí lo siento igual que mi casa, no noto diferencia alguna.”

Entrevistador “ Y con estas cuestiones que apoyan al tratamiento de ustedes ese reglamento y esa normas como lo toman, de que te sirve de que no, hay diferencias con el internado..?”

P “no, es más siento que me sirve mucho más que una internación y que un tratamiento con psicólogos y psiquiatras solo, porque esto complementa un poco más el tratamiento y a mi en lo personal me ha ayudado mucho más que lo que me puede haber ayudado un tratamiento común digamos siendo una casa de medio camino eso es lo que siento yo.”

Entrevistador “El resto, que opina por ahí de lo que decía P..”

E “yo si a mí también me ayuda y me ayudó mucho la cmc porque en mi casa yo era muy desorganizada, yo en mi casa hacia lo que quería comía a la hora que quería, pintaba suponete diez y media de la noche hasta las 3 de la mañana era como que me psaba de vuelta, y gracias a la CMC me eh organizado bastante con los horarios, en ese sentido bien.”

Entrevistador “¿cómo ésta norma que viene ayuda a organizarte a vos?”

E “si es que yo no lo siento como algo que la norma, no me molesta al contrario me ha hecho bien porque antes yo.. me ayudo mucho la coordinadora, yo dormía hasta las 12 del medio dia, y ahora pongo despertador ocho y veinte y me ayuda muy mucho estar acá para organizarme. Porque en mi casa noo!”

Entrevistador “y con esto con la norma que tienen que cumplir y por ahí no tienen ganas por ejemplo como le pasa G..”

E “Con respecto a la limpieza a mi no me molesta porque cuando yo vivía con mis padres en mi casa me gusta limpiar, o regar las plantas, no me molesta, me gusta limpiar lo eh hecho en mi casa, hacer las compras, no soy de hacer mucho la comida pero también eso me ha ayudado. El compartir también con las mujeres con otras...”

Entrevistador “Y los talleres por ahí que vas a pintar, te sirven que sean parte del tratamiento..”

E “Si no eh estado yendo pero estoy pintando sola acá, sí porque también me cuesta encontrar algún artista plástico pintor, bueno yo también tengo mi forma de ser viste.. pero si yo me siento bien acá. Por otra parte me siento que yo ya cumplí un ciclo, yo hace dos años y tres meses que estoy así que ya.. /gesto de haber finalizado una tarea, cumplido un ciclo, agacha su cabeza y gestualiza con su boca/. Yo agradezco lo que me han ayudado tanto las coordinadoras de la casa, o sea el equipo me siento muy bien..”

Entrevistador “¿qué cosas positivas puedes rescatar?”

E “Y que estoy estable, en dos año y medio largo de una internación yo estoy estable, yo no recaí en una internación ni en una depresión y eso que falleció mi mamá, entendes me han ayudado mucho y yo me siento bien en ese sentido, querida, me siento contenida, porque no se que hubiese sido yo si me quedaba sola en mi casa con las persianas bajas, eso es lo que tengo.”

Entrevistador “Un trabajo tuyo también...”

E “Si si, la cosntancia también que me costaba, que me cuesta ser constante...”

Entrevistador /me dirijo y doy la palabra a otra compañera../ “C....”

C “Bueno yo hace 4 meses que estoy acá y este ya lo había comentado antes cuando la coordinadora me dijo del lugar, reitero lo mismo porque es lo que yo siento yo pense que era el convivir así... Cuando me dijo tenes que lavar, limpiar cocinar pense que era mucho más.. Al contrario yo en mi casa hacía muchas más cosas hasta que deje de trabajar salía a la 6 de la mañana y volvía a las 12 y 30 de la noche directamente.. Este me ha ayudado mucho no me cuesta, ni levantarme ni hacer la tarea ni nada, estoy bien a parte el apoyo es muy importante la contención y yo le llamaría la nutrición o sea es como que eso me nutre, yo los problemas que he tenido los eh hablado, osea de problemas muy eh personales digamos.. Yo pienso que es una

buena medida, osea no una buena medida, las reglas no son, no estamos en la carcel sin , al contrario este. y aparte pienso que que si que no, como te puedo decir esto como que no tiene precio osea es una cosa que a vos te han ofrecido y vos la tenes que valorar porque no es lo mismo estar acá que estar en mi casa sola entonces me ha ayudado mucho y bueno yo en general no tengo problema, agradezco todo porque este, es como te digo estoy contenida cualquier problema lo puedo tratar lo puedo manifestar lo puedo hablar me ayuda, tomar la medicación con toda las cosas que estoy haciendo asi que esta bien, espero sal, seguir adelante ehhh por ejemplo ahora me compre un cuadernito ya lo había hecho antes me he puesto escribir algunas cosas, más no, con respectos a mi persona positivas y negativas y después analizar... hay cosas en las que soy porque soy así ya. Entonces que tengo que ser así pero esta bien, gracias a Dios.

Entrevistador “por ahí las reglas o normas que vivieron en el internado ustedes por ahí son distintas a las de acá..”

C “Siiii Por eso aca la CMC es una transición, es como un elástico no tenés libertad absoluta pero tenes libertad entonces por eso el nombre está adecuado CASA DE MEDIO CAMINO para que vos en un futuro puedas volver a tu casa, a la casa que vos tenes. Yo gracias a Dios puedo decir que puedo volver a mi casa que no es mi casa pero en esa casa yo voy a salir con los pies para adelante este es así.. Y bueno no difiere mucho porque son como límites viste para que vos te vaas acomodando . Aquello era un poquito más estricto es un poquito más suelto hasta que vos yo pienso retomes las alas y empeces a volar solo parte soy ya una persona ya mayor, digamos no por eso porque tengo muchas experiencias entonces tengo osea que tengo que poder hacerlo no se cuanto me llevara pero bueno, es una experiencia muy muy linda. muy muy linda la verdad sí. Te re acomoda y te da muchas perspectivas y tenes siempre el apoyo así que eso es importante...”

Entrevistador “Ud decia recién tenemos libertad y a la vez no tanto pero que nos sirve..”

C “Si si es todo un proceso yo pienso que es un proceso...”

Entrevistador “y cómo sería eso...”

C “No pero para mi lo que cumplimos es mínimo para mi es mínimo, me refería que haya en el sector 1 por ejemplo tenes que comer a tal hora, tal hora te tenes que ir a dormir y un montón de cosas que a lo mejor son más estrictas.. En cambio acá si yo digo tengo que salir salgo, salgo aviso y no hay problema este.. en ese sentido a mi no me afecta en nada el tema de las tareas y la organización de la casa me parece muy correcto..”

Coord, “ Entiendo también que esta cuestión elástica que dice C, que si bien hay normas a nivel general que son para todas no dejamos de considerar la individualización de la regla, porque si bien uno puede decir bueno como norma no se pueden, no pueden tener un desorden de hábitos de acostarse todos los días a la madrugada, o como dice E quedarse pintando hasta las 3 de la mañana, Pero tampoco como en el internado tienen que irse a dormir tooodas a las 10. Se va individualizando entonces, si por ej el caso de G se quiere quedar mirando TV un rato más lo puede hacer o como por ejemplo el horario de regreso, que pautamos que sea estimativamente entre las 8 o9 de la noche, pero eso no quiere decir que si alguna no tiene alguna cuestión personal que tiene que volver después no se va a individualizar esa regla, entonces eso permite ir incorporando cierta estructura pero en el marco de un margen acorde a cada uno..”

C “Exactamente..”

J “Yo fui bohemia mucho tiempo y una de las cosas que más me cuesta es el horario de acostarme y el horario de levantarme, obviamente cuando yo tuve a los chicos ehh, todo ese desfasaje de horario lo corregí por la escuela por el jardín por la comida del medio día por la cena por la comida de la tarde emmm. pero eh sido siempre muy bohemia siempre me eh acostado 2 o 3 de la mañana y me levantaba alas 7 de la mañana y me eh dormido a cualquier hora siempre me quede hasta esa hora tejiendo, cociendo , mirando histori channel emm.. y a mí la internación ni hablar, la internación te vuelve loca directamente con el tema de los horarios....”

E “A mi no me gusta” /interrumpe”.

J.. *“Y acá no, al ser muchas en la casa no porque haya un reglamento que lo diga pero una cuestión de convivencia no me puedo quedar hasta las 3 de la mañana cociendo..entonces la convivencia también te marca un límite. Ehh y acá no hay un solo reglamento que sea traído de los pelos, digo todo es de lo más normal... la parte del reglamentos lo obvio así que yo lo acato.. El cigarrillo a mi me vuelve loca el sistema del cigarrillo de no es lo mismo fumarse un pucho afuera parado abrigado que fumar , no te da el mismo placer estar parado fumando afuera que.. el fumarte un pucho viendo televisión y tomando mates, osea el tema del pucho me jode muy muy mucho o fumarme un pucho antes de acostarme tranqui y no se puede. No es lo mismo no es lo mismo fumarse un pucho parado fumando que estar en la mesa bueno.. pero también de obvio eh de una obviedad decir no se puede fumar adentro emmm. Así que bien yo las reglas de la casa las acato con normalidad digamos. No son más que una normativización de la normalidad..eh y bueno es lo de l pucho es lo que más me jode lo sufro muy mucho y eso de quedarse. Si tuviera cable me quedaría hasta la madrugada viendo tv.. tengo netflix que lo miro en la cama hasta la 1 de la mañana una cosa así, pero tampoco es lo mismo.. acostarte a las tres de la mañana en la mesa fumandote un pucho tomandote un mate, eso que hace sentir que tu casa sea tuya ehh, que acá no es así osea. Y YO particularmente a diferencia del resto tengo hijos, donde ahí tambien esta la otra diferencia si fuera mi casa, tendría mis hijos hinchandome los huevos por plata,a toda horta, todos los días pero no es mi casa entonces tampoco ehh, digamos hay cosas de las que yo no puedo disponer. Los chicos vienen me saludan un ratito, si quedo comida del dia anterior en la heladera del medio dia , les convido... Pero esa es otra de las cosas que marca la diferencia entre ser dueño de casa y no ser dueño de casa. Obviamente agradezco el estar acá no solo por el espacio físico y la comida, sino también por el tema de la enfermedad osea otra de las cosas por las cuales yo agradezco estar acá es porque estoy cerca del hospital, o sea la vez que yo estuve casi un ataque de pánico me fui caminando a ver un médico y lo tengo a 30 mts o sea camine 30 mt y conseguí un psiquiatra o la vez pasada que me descompuse estaba C y estuvo y llamamos family emergencias, esa son otras cosas que yo agradezco estar acá, yo se que gran parte de mi bienestar es por la tranquilidad que tengo al estar tan cerca de un médico o sea ehh como yo sé que tan mal estuve en algún momento y se que tan mal ´puedo estar, por lo mal que estuve, entonces estar cerca de un médico del hospital me*

tranquiliza mucho se que no tiene nada que ver con las reglas... estábamos hablando de las reglas..

Entrevistador “Si tiene porque es parte del tratamiento digamos que ustedes están haciendo acá entonces está muy bueno esto que decis J que te tranquiliza tener ahí un otro cerca, como puede ser psicólogo, algun at, psiquiatra .”

J “si y el estar acá entre todas juntas que era el problema que teniamos con QK nosotras más o menos bien nos cuidamos entre nosotras...Ehhh si una se siente mal si la otra le duele algo, digamos mas o emos que la QK se caía estabamos al salto por la QK “

E “que prepararle una almohada que taparla con la colchita ..”

J “claro el estar juntas tambien es bueno “

Coord “es parte de la red de contención”

J “claro si, porque no estamos solas sino que tamos, entrelazadas de alguna manera.”

E “Y también como tenemos un diagnóstico psiquiátrico la enfermedad entonces más nos comprendemos porque nos entendemos en ese sentido”.

Coord “si creo que esto que dice J grafica un poco esto que tambien decía C del medio camino no, puede decir bueno, no es la estructura institucional rígida y que en ella resultaba perturbadora..”

J “SI..”

Coord “Pero tampoco es bueno es la casa y las reglas propias sino justamente un termino medio entre un funcionamiento netamente institucional y un funcionamiento más propiamente individual entonces eso también explica también un poquito lo que decía C.”

E “Y como decía J por ej cuando mi mama estaba muy enferma G me acompañó muchísimo, G me daba un mate, me acompañó bastante es como una madre ella /mirada cómplice/ G como una madre para mí, o sea todas nos hemos acompañado pero como somos las más antiguas..”

G “yo fui al hospital de día, yo empecé ahí en el hospital de día, ahí la conocí a ella...”

E “Yo también con las mujeres de abajo que yo me hice amiga de G, que puedo ir a visitarla eso también me hace bien a mí comparto con ellas y también, bajo, estoy un ratito con ellas.”

Entrevistador “y usted G como toma esto de tener que hacer cosas por ahí que a veces no le gustan y las tiene que hacer lo mismo...”

G “y te digo honestamente yo no yo para mí no sabe bien como era el asunto acá pero yo veo que, que somos todas las mujeres que estamos acá tenemos que estar haciendo cosas, bueno ahora me toca ir ahí, yo voy a seguir igual el día de mañana voy a seguir yendo ahí...”

Coord “ajá, al taller? mire que bien”

G “Sí, porque me fue bien. Y dicen las mujeres ohh va a venir con la misa despierta una que yo se’, se rién... Claro porque son cosas que... y bueno hace tantos años ya que no voy a la escuela que no me acuerdo mucho, fui hasta 7mo grado y no fui más después, fui a la escuela de esas que son para la gente grande, la nocturna pero iba a la tarde yo..”

Coord “nocturna, modalidad acelerado. O sea que ud puede reconocer que hacer una actividad de rehabilitación es algo que le ha gustado que le ha hecho bien..”

G “Sí”

Coord “y las otras reglas..”

Entrevistador “Claro, se acuerda que usted para estar acá firma unas ciertas reglas que dicen que ud está acá voluntariamente que va a seguir yendo al psicólogo al psiquiatra ..”

G “y vienen acá porque yo no voy a otro lado..”

Entrevistador “y con las reglas de la casa por ahí que tiene que limpiar a veces o que tiene que cocinar, como se siente con eso..”

G “y bueno cocinar cocino, no digo que alta escuela porque bueno hace mucho que no hago nada pero me doy maña para la cocina, para la limpieza lo mismo son partes que uno tiene que hacer que le tocan hacer este.. limpiar o acá allá, a uno le toca...”

J “Yo por mi cocinaria todos los días..”

Coord “y como lo vive G a eso..”

Entrevistador “claro es diferente al internado..”

G “ Más o menos, porque muy mucho la limpieza no me gusta, le soy sincera yo soy franca eso es lo malo que tengo vió..”

Entrevistador puede ser una virtud también..

G “Cocinar se nada más que me eh olvidado hace mucho que no cocino así todos los días, como en la casa de uno pero de cocina sí, cuando me toca a mí no sé que voy a hacer pero cocinamos una vez a la semana cada una, vamos cambiando de la comida albóndiga con pure , albóndiga con ensalada... hamburguesa..huevo frito como le guste más a la gente..”

Coord “le sirven a usted las reglas que tiene la casa, siente que le sirven que no tanto”..

G “ más o menos, hay gente que habla de más hay gente que habla de menos, así soy yo me gusta decir la verdad. Y si no las hago a las cosas a nadie le interesa..”

Entrevistador “claro pero por ahí es una cuestión de convivencia, hacer lo que a cada uno le toca y de respeto al compañero y eso, que a lo mejor a veces uno no tiene ganas se le puede pasar por alto y está bien también, esa por ahí son las libertades que tienen acá y que no tenía en el internado o no?”

G “yo no estuve nunca internada digamos yo fui al hospital de día no más y yo fui un día, y fue la chica mía, acá al 1 y me busco. No me gusta que estes ahí así que me sacó y me fui con ella.”

E “hay una diferencia.”

Coord “Y para ud la casa tiene muchas reglas, esto que decían las compañeras que a lo mejor el internado tenía reglas de una manera si uno viviera en la casa viviría de otra.. uds en ese punto como lo vive cree que la casa de medio camino tiene muchas reglas o no tantas..”

G “a veces, a veces tiene más exigencias hay veces que no..”

Coord “no son siempre las mismas las reglas?”

G “no..”

Coord “y en qué cambia”

G “Y depende en las ganas que tenga uno de hacer las cosas”

Coord “ahh entonces no es que la regla cambia cambia como usted acata la regla, porque la regla es siempre la misma..”

G “y puede ser. Yo pensaba le digo la verdad que aca venia gente a limpiar, yo le dije a mi hija, mira le digo si vienen a limpiar o hacer las cosas me quedo siino. Porque no todos limpiamos de la misma forma todo tiene distintas formas e hacer las cosas..”

Coord “O sea que el tema de la limpieza fue algo que..”

G “Me plancho”.

RISAS

G “Me plancho porque yo el día de mañana que yo me vaya de acá, lo primero que tengo que hacer es irme a mi casa a limpiar la casa para que se alquile para que se venda. Porque la chica mía esta haciendo los tramites hasta fin de año voy asaber que hago con la casa mia porque esta sola la casa, eh hh o la alquilo o me voy un tiempo yo despues la alquilo la vendo, la solucion mia es irme a la Rioja porque yo tengo familia alla la familia de mi mama vive alla entonces me voy a la casa de una prima mia que tiene caseron, esa casa de antes , bueno vendo la cas y me voy para alla”

Coord “y siente que la cmc la ayudado par ael dia de mañana cuando ud se vaya a otro lado?”

G “Si la idea mía es esa irme a la casa de mi prima que es mucho más grande que yo mi prima, puede ser mi mamá. Tiene las jias una casada..y tengo otras primas después que se jubilaron se fueron, tien su pareja..Mi prima son grandes”

E “en el internado son nada que ver en el internado uno está esperando ansioso el día de visita en vez en la CMC puede venir a visitar un familiar un amigo, es totalmente distinto, para mi las internaciones a mi no me fueron bien, no tengo buenos recuerdos. En cambio acá es otra cosa...”

Entrevistador: “Bueno muchísimas gracias por sus aportes me sirven un montón.”

ENTREVISTA CMC MUJERES
FECHA 29/10/2018

Entrevistador “ Hola chicas como estan, esta entrevista es para que me cuenten de su experiencia acá en su casa, porque entiendo que es su casa. Aca cuando empiezan acuerdan algunas cosas con las psicologas con el sanatorio, que es ese reglamento de convivencia que uds firman no?. Como lo toman ud a eso, que importancia tiene para ustedes, esas normas, como las organiza.

G " Y bien, este las aceptamos cuando firmamos el papel y bueno y si las vamos cumpliendo de cuidar , la luz el agua, los servicios instalaciones, limpiar. Ir al psicologo, psiquiatra. Yo por lo menos de mi parte las cumplo sin ningun problema, me ha ayudado hago todo lo que dice el reglamento.

Entrevistador AJA, Uds chicas?

T “Yo también osea que haya que limpiar la casa es normal porque alguien no quiere vivir en algo sucio pero esta bueno que nos digan se van a ir rotando, eso nos ayuda. Emmm, Lo unico que si a veces me canso.. y cuando explotaba lo dije cuando vienen muchos acompañantes grupales que de este, que lo otro.. y bueno a veces uno no sabe... Pero no osea, esta bien y, y... cocinar esta bueno tambien porque haces cosas distintas comemos milanesas de soja ricas ajaj y no como las que nos dan en el sanatorio o comemos cosas diferentes eso está bien, y la convivencia es buena con K nos conocemos mucho, nos conocemos (risas y ,mirada cómplice de la compañera)... desde allá lejos. Después con G también nos conocíamos del sanatorio y siempre nos llevamos bien y ahora F está muy adaptada también a la casa, así que bueno formamos un buen grupo. Y bueno ahora no esta E que era una amiga, cuando llegue alguien nuevo para allá lejos lejos como a 10 años lo vamos a recibir/risas/.”

Coord “y vos K

K “Y yo me senti desfavorecida en Jesus Maria cuando estuve en el hospital y me dice donde va y yo le digo a buscar agua a la cocina ya vuelvo y me dice inmediatamente se me va a la cama a esperar la ambulancia... (no responde a la pregunta e interviene la coordinadora) K, entendiste la pregunta que hizo Facu?”

K"Si, en que nos beneficia estar acá.

Coord,BIEN si es eso..

“Pero yo estuve un par de años ahí en el uno y después yo me vine para acá y yo me senti feliz y contenta de la vida”

Entrevistador Que bueno esto que decís como que acá se siente más libres”

K “Ir al centro también sola irme al centro sola,por ahí viene mi acompañante conmigo.

Coord “y en cuanto a las reglas?”

K “y yo antes.. las reglas dicen que hay que valerse por si mismas no?”

Coord “bueno eso más que una regla es un objetivo de lo que es la residencia, que es favorecer la autonomía.Eso si forma parte del espíritu del dispositivo de las CMC y las RC. Las reglas son lo que van estructurando la vida cotidiana de ustedes que fueron mas o menos lo que contaron las compañeras, en ese caso, vos que entesndes k como regla?. como reglas de la casa.”

K “que está bien que vamos rotando la limpieza que nos respetamos toda entre todas, salimos a hace compra na una otra vez otra.”

Entrevistador “Esta bueno lo que decis como que

Coord “bueno pero podes ir igual, si si voy a misa.”

K “La quiero mucho. No es como acá que yo me guardo una ensaladita de las 12 y a la tarde me la como /Risas/.”

Coord “Eso sigue pasando ahora.”

K “No quiere un poquito de zanahoria y pescado”/

Coord “bueno voy a hacer de cuenta que no escuche nada porque Facu está grabando. La prueba del delito”.

Entrevistador “bueno por eso está bueno esas libertades más allá del reglamento que firmaste.

¿Cuál es la diferencia con el internado.?”

T “Me interno en el hospital de día, tengo que agradecer mucho incluso haber estado internada y haber conocido a este profesional es muy importante para mi. Desde que empecé al hospital de día y después no importa aunque me hubieran quitado la casa y estuve internada años, él estaba y es muy importante.”

/ Suena el timbre y K se levanta a abrir, es un acompañante terapéutico, no repara que estábamos en la entrevista./

Entrevistador “Uds piensan que ayuda este reglamento que uds firman, se acuerdan para su tratamiento.?”

T “Si me ayuda los licenciados que me ayudan, antes no con las otras, pero ahora sí. Tengo otro equipo me va muy bien.”

Entrevistador “y uds, sirve.?”

G “y yo trato de cumplir lo más que pueda.”

- “Y como se sienten con eso.?”

G “y bueno en todos lados todos tenemos obligaciones en todos lados.”

F, “si en todos lados hay obligaciones, en mi casa yo queria limpiar mi casa, estaba sola no tenia ninguna chica que me ayudara, y yo queria ayudar pero no podia porque queria limpiar y la perra me ensuciaba asi que un día me canse que mi hno compre una aspiradora, y yo me vengo a vivir acá.”

Entrevistador “y Bueno estas cuestiones cotidianas que por ahí G dice que hay que cumplir siempre lo hacen para uds mismas o solo pq hay que cumplir.”

G “y las dos cosas, para cumplir, y pq no nos gusta vivir en lo sucio. K y si es obvio.”

Entrevistador “y más allá de la limpieza en esto que tengan que ir a los turnos medicos, psicologos psiquiatras. Esto que tengamos asamblea los jueves, acordado así.”

G “Si si nos sirve, lo único del reglamento es que nos han dicho la licenciada , nos podrían llegar a cobrar el agua la la luz.”

T “pero eso creo q le corresponde al PAMI”

Entrevistador “Por ahora lo que uds firmaron eso no estaba.”

Coord, Y si no estuviesen las reglas como les parece que funcionaria la residencia.

G si no hubiera reglas y nooo, jajjja.

T Y nadie queria hacer los más pesado, esta parte, se buscaria lo más facil y nos pelearimos por hacer todas la mismo.

K cuando voy de mi madre no me deja hacer nada a mí.

Coord y si vas de visista.

Entrevistador “Como que las organiza se podría decir. Uds siente que las organiza?”

Todas Si.

Coord Bueno en general se podria decir que hay una buena adaptación más alla de que cada una reconoce individualmente que hay aspectos que por ahí en lo personal puede costar un poco más. Y cada una tiene lo suyo, pese a eso prima terminar enontrandole la forma y eso se via de la manera menos molesta o menos perturbadora posible.

Además como grupo funcionan muy bien, ustedes mismas lo dijeron

T poder ir al campo cosa que yo no hacia hace años, incluso antes de que me internaran, pq estaba cuidando a mi mama y despues quede sin nada, y quede en una depresion muy onda, a parte de no tener ni un peso...15 años pasaron sin ir a ningun lado.

Coord crees que estar acá te permitió recuperar eso valioso.

T si me sirvió un montón.

Entrvistador que no deja de ser voluntario que otras cosas positivas.

T “A mi me gusta que haya un techo y otra cosa que me favorece es que estoy con ellas que estan con la misma enfermedad que yo, entonces me siento más contenida.O sea que no soy yo la unica sinio que somos varias.”

K “la salud, un plato de comida quiere decir mucho.”

G “como si fuera una terapia me hace bien estar con ellas, no se muy bien como explicar.”

K tambien esta aca, la compañate individual que es una buena compañia.

Facu todos los otros profesionales, espacios terapeuticos, se sienten contenidas.

K si muy contenidas.El dr, el licenciado.

F me siento muy bien con el licenciado,desde que lo conoci es buena persona, buen profesional, que puedo confiar en el. Me siento mejor aca que en mi casa, en mi casa habia estaba la novia de mi hno, y se metia en dodo, y yo quería acostarme mas temprano y no podia ella me decía que tenía que hacer la comida y mi hno no me dejaba cocinar tampoco y.. y ... entonces me sentía limitada. Acá voy a los talleres de educación física. A parte cuando estuv einternada fui a ingles arte.

Entrevistador sirve también hacer una actividad fuera de la casa.

K /empieza hablar delirar/ , se me cruzó eso por la mente. Las compañeras le dicen que no. Coord ahora que lo podemos pensar eso no es tan claro, pasó.

Bueno chicas muchísimas gracias.

Todas: vas a volver de visitas?

Coord:si tengo hasta un mes más.

Coord, esto que plantea facu es un disparador que se pueden quedar pensadno retomamos y seguimos.

ENTREVISTA RESIDENCIA VARONES 8-11-2018

D: Yo le dije a T que no iba a ir porque estaba a full con la apatía, muy bajoneado.

Coord: Nosotros habíamos dicho que era una excepción que ud hiciera ese trámite porque lo iba a hacer en compañía de M y T. Si no lo puede hacer volvemos a la rutina de siempre en donde ud tiene que cumplir con el hospital de día..

D: Si si, yo eso lo estoy haciendo licenciada

Coord: recuerde ud que iba a faltar al taller para hacer el trámite acompañado por sus compañeros. ¿Fue al taller por ejemplo?

D: NO

Coord: Bueno hay que ir, igual aunque uno este mal, porque justamente eso es lo que ayuda.

Observador participante: A parte es el tratamiento, por ahí no quedarse pensando acá.. vos decias que eso te hacia mal entonces por ahi, ir al taller es algo positivo.

D: Lógicamente que sí. Yo lo que decía es de sacar un taller porque a mi teatro no me gusta, el resto me gusta.

Coord: Pero porque ahora no te gusta, si lo habías elegido..

D: Lo que pasa yo ya eh hecho, y no me caía bien. Capaz porque pensaba que me iba a funcionar y no me funciona, pero el resto si. Caminata, educación física, canto y baile si.

Coord: Bueno lo veremos, mañana si quieres llegate al consultorio y lo charlamos. Vos acordate que hicimos una nota por escrito y un acuerdo firmado y sellado. Entonces es como si tuviéramos un contrato de alquiler de una casa, y yo digo bueno voy a pagar 300 pesos menos de lo acordado porque no uso mucho el patio y no, pero el acuerdo es otro. Entonces tenemos que ver si es posible, si? tenemos que ver, porque yo a ese acuerdo te acordas que firmamos se lo mostré a la Lic del equipo tratante. Hay que averiguar con ella si se puede reprogramar lo que vos pedís.

M: El valor de la palabra no licenciada?

Coord: Es muy importante , justamente venimos de hablar de eso de la casa de el lado. Que importante cuando se dice una cosa y se hace otra como se rompe ehh.. como se rompe de algún

modo la confianza, no entre los compañeros. En este caso de D es algo que le pasa a él solo, no es algo de lo grupal. Pero también es importante la palabra ordena mucho...

I: Yo voy a computación.. Y el problema que yo tengo se lo dije a la profesora la memoria. Yo no se si son los medicamentos, que son 7 los medicamentos que me dan o soy yo el problema, porque voy aprendo computación y al otro día no me acuerdo nada, o sea me olvido yo le dije a la profesora y eso... El médico no me quiere sacar nada de remedios porque está estipulado así. Y me dice que no tengo cura pero tengo tratamiento, me compara con un diabetico o con un epileptico... De por vida lo tengo que tomar...

Coord: Como el problema de tiroides digamos, uno tiene ese problema, bueno es una cuestion, no quiere decir por eso...

I: Yo le dije a la profesora..

Coord: los aprendizajes vos los anotas..

I: Buscamos en google, juegos de memoria para jubilados, par tercera edad...

Observador Participante: Se me ocurre G de la casa de mujeres, va a un taller de estimulación cognitiva y hacen todos juegos así, que ayudan a mantener y mejorar la memoria...

Coord: Si es la parte de neurorehabilitación nueva, podemos averiguar. Porque hacen talleres de memoria. SI en el sanatorio. Es para perosnas que tienen otrass. Dis, otros Diagnosticos que tienen que ver exclusivamente con la memoria. No es tu caso pero si podemos preguntar si se puede sumar. Si no lo de internet que era..

I:Llevo un cuaderno y ahí anoto

M: Tiene un costo el taller de la memoria?

Coord: no, tiene una admisión. Es como la casa de medio camino, no cualquiera necesita ese tratamiento.

I: O sea que el sanatorio tiene un taller de memoria.

Coord: si tiene un taller de memoria

ENTREVISTA CMC VARONES**FECHA 01/11/2018**

Entrevistador " Bueno como han estado esta semana con respecto la limpieza, las compras las organización de la casa" ?

S "La limpieza nos toca 10 días a uno, y después va cambiando 10 otro y después 10 días otro. Así estamos haciendo con la limpieza, así rotamos, ahora me toca la cocina del 1 al 10".

Entrevistador " Y eso lo acuerdan entre ustedes?"

S" Con el AT

Entrevistador con el AT de la noche?

S Con el at que venga a la noche. Anoche vino CE, y nos vamos anotando..

Coord " y por ej ahora que W no esta, no limpia?

Todos contestan Nooo. Se lo sustituye

S ahora me toca limpiar a mi la cocina

O Yo tengo tareas fija.

Entrevistador Aja, tareas fijas O..

O Todos los días el baño y la mesada..

Entrevistador O sea que ud tiene esa tarea...

O Más lavar los platos y esas cosas..

S Claro y eso también lo vamos rotando al día y la noche

Coord digamos que en este tiempo rotan y en este periodo O tiene una tarea fija, como una consesión con el..

S Eeeexactamente. El O lava los platos todos los días a la mañana, al medio día, y dps nosotros 5 nos vamos rotando para los platos de la noche..Hoy me toca a mí, mañana a F, despues a G, G yW..

F Claro y si alguno se siente mal, lo puede suplantar otro..

S Si hay varias veces que alguno no se ha sentido bien y a veces lo lava otro..

Entrevistador Un acto de compañerismo, que suma a estar acá en la casa... Y eso lo van viendo todas las semanas? A ese cronograma..

S Todos los días...

Coord El cronograma de las compras como lo han resuelto, semanalmente verdad? Esta semana que días iban a cocinar y como se organizaron?

F Yo fui con mi AT.. pq no queria ir G

Coord Ahh entonces esta semana F te tocaba ir con G..

F Si porque estaba con los auriculares y no queria ir... Entonces

Coord Pero ayer estaban juntos..

F Si pero despues no quizo ir, asi que con lo que habia y el AT fuimos..

Coord entonces te tocaba a vos G y a F. Entonces porque vos no fuiste G..

G Yo estaba haciendo mis cosas y no me llamo él..

Coord, bueno entonces esas cosas está buena que las revisemos, porque por más que vaya el AT..

F y yo fui con él porque íbamos mirando precios y trajimos un montón de cosas..

O Falto el jabon para lavar la ropa.

Coord Ahh no alcanzo la plata O?...

O y no se compraron otras cosas...

F y en vez de comprar jabon en polvo compra mercadería y lava con detergente que es lo mismo y es más barato, y con lo que ahorramos podemos comprar otras cosas...

Coord pero estaba de acuerdo a la lista F..

F Si pero me olvide, no se si quieren cambiar el método en vez de jabon en polvo detergentey pq se ahorra.

O No se puede ahorra en Jabon el polvo..

S F porque es para la ropa..

Coord, claaaro

F Bueno no alcanzo...

Coord si es una propuesta que se puede hacer, pero si en la lista decía jabon en polvo, habia que comprar jabon en polvo

F pero vale como 90 pesos el jabón en polvo..

Entrevistador, Claro pero habían pensado la plata que pusieron antes, habían incluido el Jabón en polvo es así..

S La lista la hizo O y después nosotros la leemos a la noche

Coord, ahh y cuanndo hizo la lista O..

S El martes a la noche..

F Si me falto el jabon en polvo, /cabisbajao

Coord.. Ahh eso fue lo unico que falto de la lista?

F y un Chuker, que despues fuimos con G y lo compramos..

Coord, si porque a mi me parece que si dos personas tienen el trabajo o tarea, de ir juntas a comprar las cosas por más que vaya el AT que me parece barbaro... que los acompañe

F sii pero es buen compañía..

Coord, Ya se F pero si vos no le permitis a G que vaya, parte de su tratamiento no se está realizando, él también tiene que poder ir, Si?

O También F compro algo que no estaba en la lista ese chocolate Nesquik ...

F Pero eso lo habiamos puesto en la lista una vez, y habían estado todos de acuerdo

Coord entonces como es el tema de la lista..

F Si la chocolatada...

Entrevistador Claro pero eso lo van cambiando semana a semana..

F No se, una latita durara una semana, la otra vez no habia jugo no habia nada, yo por lo menos compre leche cafe, galletas, azúcar.

Entrevistador Esta bien F pero digamos Eso va cambiando semana a semana por lo que tengo entendido..

F si lo que hace falta compramos..

Coord Lo que está en la lista!

F sii lo que no está también...

Coord Eso, eso es algo que siempre resuena no? Que se compra lo que está en la lista o lo que no está en la lista..?

S El O hace la lista y la leemos, ya la noche quedamos de acuerdo que se compra lo que está en la lista

Coord, lo que está en la lista se compra.

S si y hay veces que se pasa..

Coord Eso es importante que se cumpla, un orden por ej..

S si llega a sobrar compramos.. Un fondo común..

Coord pero más allá del dinero que es necesario para hacer las compras esa lista, es el reflejo del acuerdo entre ustedes. Entonces si eso no se cumple...

O tampoco hay galletas dulces que no estaban en la lista...

F había galletas... O yo sabia q no iba alcanzar

Coord.. Esta bien pero como hacemos F con el tema que se compraron cosas que no estaban en la lista ?

F silencio... Jabon en polvo me faltó y queso de rallar..

Entrevistador: Digamos porque faltó plata para el jabón en polvo..

F Porque si compro el jabón no puedo ni comprar azúcar...

Entrevistador pero me parece no, si lo habían previsto antes al Jabón dentro de la lista y era algo que habían acordado entre todos.. y después O refiere que se compraron nesquik, las masitas y otras cosas que no habían comprado entre todos, es así?

O yo puedo adelantar de mi bolsillo lo que haga falta del fondo...

Coord Pero más allá de eso me parece importante lo que dice Entres porque no alcanzo para el jabón en polvo porque se compraron otras cosas que no estaban en la lista

F pero innecesarias

Coord. pero estaban todos de acuerdo, entonces no son innecesarias. Digo, nos preguntemos qué valor tiene esa lista

S Es muy importante...

Coord. porque?

S Porque ahí fijamos las cosas que se van a comprar porque si compramos algo de afuera uno que ponga la pla y despues diga, miren chicos yo tengo ganas de come esto, no me lo saquen..

Coord. Claro lo compras aparte

S exactamente

Coord. claro como cuando uno se compra las cosas q le gustan, O su Yogur.. se o sigue comprando..O si

Coord. por fuera de la lista lo compra y nadie se lo come

Entrevistador Yo creo que es una cuestion de la convivencia, me parece, uds se acuerdan que cuando entraron a la casa decía que se iba a poner plata para un fondo común se acuerdan... Que eso es entre todos, y bueno habian acordado entre todos comprar ciertas cosas que quedaron en la lista. Entonces me parece que estaría bueno revisar eso si quien puede ir a comprar y que, porque puede generar un mal estar entre ustedes que por ahí no está bueno, uds que opinan?

Coord Y sobre todo pq nosotros tenemos un acuerdo de esa lista, que tiene un valor, que esa Lista tiene la parte de O que la hizo, ese momento con el AT que se revisa, esa asamblea, eso implica toodo uun trabajo que es del grupo entonces, es como algo muy valioso pero si nosotros no la cumplimos a la lista . Es como de alguna manera rompemos el acuerdo del pensamiento grupal es como si hubiera un pensamiento grupal y un pensamiento individual. La lista es el pensamiento grupal, entonces estaria bueno porque se rompio la lista. Por que vos F tomás una decisión individual frente al pensamiento del grupo.

F Heche moco..

Coord Pero está bueno que lo revisemos porque este bien o mal lo que hiciste, sino porque no es la primera vez...

O después compraron el edulcorante que no estaba..

F pero si no había más...

Coord pero esa no es la pregunta si había o no había. Es si estaba en la lista..

F en mi lista estaba...

Coord pero esa es tu lista personal. Pero hay una lista personal, un dinero personal y unas ganas individual y hay un pensamiento grupal, con un dinero grupal que es de fondo común..

F pero otros compañeros me dijeron que podia comprar s y g. Nesquik y edulcorante. Del fondo común quedaron 15 pesos.

Entrevistador la idea yo creo que de la lista que ustedes arman acá, que arman antes, que la revisan. Es justamente para que no sucedan estas confusiones me parece...

Coord Yo creo F, que trae mucho malestar que se rompa la lista porque es un trabajo que todos ponen mucha energía y que todo se cuenta y es dinero de uno. Entonces modificar la lista grupal es tocarle el bolsillo a los compañeros de algún modo pq es una decisión personal sobre el dinero del otro. Es como si yo dijera que con tu dinero me voy a comprar una campera porque a mi me hace falta. Generalmente te va a molestar eso. esta bueno que con tu plata y la mía compremos algo para los dos...

Entrevistador como han acordado muchas cosas yo creo. Y no solamente se desorganiza la lista, sino que también las cuentas que lleva G y una cadena, va generando..

Coord y que solución hacemos pq O quiere una solución.. que podrán pensar en grupo.

Coord y que el gusto individual, por sobre el grupo. a todos le gusta el jabón. pero si a vos te gusta el detergente...

Todos preferimos el jabón por el detergente..

S Yo queria traer un lavarropa de mi casa, tengo que pedir permiso

Coord. Acá hay. El problema es el cómo más allá del lavarropa. Es como se usa, no que no hay dinero sino como se invierte. EL como?. El grupo resuelve este problema. F Vos decías que a vos y a G le gusta la chocolatada, pero no está en la lista...

F son 60 pesos y tenemos una semana chocolatada

Coord pero esto se trata de entender que la lista es es la regla, si nosotros vamos y después rompemos eso. Es como si yo dijera bueno, rompo una regla del reglamento que yo firme la rompo porque a mi no me parece porque a mi no me parece. Pero es el reglamento y está así, la lista está así, esos elementos. Ese cambio lo decidiste vos del detergente por el jabón, igual que el chuker y nesquik.

F Yo ahora propongo el detergente sobre el jabón como la otra vez con el café..

Coord pero lo propones después de haber tomado una decisión solo...El nesquik que compraste cuanto salió F..

F ahí esta la cuenta el la tiene.

Coord me parece que tendrías que comprarlo vos y g a parte. Respeten la lista

F sii pero el que quiere que se sirva...

Coord pero no esta en la lista entonces para que no generemos un malestar entre por el incumplimiento del acuerdo. Siempre que hay un acuerdo hay que cumplirlo, el acuerdo tiene que reflejar como decía maru, la mayoría entonces haber que cosas se salieron de la lista y cómo lo resolvemos.

F El jabón en polvo.

Coord y que sobro y no estab en la lista

G Nesquik, chuker...

Coord “Bueno entonces por esta vez que proponen uds, lo ponen dentro de la lista o lo compra el F y lo maneja con dinero aparte, es decir que tendria que reponer el fondo comun, cualquiera de las dos opciones puede ser una solución. Eso lo tienen que decidir entre uds. Esta bueno que usemos este espacio para la resolución de este problema para que no genere mal estar. Se tiene que solucionar esto, un dia pasa que es el nesquik pero después...

Entrevistador.. Esta semana le paso a F pero le puede pasar a cualquiera, lo de la leche en polvo que otro quería otra cosa...

Coord y como había sido eso..

Entrevistador votaron entre todos si la leche iba en la lista o no de acuerdo a cuánta plata había.. Fue antes de ir a comprar, el parámetro para armar la lista

S eso fue así, estaba la at en ese tiempo, me acompañó a comprar a un negocio cerca del super, y después propuse si se podía sumar a la lista y todo votamos que sí. Yo compre con mi plata...

Coord. pero no usaste la plata de los otros..

S claro claro.

F pero ya fue subsanado,...

Coord y como se subsano, que de alguna manera se rompio el contrato de la lista, como lo solucionamos..

F no se la próxima junta de la plata.

Coord pero si se salieron nesquik y el chuker, como solucionamos eso que propones

F tomarlo y disfrutarlo..

Coord bueno fabian propone tomarlo como si estuviera dentro de la lista que piensa el resto..

O yo no tomo

Coord G vos qué opinas?..

G una semana por medio..

F yo le pregunté si podía ir..

Coord Vos cual pensas que es el problema..

F no se cual es el problema yo no entiendo nada

Coord bueno ahí está... El resto piensa que es un problema..

S Si, cual es el problema. Para nosotros la soucion es que temos de acuerdo con la lsita la noche previa

Coord y se cumpla, y ahora que compro algo que no está en la lista, se gastó en algo que no había que gastar que pueden hacer uds ahora.

S poner plata para comprar jabón el polvo entre todos

Coord y el chuker y chocolatada que no estaba...La pagana entre todos..

S NO

Coord bueno entonces es momento de votar uds O GASTO COMUN O Q LOS PAGUE F

O yo no consumo eso..

G Hay que tomarlo como algo secundario, si hay se compra si no no..

Coord quizá esta vez F eso va ser algo tuyo, como O se compra el yogurt . COmo no está en la lista...

F pero ya lo compramos..

Coord pero el resto no lo va a tomar..

F pero después toma el, el, "el señala a sus compañeros"

Coord habrá que ver cuanto salió el nesquik y chuker, y ese dinero F que vos lo puedas reponer en el fondo para vos quedarte con tu chuker y nesquik que son exclusivamente tuyos, le pones tu nombre. G vos dijiste que si?

G SI SI, /muy desorientado parece que está viendo algo./

Coord bueno entonces lo pueden comprar entre uds 2 pq la mayoría dice que no.

F ta bien pero el chuker hacía falta todos tomamos.

Coord pero tus compañeros dicen que no

F bueno yo digo que no al jabón en polvo y lo compran.

Coord pero se trata de la mayoría..

Entrevistador yo creo que no es cuestión de enojarse sino que el motivo de esto es que solucionemos el problema y mejoremos la convivencia entre uds. Entonces..

Coord que el respeto sea lo principal, a lo mejor uno sin querer rompe la regla pero es como que en el fondo se pone en juego que se resienta el respeto de lo que el otro decidió

Entrevistador Te planteo F ponele que cualquiera estando el nesquik en la lista..

F me interrumpe justificándose..

Pero te planteo que si estaba el nesquik y no el jabón y en vez de traer el chocolate trae jabon a vos qué te parece que lo tendría que pagar a eso?

F si yo lo uso... muy desorientado contesta cualquier cosa..

Entrevistador a lo que apunto es como se siente algo que esperaba tener esta semana algo que se acordó y ahora no lo tiene, con que no está..

Coord y que su palabra tenía un valor si eso no se cumple la palabra del compañero deja de tener valor

S anoche me tocó cocinar a O y a mí había que comprar ñoqui y decidimos ravioles..

Coord una cosa es lo que se decide el que cocina porque es el que propone ese día. El resto no le puede decir que queremos comer matambre a la pizza.

F y si no se aprende.

Coord De eso se trata G aprendió a administrar las cuentas, O a hacer otros menús, G tendrá que aprender estar despierto y vos F tendras que aprender a respetar la regla y a respetar la lista. Hay que aprender a respetar el acuerdo y si el acuerdo no decía nesquik y no decía chuker eso lo vamos a tener q sacar. Quedan como elementos tuyos personales que no son del grupo después lo manejan como debería ser la devolución del dinero, pero para que el resto este no contento si no que aprendamos..

S Puedo pedir un favor como me han visto esta semana

F medio acelerado

S como me han notado uds, si tuve acelerado o que me digan, o para decirle al doctor...

Coord esa es una muy buena pregunta, y la podemos utilizar esto que dice S para todos como lo ven, como love G... lo viste con un ojo me parece (se duerme en la samblema)

F se rompió el baño de arriba

O Ahh si dijeron que iban a venir

Coord. Hay que reforzar eso.. Y uds le interesaria saber cómo lo ve el resto a ud, le interesaría..

O sii.

Coord cómo lo vieron

S como siempre muy activo, nada más que anoche se descompuso, empezó escuchar voces y todas esas cosas entonces se fue a costar .

Coord Y bueno lo resolvió.. Después pudo bajar a comer..

O si bajé a comer, después de comer me tuve que ir de nuevo a la cama voy a acostarme se me pasa el problema, como el café.. A veces cuando me voya dormir me olvido de venir a tomar el café ..

Coord Qué bueno! está descansado eso es lo importante. Pero que bueno esta pregunta que el resto registró como O por un momento no estuvo bien y después lo pudo resolver. Entonces uds sabiendo que él en ese momentito no estaba bien, saben que si él necesita ayuda...

S y le digo a G anda fijarte el O que no estaba bien lo note medio mal...

O G y S me propusieron ayuda..

Coord qué bueno entonces con esta pregunta si la aplicamos, sabemos que el resto nos puede ayudar... Y como lo ven a GR..

S como siempre durmiendo jajja

Coord Estas con mucho sueño GR , eso es lo que tenemos que revisar

Suena el timbre alguien abre, es de mantenimiento vienen a ver el baño\

Coord y a G

S bien como siempre sonriente

G Yo estoy bien

Coord. le ha causado mucho estrés el tema del dinero de arreglar las cuentas..

G no empecé a hacer una lista nueva, cuando compramos y la llevo bien. Había un faltante..

Coord. y a F como lo han visto..

S yo lo e notado un poco acelerado

Coord. sabemos que el F nos pidió que de 1 a 10 le digamos que está muy acelerado a veces menos

F ahora estoy tranquilo. Sabe que pasa es el cumpleaños de mi hna.

Coord y el resto como lo vio..

Todos un poco acelerado

F y bueno despues me tomo la pastillita...

Coord Bueno hay que tenerlo en cuenta..

S perdona que te diga eso

Coord pero noo, esto no es una crítica es una ayuda. Uds como compañeros se acompañen..

S si que nos empecemos a apoyar entre nosotros que nos digan , estás muy acelerado habla con las coord o la psiquiatra y ahí no más voy a pedir..

F Yo a veces me pongo asi...

Coord pero también esto que te dice el grupo hay que escucharlo, esto de la lista, puede ser los acontecimientos pero hay que hacer jn esfuerzo por bajar un cambio...

F yo me voy caminando

Bueno y el finde

S me voy de mi hno

G me voy de mi hna

Coord GR vos?

GR el domingo de mi hna

Coord cualquier cosa la coord esta de guardia. F vamos a quedar en esto esos elementos que no están dentro de la lista, van a tener que star por fueras sabes, son tuyos. Nos limitamos a la lista. si quieres lo vemos solos.

S gracias por evaluarme..

F me evaluaron tantas veces..

Coord. Yo les aviso a los at que resuelvan esa situación. Nos vemos la próxima asamblea.