Facultad de Trabajo Social
UNER

Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Trabajo Social

Maestría en Salud Mental

Tesis

Los significados otorgados a la cronificación por mujeres internadas en un hospital monovalente de la ciudad de Paraná

Tesista: Licenciada en Psicología Carmen Angélica Beatriz Paredes

Directora: Magíster en Salud Mental, Psicóloga Silvana Leonor Lerma
(designada según Resolución CD N°523/2022 FTS UNER)

Paraná, Entre Ríos

Mayo de 2025

A mis hijos, Agustín y Dámian, que son los amores y motores de mi vida.

A mis padres, Angélica y Guillermo, quienes me acompañan y alientan siempre a conseguir mis metas.

Índice

Agradecimientos 4
Resumen 5
Introducción 6
Capítulo I: *Planteamiento del problema* 9
1.1 Contexto de descubrimiento 10
1.2 Situación problemática 12
1.3 Delimitación del problema 13
1.4 Relevancia Social y Académica 16
1.5 Antecedentes 18
1.6 Objetivos de la investigación 23
Capítulo II: *Marco teórico* 24
2.1 Historizando sobre el padecimiento mental 25
2.1.1 Reformas Psiquiátricas 26
2.2 El campo de la Salud Mental y la perspectiva de derechos humanos 28
2.3 Vivencias / Significados 34
2.4 ¿Cronicidad o Cronificación? 37
Capítulo III: *Estrategia metodológica* 44
3.1 Tipo de diseño 45
3.2 Selección del contexto 46
3.2.1 Marco legislativo y políticas públicas 48
3.2.2 El servicio de internación de mujeres de Sala A 50
3.3 Población de estudio 51
3.4 Unidad de análisis 51
3.5 Tipo de muestra 51
3.6 Selección de la muestra 51
3.7 Fuentes de información 52
3.8 Técnicas de relevamiento de información 52
3.9 Técnicas de análisis de la información 54
3.10 Resguardos éticos 57
3.11 Rol del investigador 57
Capítulo IV: *Historias de vidas institucionalizadas* 59
4.1 Conociendo historias singulares 60
4.2 Patricia 60

4.3 Ana 62
4.4 Clara 64
4.5 Lucía 65
Capítulo V: *Análisis y resultados. Interpretación de los hallazgos* 68
5.1 Análisis e interpretación 69
5.1.1 Eje N°1 - El hospital, un lugar donde vivir 69
5.1.2-Eje N°2- Ecos de la vida cotidiana 76
5.1.3 Eje N°3- Lo artesanal de la autonomía diaria 78
5.1.4 Eje N°4- La dinámica de los vínculos. Reflexiones sobre lo familiar, social y laboral 84
5.1.5 Eje N°5- Enlazadas. La importancia de los vínculos afectivos intrainstitucionales 89
5.1.6 Eje N°6- Voces y deseos intra-extra muros. 91
5.2 Categorías emergentes 93
5.2.1 LOCA: "Necesito que limpien mi nombre" 93
5.2.2 PÉRDIDA: "Cada vez somos menos" 95
5.2.3 MATERNIDAD: "Decían que no iba a poder" 96
Capítulo VI: *Aportes finales* 102
Conclusiones 103
Reflexión final 110
Bibliografía 112

Agradecimientos

A Dios por acompañarme en mi vida.

A Silvana Lerma, mi directora de tesis, mi más profundo agradecimiento por su guía, sabiduría, dedicación y acompañamiento incondicional en el proceso.

A Verónica Stoppani por su colaboración y aportes.

A Lorena Guerriera, por su apoyo, incentivo diario y conocimientos metodológicos brindados.

A la Maestría en Salud Mental, por permitirme crecer profesionalmente. Especialmente a Lucía Bertolano, a quien tuve el privilegio de conocer y aprender de ella.

A mi querido Hospital Escuela de Salud Mental, compañeros de trabajo y significativamente a las usuarias de Sala "A", que colaboraron en la realización de esta investigación y a las que ya no están presentes también.

A aquellas personas que de distintas formas colaboraron para que esta meta fuera alcanzada.

Carmen Paredes

Resumen

El presente trabajo se centra en el estudio de los significados otorgados a las vivencias de internación prolongada por cuatro mujeres con diagnóstico de esquizofrenia que residen en un hospital monovalente de la ciudad de Paraná, desde hace más de diez años.

Para llevar a cabo el estudio se tomaron los conceptos: salud mental, vivencias, significados y cronificación.

La investigación se enmarca en una lógica cualitativa, la intención es generar nuevos conocimientos partiendo de quienes lo producen y lo significan, desde una perspectiva de derechos humanos.

La tesis concluye que las internaciones prolongadas tienen un impacto profundo y diferencial en la vida de estas mujeres. Se identificaron dos posiciones subjetivas, una de acatamiento y otra de resistencia que demostraron que los efectos que se le atribuyen a la cronificación no son iguales para todas. A partir del análisis de estos se identificaron tres categorías emergentes transversales: loca, pérdida y maternidad.

Estas pusieron en cuestión el “estar o no estar loca”, la posibilidad de “conservar la capacidad de duelar, aunque todos los demás recuerdos se hayan perdido” y las consecuencias de “sufrir el arrebato del derecho a maternar”, constituyéndose en las principales conclusiones a las que arribó este estudio.

Introducción

Esta tesis se centra en la vida de mujeres que enfrentan problemas de salud mental y que han sido institucionalizadas en un hospital monovalente en la ciudad de Paraná. El objetivo principal de este estudio es conocer y analizar los significados que las usuarias con internaciones prolongadas les otorgan a sus vivencias en el hospital.

El estudio adopta un enfoque cualitativo, basado en la comprensión de las experiencias vividas y los significados que las mujeres atribuyen a sus vidas en el hospital. A través de entrevistas y análisis de historias clínicas, se explorarán sus historias de vida, vínculos familiares y sociales, así como sus percepciones sobre la salud mental y la cronificación. Se espera que los resultados de esta investigación arrojen luz sobre las experiencias de las mujeres institucionalizadas y contribuyan a mejorar su calidad de vida y atención.

El Capítulo I presenta la construcción, planteamiento y descripción de la problemática a investigar. Este trabajo aporta conocimientos sobre la cronificación en instituciones psiquiátricas, destacando la situación de las mujeres internadas en un hospital monovalente de Paraná. En este apartado se describen los objetivos, la relevancia del estudio y se realiza un recorrido de antecedentes en la temática que permiten delimitar con mayor precisión el problema de investigación y la justificación de la elección de las metodologías propuestas.

El Capítulo II explora el marco teórico, se desarrollan las categorías teóricas centrales, que son: vivencias, significados, cronificación y salud mental. Estas categorías se analizan desde diferentes autores y perspectivas con la finalidad de comprender y contextuar el objetivo planteado. También se abordan otros conceptos relacionados con el tema, como padecimiento mental, reformas psiquiátricas y derechos humanos, que aportan a la comprensión de la temática.

En el Capítulo III se define el marco metodológico desde una perspectiva cualitativa, ya que en la naturaleza del objeto de investigación está presente la interpretación de los significados y las vivencias que acontecen en la vida hospitalaria.

En esta tesis se trabaja con una muestra intencional de cuatro usuarias con internaciones prolongadas de más de 10 años ininterrumpidos quienes, al

momento de este estudio, se encuentran estables en sus cuadros psicopatológicos de base.

En cuanto a la técnica de obtención y análisis de información, se utiliza la entrevista semi estructurada y el análisis de historias clínicas institucionales. La primera, es una herramienta que posibilita entrar en el mundo de los sujetos a través del relato de sus experiencias de vida, en tanto que la segunda, aporta información sobre el registro institucional de las usuarias.

Para el análisis de la información obtenida se utilizan tres estrategias metodológicas: el método comparativo constante (Glaser y Strauss, 1967), el método de frases significativas (Badano y Díaz, 2009) y el análisis de documentos (Ruíz, 2012). El método comparativo constante permite, durante el proceso de objetivación, la posibilidad de tomar distancia de la propia implicación mediante el trabajo de identificar códigos en vivo. En el análisis de frases significativas, se facilita la recuperación de expresiones que condensan información relevante. En cuanto al análisis de documentos, se hará sobre las Historias Clínicas, tomando los registros como material de información. También se incluye una descripción del contexto de la investigación, el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná.

El Capítulo IV presenta la historia de vida de cada una de las mujeres institucionalizadas participantes que brindaron sus relatos para realizar este estudio. Revelando sus experiencias, el contexto social que las rodea y las situaciones que condujeron a sus internaciones prolongadas. Se exploran sus vidas antes, durante y dentro de la institución, construyendo un relato de sus trayectorias y las complejidades de sus vivencias en el hospital.

El Capítulo V se dedica al análisis e interpretación de las entrevistas realizadas a las cuatro mujeres participantes. Se organiza la información recopilada en seis ejes temáticos, que fueron definidos en relación a los objetivos de la investigación. Estos ejes son: el hospital un lugar donde vivir, vida cotidiana, autonomía, vínculos familiares, sociales y laborales, vínculos afectivos intrainstitucionales y por último, voces y deseos intra-extramuros.

Finalmente, el Capítulo VI, presenta las conclusiones obtenidas a partir del análisis de los datos, respondiendo a los objetivos planteados y destacando

los hallazgos más significativos sobre cómo las mujeres perciben y dan sentido a sus vivencias de internación prolongada.

Capítulo I: *Planteamiento del problema*

1.1 Contexto de descubrimiento

En los últimos años se produjeron transformaciones en el campo de la salud mental, que incorporaron elementos del movimiento de desmanicomialización (Basaglia,1970); asociadas a la coyuntura histórica, social, política y económica, no sólo a nivel nacional sino también en el ámbito internacional. En este sentido, se evidencia la implementación de políticas sectoriales e intersectoriales que involucran a diferentes áreas estatales, desde una perspectiva de Derechos Humanos, en el abordaje de la salud mental. Esto dio lugar a la formalización de prácticas alternativas y sustitutivas al manicomio, en pos de paliar los efectos de la cronificación de los usuarios y usuarias internados y de evitar nuevas situaciones.

Como referencia ineludible, en el comienzo del camino de la reforma de la atención a la salud mental, se puede mencionar la Declaración de Caracas (OPS,1990) la cual representa un hito importante en relación al tratamiento de las personas con patologías mentales , allí se plantea una revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios de salud mental y se establecen cuáles son los principios que deben regir para la progresiva desmanicomialización, la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de la salud (APS) y la capacitación de los recursos humanos en salud mental orientados hacia el modelo de atención comunitaria.

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, sancionada el año 2010, pone especial énfasis en la perspectiva de derechos, sobre todo con relación a la protección de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. En el primer capítulo la ley promueve los derechos y garantías, siendo su objetivo principal: “Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional” (Art. 1º). La protección de la salud mental, como parte del derecho a la salud, es para todas las personas, por tanto, no debe entenderse que esta ley es solo para aquellas que sufren un padecimiento mental crónico o grave, si bien cabe reconocer que pone mayor énfasis en su abordaje debido al grado de vulnerabilidad psicosocial de las mismas.

La ley exige un profundo replanteo de la concepción de sujeto, así como la transformación crítica de los fundamentos teóricos y de las estrategias de los dispositivos de intervención sostenidos en paradigmas conservadores. La misma convoca a instalar el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, y a superar la idea del paciente beneficiario/a como “objeto” de asistencia; para comenzar a pensarlo como sujeto protagonista del proceso de su tratamiento, agente partícipe y activo con voz propia.

1.2 Situación problemática

El presente trabajo se propone conocer los significados que las usuarias crónicas otorgan a sus vivencias de internación en el Hospital Escuela de Salud Mental de la Ciudad de Paraná, desde su propia voz.

En este hospital viven usuarias con internaciones prolongadas, algunas de ellas con más de 30 años en la institución. El problema del que parte esta tesis tiene su origen en resonancias personales y reflexiones profesionales surgidas a lo largo de casi una década de trabajo como personal de salud mental en el efector.

La problemática de la cronificación de usuarios y usuarias alojados en instituciones manicomiales no es nueva y ha sido objeto de múltiples desarrollos y debates ideológicos, políticos, disciplinarios, entre otros.

Actualmente se encuentra vigente en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 sancionada en el año 2010. Esta normativa considera a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y usuarios activos, y a sus familiares como agentes de acompañamiento. Además, reconoce la especificidad de los profesionales que abordan esta problemática y promueve su desarrollo en el marco de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales.

Esta legislación prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, sean públicos o privados. En el caso de los ya existentes, al momento de la sanción de la ley, se estableció que debían adaptarse a los objetivos y principios expuestos en la misma, hasta la sustitución definitiva por dispositivos alternativos. En el año 2020 venció el plazo para su cierre definitivo (decreto 603/2013). Por otra parte, la normativa enuncia que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales proponiendo un nuevo paradigma de abordaje.

En relación con la construcción del problema de investigación, el interés en este estudio surge, por un lado, de la observación del trabajo realizado por los/las profesionales con las usuarias crónicas en la sala y, por otro, de la preocupación por el elevado número de usuarias que aún residen en el hospital sin alternativas de externación, algunas de ellas con más de 30 años de internación.

Se podría decir que, la demanda de los casos agudos, ha llevado a un progresivo deslizamiento de la atención hacia la concentración de la misma sobre la urgencia, en un intento quizás, de evitar procesos de cronificación institucional en estos *nuevos* usuarios y usuarias. Por el contrario, se registran escasas intervenciones en el abordaje de aquellas usuarias consideradas "crónicas" sobre las que pesan connotaciones y significaciones negativas e inhabilitantes adjudicadas a la cronicidad tanto dentro como fuera del hospital.

Esta investigación se generó a partir de la necesidad de abordar las experiencias de cada una de las mujeres con internaciones prolongadas, su historia de vida, sus vínculos, sus relaciones laborales, sus recursos, sus gustos, intereses, habilidades, actividades de la vida diaria, haciendo énfasis en los significados que las mujeres internadas, en situación de cronificación, les otorgan a sus vivencias institucionales desde su propia mirada y voz.

1.3 Delimitación del problema

El interés en esta temática se centra en comprender cuáles son los significados que las mujeres usuarias con internaciones prolongadas otorgan a sus vivencias en un hospital monovalente de la ciudad de Paraná, desde su propia perspectiva y voz.

La pregunta que se plantea es: ¿qué pueden expresar estas personas, que transitan procesos de internaciones prolongadas y/o cronificación, sobre su experiencia? Existen marcas profundas que las instituciones totales, como lo señala Goffman (1972), imprimen en los sujetos que allí residen. Estas instituciones generan numerosos efectos, desde la subjetivación y la rutinización de la vida cotidiana, hasta el control de los cuerpos por terceros, la regulación de los horarios, las comidas, los vínculos, y los permisos de salida, entre otros.

Este autor plantea que, en las sociedades modernas, las esferas constitutivas de la vida humana —familia, trabajo y tiempo libre— tienden a desarrollarse en ámbitos separados y con diferentes personas en momentos distintos. Sin embargo, en las instituciones totales, todas las actividades de la vida cotidiana se realizan en un mismo espacio, con las mismas personas y en

los mismos horarios, lo que produce una totalización y homogenización de los cuerpos.

Estas instituciones, como hospitales, ejércitos, cárceles, orfanatos y asilos de ancianos, se caracterizan por la pérdida de la individualidad, del contacto con el mundo exterior, de la intimidad y de la identidad personal y de los deseos. En otras palabras, en estas instituciones, las necesidades humanas se gestionan mediante la organización burocrática de conglomerados humanos indivisibles, lo que afecta la identidad subjetiva durante el proceso de hospitalización.

En relación con lo anterior, es importante señalar que en las salas de internación de usuarias crónicas se puede observar el impacto devastador que estas instituciones totales tienen sobre los sujetos, inscribiéndose en sus cuerpos a través del control y la vigilancia permanente. Cabe destacar que las usuarias crónicas del servicio de internación en el que se realizó este estudio, son mujeres que llevan viviendo en la institución varias décadas, conformando un grupo estable de siete personas.

La distinción entre usuarias "agudas" y "crónicas" es la base sobre la cual se organiza la sala de internación de mujeres y sus respectivos equipos de trabajo. Las mujeres entrevistadas, debido a los años de internación prolongada, son consideradas "crónicas" y están en una sala distinta de las "agudas" con dinámicas y abordajes de tratamiento diferenciados en cada sala.

En cuanto a la población crónica, resulta pertinente retomar la distinción que establece Stagnaro (1993, como se citó en Rossi, 2009) entre la cronicidad como característica del padecimiento, en tanto modo de manifestación en la estructura psíquica, y la cronificación como efecto de la institucionalización o de otros aspectos que desbordan lo psíquico-clínico-somático. Así, la cronicidad se refiere a la patología, mientras que la cronificación se refiere a la persona y su trayectoria vital, en el presente estudio indagaremos esta última.

Siguiendo esta línea, en las usuarias crónicas se presentan ambas dimensiones: el diagnóstico/patología (cronicidad) y la trayectoria vital de la persona (cronificación). La evolución del padecimiento refleja la cronicidad, manifestándose el progresivo deterioro cognitivo, subjetivo y psíquico, lo cual

está determinado por una existencia cronificada, que se refuerza en la falta de apoyos que permitan imaginar un horizonte diferente al de la institucionalización.

En el efector en el que se desarrolló este estudio, el equipo interdisciplinario que atiende a las usuarias crónicas, está compuesto por una psiquiatra, una psicóloga, una trabajadora social, un médico clínico, un kinesiólogo, una acompañante terapéutica y enfermeras. Esta conformación se debe a que, un mayor número de profesionales trabaja en la sala de agudas que es la más poblada. En el trabajo cotidiano se observa que se prioriza la atención de las situaciones agudas, relegando las crónicas, tal vez con el objetivo de evitar la "cronificación" de nuevos casos.

El trabajo principal con las usuarias crónicas se enfoca en intervenciones que buscan mejorar sus condiciones de vida, reparando los daños causados por internaciones tan prolongadas. No se centra en un abordaje clínico, ya que se considera que sus cuadros de base están estabilizados. En cambio, se busca brindarles atenciones que mejoren su calidad de vida y se continúa trabajando para articular externaciones o derivaciones a otros dispositivos o residencias que se diferencien del hospital como lugar para vivir. Cabe aclarar que la ciudad cuenta con escasos recursos alternativos a la hora de externar usuarios que se encuentran en los servicios de salud mental. Siendo este uno de los mayores obstáculos que se observa en el sistema, promoviendo de esta forma la permanencia de los usuarios y los procesos de cronificación en hospitales monovalentes.

Por lo tanto, algunos supuestos de anticipación de sentido de este trabajo podrían formularse del siguiente modo: las internaciones prolongadas de las mujeres en un hospital monovalente de la ciudad de Paraná producen en sus vidas pérdidas de lazos, de vínculos sociales, familiares y laborales, como así también dependencia económica y habituación institucional. Por otra parte, en este estudio, se considera que las mujeres, partícipes y protagonistas de estos procesos de cronificación, convocadas bajo determinadas condiciones, pueden dar a conocer desde su propia voz, los significados que le otorgan a sus vivencias de largos períodos de internación.

En relación a los dispositivos alternativos a la institución manicomial se puede mencionar la Casa de medio camino para usuarios de salud mental, inaugurada en el año 2018 en la zona céntrica de la ciudad de Paraná. La misma tiene como objetivo acompañar los procesos de externación de usuarios crónicos o institucionalizados, contemplando los efectos subjetivos que producen las instituciones totales en las trayectorias vitales.

Esta propuesta forma parte de un proceso de transformación institucional que se viene llevando adelante en la provincia de Entre Ríos en el marco de las acciones de adecuación a los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Se trata de un dispositivo habitacional de camino entre la internación y la externación habitado actualmente por 6 personas (mujeres y hombres) que han atravesado internaciones en el hospital en el que se desarrolla este estudio. El lugar se encuentra bajo la coordinación de un equipo interdisciplinario especialmente constituido para acompañar este tránsito, se trabaja en la autonomía de los usuarios y en el fortalecimiento de sus derechos, teniendo en cuenta que cursaron internaciones prolongadas.

Ante lo expuesto, es importante aclarar que, en el año 2018, desde la sala de internación de mujeres, se incluyó en el dispositivo a una usuaria con una internación de tres años. Paralelamente, se solicitó la posibilidad de externar a otra usuaria participante de este estudio, quien llevaba 22 años de internación ininterrumpida. Aunque se inició el proceso de admisión, finalmente esta usuaria no fue aceptada por el dispositivo. Esto refleja cierta resistencia a la incorporación en dispositivos alternativos de usuarias de edad avanzada y con internaciones prolongadas en el hospital.

1.4 Relevancia Social y Académica

La presente tesis aborda un tema de alta relevancia tanto en el ámbito social como académico, al enfocarse en la realidad de las internaciones prolongadas, en la que se encuentran las usuarias participantes de este estudio, quienes aún no se benefician de la normativa vigente establecida por la Ley de Salud Mental Nº 26.657. Esta ley, que propuso el cierre de los manicomios y la

implementación de dispositivos de reinserción social para el 2020, contrasta fuertemente con la situación observada en la práctica diaria, donde aún persisten internaciones de larga duración que superan los diez años. Este desfasaje entre la ley y la realidad no solo pone en evidencia las falencias en la implementación de políticas públicas en salud mental, sino que también revela una problemática social compleja que afecta a personas en situaciones de vulnerabilidad. Desde el punto de vista social, esta investigación es crucial para visibilizar a las mujeres que, aun estando en condiciones de alta de la internación desde una perspectiva de salud mental, permanecen internadas debido a la falta de recursos básicos como vivienda, familia o apoyo social.

La tesis permitirá reflexionar sobre cómo las condiciones socioeconómicas, políticas y subjetivas inciden directamente en la cronificación de estas personas en instituciones monovalentes, cuestionando la eficacia de las políticas de salud mental, en las propuestas de tratamiento, con los recursos disponibles.

Académicamente, esta investigación contribuye al desarrollo de un área escasamente abordada en la literatura existe, ya que se ha constatado que hay pocos estudios que trabajan esta problemática desde la perspectiva de los propios usuarios. Al incorporar la voz de las personas afectadas y explorar los significados que ellas mismas atribuyen a su cronificación institucional, la tesis contribuye a un mejor entendimiento de las dinámicas internas de estas instituciones y de los desafíos que enfrentan para alinearse con las políticas vigentes y poder pensar otros lugares que no sean el hospital monovalente como un lugar para vivir.

Además, el conocimiento generado por esta investigación no solo beneficiará a los profesionales de la salud mental y a la institución en cuestión, dando lugar a desnaturalizar o re-pensar lo instituido o cotidiano en la institución, sino que también servirá como base para futuras intervenciones que se alineen con los principios establecidos por la Ley de Salud Mental. En definitiva, este trabajo tiene el potencial de aportar al cambio de paradigma propuesto en la legislación actual argentina para el tratamiento y acompañamiento adecuado de las personas con padecimientos mentales crónicos, promoviendo prácticas más

inclusivas y humanas que respondan adecuadamente a sus necesidades sociales y de salud.

1.5 Antecedentes

El proceso de selección y revisión de antecedentes ha permitido hallar los siguientes documentos en relación con el tema elegido:

En el artículo La Problemática de la Institucionalización Crónica y el Fenómeno de "Revolving Door" en Pacientes Usuarios del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila (CRSM), de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, los autores Alberdi, Coll, Mutazzi y Vismara (2005) trabajan la temática de la institucionalización de los/as pacientes, aportando un análisis cuantitativo y cualitativo sobre el tema con pacientes de larga institucionalización o con repetición importante de internaciones en el CRSM.

El artículo difunde los resultados obtenidos en una investigación realizada durante el año 2002. En este se concluye que para la transformación del modelo manicomial, objeto de la ley de salud mental en vigencia, es necesario la promoción de servicios alternativos y sustitutivos. Por lo tanto, este trabajo se encuentra relacionado con los planteos que se realizan en el tema de la presente investigación.

En la producción de Castelitti que lleva por título *Cronificación de la exclusión: vulnerabilidad social, cronificación de pacientes internados. El caso del Hospital "Evita"*, realizada en Buenos Aires en el año 2013, se analiza la situación de exclusión social como pérdida paulatina de sostenes de protección de personas mayores de 60 años, internadas en el hospital General de Agudos "Evita" de Lanús, durante el periodo 2000-2009.

En este trabajo el autor plantea la hospitalización como una instancia asociada a la enfermedad que desafía la integridad somática, mental y social, aumentando la vulnerabilidad social de aquellos individuos que ya viven fenómenos de exclusión. La población elegida para este trabajo está constituida por sujetos cuya evolución mórbida o situación socio/familiar los instalan en la categoría de crónicos o potencialmente cronificables, con internaciones prolongadas y que hacen del hospital una instancia asilar en tanto alojamiento

prolongado.

En la investigación titulada *Análisis de determinantes en las internaciones de larga duración en salud mental*, realizada por la autora Dilema en el Hospital de Área El Bolsón, Río Negro, durante el periodo 2015-2016, se plantea que en los últimos años las internaciones en salud mental se han prolongado debido a condiciones que no están relacionadas exclusivamente con un cuadro patológico. Uno de los objetivos se propuso identificar qué elementos determinan las internaciones de larga duración en salud mental. Concluyó que, en las internaciones prolongadas, hay variables socioeconómicas intervinientes que se constituyen en determinantes de la externación. En estos casos, la institución salud asume una función de asistencia directa.

A continuación, se realiza la lectura del trabajo de investigación *Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio* de Michalewicz, Obiols, Ceriani y Stolkiner (2011). Este trabajo se enmarca en el proyecto de investigación UBACyT “Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el periodo 2002- 2010: subjetividad, representaciones de derechos y sistema de atención”, llevado a cabo con personas que al momento del estudio estaban o habían estado en tratamiento psiquiátrico, como así también con personas que habían atravesado internaciones psiquiátricas.

El mismo tiene como objetivo dar cuenta de la forma en que el estigma de haber atravesado internaciones psiquiátricas obstaculiza la palabra de los usuarios. A su vez, intenta poner de relieve las posibilidades que estos encuentran, a través de prácticas alternativas, para superar las consecuencias de haber sido objeto de prácticas desubjetivantes.

En las conclusiones se plantea que el estigma asociado a las personas que han atravesado internaciones psiquiátricas actúa como una marca permanente del proceso de objetivación al que fueron sometidas durante las mismas; la persona pierde así el reconocimiento de su palabra y queda obstaculizada su posibilidad de reclamar por sus derechos y necesidades. La vigencia efectiva de los derechos puede revertir las consecuencias de las prácticas desubjetivantes. A partir de grupos de reflexión compartidos por usuarios/as y profesionales, realizados en relación a las dinámicas

estigmatizadoras y su impacto en la subjetividad de quien las padece, surgen las vivencias de los/as usuarios/as en sus dichos en primera persona.

Otro de los aportes consultados fue la tesis titulada *La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros,* de Serra (2010). La misma está orientada al conocimiento de las posiciones ejercidas por las familias en los procesos de manicomialización-desmanicomialización a través de la reconstrucción de las trayectorias asistenciales de los pacientes de larga institucionalización en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

En sus conclusiones, en primer lugar, apunta a pensar el dilema que presentan los habitantes de los manicomios, entendiendo que el modo en que este problema se construya y el lugar que ocupen las familias en dicha problematización, será clave al momento de definir horizontes posibles de transformaciones del campo de la salud mental. En segundo lugar, analiza las distintas reformas que vienen operando en este ámbito, específicamente en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, apuntando líneas de continuidad y de ruptura respecto a la tradición manicomial. En tercer lugar, plantea la necesidad de reinventar nuevos modos de inclusión de las familias en los procesos de desmanicomialización, a partir de una perspectiva que contemple la multiplicidad de formas que asume la familia contemporánea, que promueva prácticas de asistencia en salud mental y aliente las conquistas permanentes de la ciudadanía democrática. Esta tesis está relacionada con la presente investigación ya que en su desarrollo trabaja con la población de pacientes crónicos internados en un neuropsiquiátrico y la importancia de las familias en el tratamiento.

En relación a trabajos de investigación realizados en la institución donde se desarrolló este estudio, se tomaron como antecedentes tres tesis de grado, la primera de ellas titulada *Los significados asignados al trabajo por los pacientes y terapistas ocupacionales de los talleres del Hospital "Dr. Antonio Roballos"*, de Godoy y Peter (2005). La investigación fue realizada con pacientes institucionalizados en el Hospital Roballos y con Terapistas Ocupacionales que conforman el Servicio de Terapia Ocupacional (en adelante T.O.) de dicha institución. En la misma se trabajan los significados asignados al "trabajo" con pacientes y T.O, generando un diálogo con debates y nociones de "trabajo" que

trascienden el ámbito institucional y se inscriben tanto en el terreno social como en el ámbito disciplinar de la T.O.

La segunda tesis lleva por título *Significaciones de trabajo en clave de trayectorias laborales y sociales. El caso del taller de vivero y jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná,* de Fercher (2015) trabaja con usuarios/as que participan del taller con el objetivo de describir y analizar las significaciones sobre el trabajo, que poseen los/las usuarios/as que asisten a dicho taller en clave de trayectorias laborales y sociales.

La tercera y última tesis de grado consultada se titula *Narrativas de mujeres que transitan la experiencia de la "locura". Un recorrido por los Itinerarios Terapéuticos en Salud Menta*l de Benedetti y Kendziur (2013), en la misma se aborda el campo de la salud mental y el género, con la idea principal de recuperar e indagar acerca de los significados que las mujeres usuarias de servicios de salud mental otorgan a la experiencia de la "locura" y conocer los relatos respecto de los itinerarios terapéuticos recorridos.

Otro material que es un gran aporte es la tesis de posgrado titulada *Elementos o aspectos que por la permanencia de los sujetos inciden en la cronificación de pacientes en los servicios de internación del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, Entre Ríos: un estudio del pasaje de usuario a paciente,* de la Licenciada en Psicología Valeria Yonson (2014a).

En la misma se realiza un trabajo con usuarios/as crónicos que se encuentran en los servicios de internación del Hospital Escuela de Salud Mental. Este trabajo selecciona una muestra de 42 usuarios/as, hombres y mujeres, coincidiendo con el universo poblacional de sujetos crónicos internados en el Hospital hasta el año 2011 inclusive, en un periodo mayor a 6 meses.

En las conclusiones la autora sostiene, a partir del análisis de los resultados, que la cronicidad psiquiátrica se ve reforzada, siendo esperable su agravamiento. Estas afirmaciones de la autora se sostienen en diversos elementos o aspectos. Por un lado, la presencia de un estado que se retrae - por la ausencia de políticas públicas- y una sociedad que excluye. Por otro lado, las condiciones de los pacientes internados de pobreza, deterioro y falta de soportes externos, hacen que la cronicidad difícilmente pueda disminuir. Finalmente, el trabajo plantea que las condiciones de cronicidad pueden explicarse a partir de tres ejes: el hospitalismo, el deterioro y la peligrosidad.

Los antecedentes seleccionados mantienen afinidad temática con este estudio. Los mismos realizan aportes significativos al análisis de los diferentes aspectos que hacen a las internaciones prolongadas de usuarios/as en hospitales monovalentes. En su mayoría comparten con esta investigación, el uso de metodologías cualitativas de análisis incluyendo las que se seleccionaron en este caso: el método comparativo constante (M.C.C) y el de frases significativas (F.S). Algunos de los estudios recogen la palabra de los/as usuarios/as, específicamente de los que participan de talleres institucionales, otros buscan conocer la participación de la familia en el tratamiento y la experiencia de los profesionales que trabajan en los diferentes servicios.

Por último, se identificaron antecedentes que, tal como se propone este trabajo de tesis, buscan conocer las vivencias de usuarias/os desde su propia voz a través de la realización de entrevistas individuales. En estas investigaciones se identifican los obstáculos presentes al momento de la externación y las dificultades que atraviesan los/as usuarios/as, los familiares y equipos profesionales en esta instancia. Respecto de las vivencias asociadas a la cronificación, objeto de esta tesis, los estudios consultados analizan los efectos de la misma en usuarios/as, coincidiendo en la presencia de consecuencias tales como pérdidas, dependencias, exclusión, por mencionar las más deteriorantes.

Por último, algunos de los trabajos seleccionados fueron realizados en el Hospital Escuela de Salud Mental, lo que significó un insumo significativo para esta investigación por tratarse del mismo efector. A raíz de lo planteado, es importante señalar, que ninguna de las investigaciones seleccionadas tiene como objetivo indagar la propia voz de mujeres institucionalizadas con más de 10 años de internación ininterrumpida, con el propósito de conocer los significados que ellas mismas les otorgan a sus vivencias de internación.

1.6 Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Analizar los significados que las usuarias crónicas otorgan a sus vivencias de internación en un hospital monovalente de la ciudad de Paraná.

Objetivos específicos:

-Conocer las vivencias y actividades de la vida cotidiana de las usuarias del servicio a partir de sus relatos.

-Ponderar sus niveles de autonomía respecto del desenvolvimiento cotidiano.

-Identificar las relaciones laborales, sociales, familiares en ámbitos exteriores a la institución monovalente.

-Indagar acerca de los vínculos afectivos existentes intra-extra hospitalarios.

-Recuperar las voces de las usuarias con internaciones prolongadas respecto del ejercicio de sus derechos y accesibilidades.

Capítulo II: *Marco teórico*

A partir del interés por conocer los significados otorgados por mujeres a las vivencias de internación en un hospital monovalente de la ciudad de Paraná, resulta pertinente detallar conceptos claves que permitirán la lectura y comprensión del siguiente trabajo de investigación. Los conceptos centrales utilizados para el trabajo de análisis son: Salud Mental-Vivencias- Significados-Cronificación. Para comenzar se presenta un breve recorrido histórico sobre el padecimiento mental.

2.1 Historizando sobre el padecimiento mental

Se considera importante historizar brevemente los tratamientos o abordajes que se les brinda a las personas con padecimiento mental, ya que en la presente investigación se trabajó con mujeres diagnosticadas con cuadros psicopatológicos.

Inicialmente, en las culturas griega y romana, había una mayor tolerancia hacia la diversidad mental, sin buscar corregirla. Sin embargo, a fines del siglo XVIII, se crea un sistema de atención y diferenciación de los enfermos mentales en Europa, influenciado por la Revolución Francesa, que impulsó la idea de los derechos individuales y la igualdad.

Uno de los principales cambios en la historia de la salud mental fue promovido por Philippe Pinel, quien abogó por el trato humano hacia los pacientes psiquiátricos, eliminando cadenas y promoviendo terapias ocupacionales. Este enfoque marcó un cambio en la concepción de la locura, que pasó de ser vista como una posesión o castigo divino a considerarse un trastorno que debía ser tratado médicamente.

Con el tiempo, la psiquiatría se desarrolló como una disciplina médica, influenciada por figuras como Emil Kraepelin, quien clasificó los trastornos mentales, y Sigmund Freud, quien propuso un enfoque psicoanalítico. Los primeros asilos se construyeron para recluir a las personas con trastornos mentales, y la idea de "alienación" se consolidó. En el siglo XIX, la Ley de Alienados, impulsada por Esquirol, legisla sobre el internamiento de estos pacientes.

Michel Foucault (2012) analizó la evolución de la locura en tres etapas: el Renacimiento (donde los "locos" eran excluidos), la época clásica (donde eran encerrados en hospitales sin atención médica adecuada) y la época moderna (donde se intentó una "liberación" del loco, influenciada por la medicina de Pinel). Durante la Revolución Francesa, el hospital dejó de ser una institución de caridad y se convirtió en un espacio médico, promoviendo una atención más humanitaria, aunque aún ligada al internamiento.

A fines del siglo XVIII, la locura pasó a ser considerada una "enfermedad", lo que llevó a la creación de la psiquiatría como especialidad médica, aunque el trato seguía siendo principalmente recluso. La medicina empezó a tomar un rol más central, pero las personas con trastornos mentales seguían siendo confinadas en instituciones, a pesar de las reformas que buscaban humanizar el tratamiento.

Esta revisión histórica nos permite reconocer cómo se desprenden las concepciones de la locura instaladas a lo largo del tiempo y el impacto que las mismas tuvieron en el diseño de los dispositivos de abordaje. Resalta también cómo, a pesar de las transformaciones en la atención a la salud mental, la exclusión social y el internamiento continúan siendo temas centrales en la historia de la locura y en el tratamiento actual de las personas con padecimientos mentales.

2.1.1 Reformas Psiquiátricas

Tras la Segunda Guerra Mundial, se empieza a reflexionar sobre la esencia humana y en los hospicios. Esto significa que, a raíz de estos sucesos históricos, la sociedad empieza a pensar y descubre que las condiciones de vida proporcionadas a los pacientes psiquiátricos internados carecían completamente de dignidad humana lo que genera el surgimiento de las primeras experiencias de “Reformas Psiquiátricas”, a través de nuevas corrientes de pensamiento como la Psiquiatría Democrática, la Antipsiquiatría y la Comunidad Terapéutica. Estas permitieron cuestionar y poner en el centro de la discusión el funcionamiento de las instituciones psiquiátricas.

De esta manera, la crítica hacia el cuidado de las personas con trastornos mentales se halla ante la crisis de un antiguo paradigma que facilita la formulación de nuevas propuestas en la complejidad de este contexto.

En términos generales, se proponen estas líneas de pensamiento que incluyen afirmaciones con un impacto significativo en la realidad histórica y cultural, y que posibilitaron procesos de construcción teórica notablemente distintos a los que tuvieron lugar en fases previas.

La Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional plantean como eje central que la mejoría de la psiquiatría es posible con cambios en el hospital psiquiátrico. Es decir, se proponen reformas institucionales con un marcado valor terapéutico.

En el periodo posterior a la guerra, los daños psicológicos, sociales y físicos que padecieron los soldados ingleses fueron significativos. Muchos de ellos fueron internados para recibir tratamiento por sus problemas emocionales, lo que resultó una alta demanda de pacientes y una notable escasez de recursos.

La Psiquiatría de Sector y la Psiquiatría Preventiva, también llamada Salud Mental Comunitaria, destacaban como trabajo central el abordaje externo al manicomio y reconocían la importancia de la continuidad terapéutica luego del alta hospitalaria para evitar nuevas internaciones.

La Anti Psiquiatría surgió en Inglaterra en la década de 1960. Algunos psiquiatras, como Ronald Laing y David Cooper, comenzaron a intervenir en los hospitales donde trabajaban, compartiendo sus experiencias en Comunidades Terapéuticas y Psicoterapia institucional. Con el tiempo, comenzaron a notar que las transformaciones no se producían como esperaban. Esta perspectiva se fundamentaba en la creencia de que las personas recluidas como “locos” sufrían una opresión que iba más allá de las instituciones psiquiátricas; también la experimentaban en sus propias familias y en la sociedad en su conjunto. En consecuencia, optaron por incluir la dimensión de la enfermedad mental, donde el individuo afectado ya no sería visto como un simple objeto, como sostenía la psiquiatría tradicional, sino como un sujeto de interacción con su entorno social.

Desde esta perspectiva, se consideró que era responsabilidad del terapeuta acompañar al sujeto en su experiencia personal y social, además de protegerlo de la violencia institucional (Amarante, 2009).

En este breve recorrido histórico se subrayan los puntos que van señalando las diversas formas, a través del tiempo, de mirar a las personas con padecimientos mentales como así también el acompañamiento y abordaje que se les otorga por su situación. De este modo, se identificaron las diversas teorías, disciplinas, profesionales, prácticas e instituciones que se han desarrollado a lo largo del tiempo. El análisis realizado confirma que las distintas evaluaciones de los síntomas, los procesos afectivos y el comportamiento de las personas, que se utilizan para clasificarlas como sanas o enfermas, varían en función de las representaciones sociales y de los paradigmas científicos predominantes en un momento histórico determinado y en un contexto social específico. Estos procesos refuerzan las maneras de intervenir en las prácticas de salud mental y brindan nuevas perspectivas sobre cómo percibir a las personas y establecer vínculos con ellas.

Además, nos acerca y ayuda a comprender que, según el contexto histórico, emerge una concepción particular que influye en las prácticas de los profesionales y en las instituciones de salud mental.

2.2 El campo de la Salud Mental y la perspectiva de derechos humanos

El campo de la salud mental involucra la participación de diferentes sectores (intersectorialidad): Salud, Desarrollo Social, Educación, Trabajo, entre otros; y distintas jurisdicciones del Estado (interjurisdiccionalidad): municipios y comunas, provincias, nación. Está atravesado por múltiples dimensiones comprometidas en el proceso, entre ellas la urgencia de un reordenamiento jurídico adecuado a las necesidades de usuarios y usuarias, que considere y defina cómo comprende el Estado el sufrimiento mental de los ciudadanos y el rol de sus familias; el replanteo de cuáles son los servicios de atención alternativos al manicomio y con ella la regulación de prácticas e incumbencias profesionales. Esta complejidad puede sintetizarse en la siguiente afirmación de Galende en el prólogo a la obra de Faraone y Barcala:

> La Salud Mental, que designa este campo, nombra al mismo tiempo un estado psíquico y mental de las personas, el cual depende de las condiciones en que cada uno o una desarrolla su existencia, en un tiempo de transición desde aquel en que estaba en juego la libertad y el encierro del sufriente, al actual, en que se trata de humanizar el sufrimiento mental reconociendo y protegiendo los derechos de quienes lo padecen. (2020, p. 14)

Hace más de sesenta años que la Organización Mundial de la Salud (OMS) abordó el problema de las prácticas manicomiales y el encierro de los sufrientes mentales. En 1953 se expuso al mundo de que se trataba esta política del encierro del sufriente mental y de las condiciones en que los internados desarrollaban la vida dentro de estas instituciones. Tiempo después de la sanción del documento de la OMS (1953), dieron inicio los llamados “procesos de reconversión” de estos establecimientos y sus prácticas, lo que sería nombrado como “reforma de la atención psiquiátrica”. Estos procesos de reconversión ocurrieron en varios países, pero uno de los ejemplos más significativos tuvo lugar en Europa y América, especialmente en lugares como Italia y Estados Unidos.

En 1963, se sancionó en Estados Unidos la Ley Kennedy de Psiquiatría Comunitaria, se crearon Centros de Salud Mental y las llamadas “casas de medio camino” para alojar a las personas que se externaba de los manicomios. En el Reino Unido, Beveridge, se creó la Seguridad Social inglesa, que incorpora la problemática de la salud mental y los hospitales psiquiátricos, la cual plantea en la década de los años sesenta, el cierre progresivo de más de 150 hospitales psiquiátricos.

En 1970 Franco Basaglia en Italia, logró la aprobación de una ley sobre los servicios de Psiquiatría por la cual se determinó el cierre de los hospitales psiquiátricos en todo el territorio del país, trasladando la atención a las unidades sanitarias.

En 1978 en la Conferencia de Alma Ata, estas experiencias llevaron a incluir los cuidados de salud mental en la estrategia de atención primaria de la salud. La mayor parte de los países de Europa occidental, siguieron estos mismos pasos, el modelo de Seguridad Social inglés y las políticas de cierre de grandes hospitales psiquiátricos.

En Argentina, en el año 1957 se creó el Instituto Nacional de Salud Mental y se reunió a los once directores de las colonias de alienados que había en el país para conformar con ellos la Comisión Nacional Asesora de Salud Mental, con el fin de propulsar la reforma Antipsiquiátrica. Si bien no se avanzó con la misma, se abrió en Argentina el debate sobre estas instituciones y sus dispositivos para la atención psiquiátrica.

Durante los años 1959 hasta la década de los sesenta se organizaron movimientos importantes en defensa de la reforma, entre ellos se pueden mencionar: la Federación Argentina de Psiquiatría, la Confederación de Psicólogos de la Argentina y otras agrupaciones de trabajadores sociales y terapistas ocupacionales, que inauguraron en conjunto los congresos anuales de Psiquiatría y Salud Mental. En el año 1976 la dictadura militar impuesta reprimió estas iniciativas. A la caída de la dictadura y el regreso de la democracia en 1983, el elegido gobierno democrático de Alfonsín creó en el Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección Nacional de Salud Mental. Se recuperaron muchas de las propuestas impulsadas en los años setenta y se logró crear en casi todas las provincias direcciones de Salud Mental.

En la provincia de Río Negro con apoyo de la Nación y otras jurisdicciones se lanzó con destacados resultados, un programa de cierre del hospital psiquiátrico de la provincia y un desplazamiento de la atención de salud mental a una red comunitaria de servicios .Desde la Dirección Nacional, y con acuerdos con las direcciones provinciales, se organizó la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, inaugurándose por primera vez en el país la formación de equipos interdisciplinarios para la atención en salud mental. En 1990 gran parte de estos avances de la reforma fueron desestimados o paralizados, se anuló la Dirección Nacional de Salud Mental para sustituirla por el Instituto Nacional. Quedando

activas la reforma lograda en Rio Negro y la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental en algunas provincias.

Este recorrido histórico, permite ampliar la memoria y observar las dificultades en Argentina para la continuidad y logros de los movimientos de reforma, con sus avances y retrocesos.

En el año 2010, el 25 de noviembre, se sanciona con mayoría absoluta la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y el 2 de diciembre fue promulgada por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner. La vigente ley define a la Salud Mental en su Artículo N°3 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”. Es un cambio sustancial, ya que la define como proceso y no como estado, tal como se sostiene en la clásica definición de la OMS, donde la salud es entendida como el estado de perfecto bienestar físico, mental y social.

Dicha ley vino a intentar proponer un nuevo paradigma sobre la relación entre el Estado y las personas con padecimiento mental. La misma reconoció a las personas como sujetos de derecho y estableció una forma completamente diferente de abordaje de la problemática en cuestión y particularmente en las estrategias de intervención. Canet y Mazzeo (2016), plantean que es necesario destacar que con esta nueva Ley se propone un nuevo paradigma diferente al existente, que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión, a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos. La Ley de Salud Mental convoca a instalar el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, y superar la idea del paciente “a la espera de” en un rol pasivo. Se les otorga otra entidad donde se les reconoce su capacidad para tomar decisiones y participar de los procesos de tratamiento y/o abordaje como sujeto activo en los procesos de transformación del campo de la salud mental.

Tal como explica Stolkiner en su disertación “La Salud Mental como campo multidisciplinar de experiencias. De lo individual a lo colectivo”:

> El dispositivo asilar manicomial configura dispositivos cuya función fundamental es la objetivación, no la subjetivación. Cuando nosotros pensamos en prácticas de salud mental tenemos que pensar en configuración de dispositivos que tiendan a la subjetivación del otro, al reconocimiento del otro en cuanto sujeto, que es una alteridad y por lo tanto su reconocimiento como persona en términos de derecho. (Humanas UNVM, 2021, 48m52s)

Las prácticas fundadas en el marco del sistema manicomial han significado la negación de la subjetivación de las personas y la presunción de su incapacidad, con la consecuente inhabilitación de su voz. Por este motivo resulta importante atender a los significados y a los sentidos que construyen sobre su propia situación de vida hospitalaria las usuarias internadas en los servicios del hospital monovalente que fueron sujeto de estudio.

Pasados ya casi 15 años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y según lo planteado en el artículo N°15:

> La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios… En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

En la actualidad se siguen observando situaciones de internaciones prolongadas en instituciones totales, las cuales serían pertinentes de abordar y

dar a conocer desde la propia voz de las usuarias los significados que ellas mismas le otorgan a la cronificación institucional.

La representación legal de las personas con diagnósticos en salud mental, especialmente los que se han considerados graves, institucionalizados y/o crónicos, ha estado tradicionalmente a cargo de terceros, habitualmente profesionales o familiares. Muchos de los verdaderos protagonistas sienten que sus voces, deseos y necesidades han sido olvidadas.

De Sousa Campos (1997), quien introduce la noción de clínica reformulada y ampliada partiendo de la perspectiva basagliana, propone colocar la enfermedad entre paréntesis, para darle protagonismo al paciente y su contexto, así como también adentrarse en el sufrimiento singular y en la especificidad de la tarea de los profesionales de la salud que trabajen con esta perspectiva. Prioriza la relación entre profesionales y usuarios proponiendo un desplazamiento del modelo médico hegemónico hacia nuevas formas de vinculación más horizontales y de construcción conjunta, sin por ello dejar de lado la especialización profesional.

Como señalan de Lellis y Fotia, con la sanción de la ley se considera fundamental la visión interdisciplinaria en Salud Mental y “el enfoque de derechos como uno de los principios rectores para atender a las personas con padecimientos mentales” (2019, p. 180). Esta norma sugiere una definición del tema que muestra una visión innovadora pues, al decir de los autores, promueve “un trabajo interdisciplinario, una redistribución del poder en el seno del equipo de salud y de este con la comunidad, y propone reconocer también la perspectiva que aportan actores no convencionales, tales como los usuarios y familiares” (2019, p. 180). Tomando aportes de Stolkiner:

> La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales

> inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Stolkiner, 1987, como se citó en Stolkiner, 2005, párrafo 3)

A raíz de lo planteado, la referencia a la importancia de las interacciones disciplinarias e intersectoriales presentes en la ley pone de relieve la necesidad de dar una respuesta teórica y práctica acorde a la complejidad de los problemas sociosanitarios que atraviesan el campo de la salud mental actualmente. Por lo antes mencionado, la presente investigación, se propuso abordar y dar lugar a las voces de las propias mujeres en la búsqueda de hallazgos que contribuyan al abordaje de los problemas de salud mental.

2.3 Vivencias / Significados

Mediante la realización de esta investigación se propone llevar adelante un estudio de los significados que las mujeres le otorgan a sus vivencias de internación de manera prolongada en un hospital monovalente de la ciudad de Paraná, como vía para conocer los efectos de lo que la literatura especializada denomina *cronificación* (ver el siguiente ítem). Dicho esto, en primer lugar, se considera necesario partir de la concepción del término *vivencia*, ya que se trata del proceso de experimentar o vivir una experiencia, que puede ser emocional, física o mental, vinculando esto a los años de vida transcurridos y a las distintas vivencias que se produjeron en lo que respecta a las internaciones prolongadas de las mujeres entrevistadas. En este contexto, la vivencia se refiere a cómo un individuo percibe y asimila la información mediante sus sentidos y sentimientos. Es esencial para el desarrollo y entendimiento del mundo que nos rodea, pues nos facilita el aprendizaje y el crecimiento a través de las experiencias. Según el psicólogo y filósofo Jean-Paul Sartre (1943), la vivencia se refiere a la experiencia subjetiva y directa que tiene un individuo de su propia existencia y libertad.

En este sentido, Sartre enfatiza que la vivencia es una experiencia personal y subjetiva que no puede ser reducida a conceptos o categorías

objetivas. La vivencia es la forma en que cada individuo experimenta y vive su propia existencia con todas sus complejidades y contradicciones.

La experiencia manifiesta las particularidades del organismo y las del entorno; permite una forma de entender, apreciar y dar significado a la realidad, al mismo tiempo que muestra la unidad de elementos socioculturales y personales. La cultura y el ser humano se forman de manera recíproca y la categoría de vivencia facilita entender la relación en esta doble interpretación.

A partir de conceptos de Kitayama y Cohen (2007) y Nisbet (2003), Erausquin et al. (2016) proponen que: “La vivencia sintetiza aspectos intelectuales, cognitivos, emocionales y afectivos, y permite pensar, crear y recrear la cultura como una síntesis de apropiaciones participativas en los espacios simbólicos” (p. 99). Asimismo, recuperando a Rodríguez Arocho, quien a su vez retoma a Vygotsky, Erausquin et al. (2016) expresan que la vivencia es calificada como una *experiencia atribuida de sentido* en relación a la unidad entre la persona y su entorno. En sus palabras: “El carácter de la vivencia está determinado por cómo el sujeto comprende las circunstancias que lo rodean, lo que está dado por el “nivel de desarrollo de las generalizaciones de su pensamiento” (p. 99).

En este sentido, se ha optado por investigar y conocer las vivencias de internación y los significados otorgados a la misma, a través de las narrativas de las mujeres.

En lingüística y semiótica el *significado* es el contenido mental que le es dado a un signo lingüístico. Es decir, es el concepto o idea que se asocia a la forma sensible o perceptible (significante) del signo y al objeto que representa (su referente) en todo tipo de comunicación.

Definido así, este sería su significado objetivo o significado denotativo, el universal que recoge todo diccionario. Pero el significado posee además un componente subjetivo o connotación que no acoge el diccionario y depende de cada persona e incluso grupo, ya que cada una le asigna un valor mental o emotivo al significado (Saussure, 1995).

Gottlob Frege (1973) en el artículo Sobre el sentido y referencia, que data de 1892, advierte que el significado incluye algo más que referencia de una

expresión u oración. En él, Frege traza una distinción entre lo que él llama el *sentido* de una expresión, y su *referencia*. Según Frege, el sentido y la referencia son dos aspectos distintos del significado. Para él tanto las expresiones de objeto como las de concepto tienen una referencia (un objeto al que se refiere) y un sentido (una forma de hablar de ese objeto).

Para Frege nuestras palabras refieren a objetos y además expresan modos de darse tales objetos, es decir, que tienen sentido. Dice Frege: "De la referencia y del sentido del signo hay que distinguir la representación a él asociada" (1973, p. 56). De este modo, la referencia de un signo es un objeto, si el objeto es sensible, la representación que tengo no es más que una "imagen interna" construida a partir del recuerdo de las sensaciones que tal objeto me produjo, y en esto se diferencia la representación subjetiva de la referencia.

Schutz (1993) trabaja el concepto de significado desde una perspectiva fenomenológica, aportando acerca de la clasificación, organización y comprensión de las formas de relación intersubjetiva en el mundo de la vida. Según este autor, para la Sociología Comprensiva “la cuestión reside en que el significado que damos a las vivencias de otro no puede ser exactamente el mismo que el significado que les da el otro cuando procede a interpretarlas” (1993, p. 129).

El hecho de que una vivencia sea significativa, se da porque al prestarle atención se la ha “seleccionado” y distinguido de la plenitud de vivencias que coexisten, la preceden y la siguen.

Un paso importante consiste en reconocer la existencia de configuraciones dentro de nuestra vida consciente. Por más diversas que sean las vivencias, están vinculadas por el hecho de que son mías. El significado es una cierta manera de dirigir la mirada hacia un aspecto de una vivencia que nos pertenece.

En este sentido, esta investigación resalta como objeto de estudio los significados que las mujeres internadas de manera prolongada en un hospital monovalente de salud mental les otorgan a sus vivencias de internación con el fin de conocer desde su propia voz sus vivencias/ experiencias, construyendo un relato singular, propio y único. “El significado, entonces, es una cierta manera de

dirigir la mirada hacia un aspecto de una vivencia que es propia y singular" (Badano et al., 2009, p. 117).

2.4 ¿Cronicidad o Cronificación?

De acuerdo con los antecedentes y bibliografía consultada se puede afirmar que las internaciones prolongadas en un hospital monovalente de salud mental producen efectos de cronificación y resulta necesario explicitar el concepto.

En el siglo XIX comienza a gestarse el concepto de cronicidad, diferenciándose aquellos estados crónicos, considerados irrecuperables e incurables, de los procesos patológicos en los que la sintomatología aumenta rápidamente pero que son curables y reversibles, conocidos como procesos agudos. En este contexto, resultan pertinentes los aportes de Yonson (2014a), quien plantea que:

> Para diagnosticar la cronicidad de una enfermedad mental, se atenderá entonces a la dimensión del pronóstico: allí donde entra una variable temporal que dé cuenta de ciertos cambios que permiten diferenciar aquellos estados mórbidos en función de los cuales se introduce el plano de lo irrecuperable, en el cual ya no hay cambios, deviniendo incurable. (p. 2)

Esto es crucial, ya que la dimensión temporal es clave para distinguir entre enfermedades mentales con pronóstico favorable y aquellas consideradas crónicas e incurables, lo que impacta significativamente en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico a largo plazo.

Por lo expuesto, es importante aclarar que la presente investigación si bien reconoce la cronicidad como parte de la evolución de la enfermedad, se centró en el estudio de los procesos de cronificación como efectos de las internaciones prolongadas de mujeres en la institución.

Por lo tanto, es necesario para este trabajo precisar las diferencias entre los conceptos de cronificación y cronicidad. En este sentido, Rossi (2009) expresa que:

> Mientras por una parte existe cierta cronicidad a manera de un 'defecto' que se va acentuando, descrito en forma paradigmática en algunas formas de las psicosis, la cronificación será inherente a los efectos de la institucionalización, del encierro, del des-tratamiento equivocado. (Rossi, 2009, p. 360)

Este autor establece una distinción entre los conceptos de cronicidad y cronificación, identificando dos enfoques principales. Por un lado, sitúa la cronicidad como el curso natural de una enfermedad a lo largo del tiempo. Por otro, plantea que la cronicidad también puede ser consecuencia del propio tratamiento, lo que abarca desde aspectos institucionales hasta la sobre medicalización o el uso inadecuado de medicación, el aislamiento, y la falta de estímulos esenciales para la vida diaria.

Rossi (2009) plantea que la cronicidad no es una consecuencia inevitable de ciertas patologías, sino que puede ser producto de las intervenciones terapéuticas inadecuadas, de los dispositivos institucionales y de las políticas de salud que, en lugar de favorecer la recuperación terminan consolidando el estado de enfermedad del paciente.

Ante esto resulta importante decir que la cronicidad no debe entenderse exclusivamente desde una perspectiva médica, sino también desde su impacto en la subjetividad del paciente. En este sentido la institucionalización prolongada y la falta de estrategias terapéuticas activas pueden generar una dependencia del paciente respecto del sistema de salud, limitando sus posibilidades de autonomía y reinserción social.

En la mayoría de los casos el hospital puede contribuir a la cronificación cuando sus prácticas priorizan la contención/asistencia por sobre la rehabilitación. En este contexto los dispositivos terapéuticos deberían pensarse

desde una perspectiva dinámica y flexible, que posibilite la participación activa del paciente en su proceso de tratamiento.

La falta de recursos, la rigidez de los sistemas de salud y la ausencia de una visión integral del paciente contribuyen a consolidar la situación crónica en lugar de revertirla. Es fundamental que las políticas de salud mental promuevan dispositivos que favorezcan la autonomía y la integración del paciente en su comunidad. Cabe aclarar que el rol y desempeño de los profesionales intervinientes es un aspecto clave en cuanto a la responsabilidad de la construcción o desarticulación de la cronicidad. La práctica clínica debe enfocarse en la posibilidad de cambio y recuperación, evitando actitudes que refuercen la dependencia del paciente respecto del tratamiento y de la institución.

Ante lo expuesto, en el ámbito hospitalario la idea de paciente crónico se ve reflejada tal como lo plantea el autor cuando se habla de cronicidad en relación a los trastornos recurrentes que se asocian a “incapacidades de la larga duración” como así también se observa el paciente crónico el cual “no se liga en forma directa a un cuadro clínico, a un diagnóstico, sino que aparece con la característica de permanecer cristalizado largo tiempo en el marco institucional” (Rossi, 2009, p. 361).

Es importante indagar entonces en los efectos subjetivos que se producirán en el sometimiento a esta lógica. De acuerdo a Amarante, en la institucionalización, puede observarse un “proceso de producción de ‘dependencia’ del paciente a la institución, acelerando la pérdida de los lazos comunitarios, familiares, sociales y culturales, y conduciendo a la cronificación y al hospitalismo” (2006, como se citó en Contino, 2010, p. 114). Estos efectos llevan a los pacientes a moverse en ciertos márgenes estrictos en los que para nada se cuenta con su participación (Cohen y Natella, 2007). Desde una perspectiva subjetiva, estas condicionantes tienden a crear una actitud pasiva, dependiente, infantilizada y alienada frente a las normas disciplinares de las instituciones. Esto, a su vez, demandará la implementación de políticas asistencialistas.

Producto de una internación prolongada se va produciendo un fenómeno que Goffman (1972) denomina “desculturación”. En este sentido podría

plantearse que en la cronificación se evidencia una suerte de descentramiento que vuelve incapaz a la persona, al menos temporalmente, para encarar ciertos aspectos de la vida cotidiana en el mundo “exterior”, o sea en el afuera de la vida institucional, y se inhabilita a la persona a desempeñar rutinas simples que realizaba en el pasado en su vida diaria.

En relación a las instituciones psiquiátricas y la dimensión social de los sujetos que allí están internados, es interesante el aporte del autor antes mencionado, quien entre los años 1955-1956 realiza un trabajo de campo “internado” en un hospital psiquiátrico St. Elizabeth, en Washington, una gran institución con más de siete mil internos. Este trabajo tuvo como objetivo conocer la situación social de los sujetos internados, según ellos mismos lo experimentan subjetivamente. Como resultado de esta investigación de campo, Goffman presenta la noción de institución total.

La característica central del concepto de institución total, según el autor, es la ruptura de un ordenamiento social básico en la sociedad moderna: la distinción entre los espacios de juego, descanso y trabajo, en los que por lo general se interactúa con distintos coparticipantes, bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto.

En este sentido, Goffman plantea que las instituciones totales se caracterizan por:

> 1-Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad. 2- Todas las etapas de la vida cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas. 3- Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo

> administrativo. 4- Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional deliberadamente creado para lograr objetivos propios de la institución. (1972, p. 22)

En esta línea, en la Argentina, en el año 1970 aparece la primera edición del libro *Psicoterapia del oprimido*, escrito por Alfredo Moffat, editado en 1974 acerca de testimonios y las vivencias de los internados en su paso por el hospital Borda. El libro analiza el tema de la psicoterapia desde la problemática de la injusticia y la opresión social, por un lado, la propuesta psicoterapéutica del sistema de poder y, por otro y oponiéndose a ésa, presenta una alternativa de terapia desde las modalidades de vida y necesidades, que él denomina “de nuestro pueblo”. Es decir, trata de todas las formas y procesos de degradación mental en los manicomios (el tema de la locura) y también las formas de degradación material en los grupos marginados y explotados (el tema de la pobreza).

Giovanni Berlinguer (1994) plantea que las instituciones psiquiátricas, en realidad, actúan como fábricas de enfermedades al intensificar y perpetuar el padecimiento, lo que resulta en una destrucción de la personalidad de las personas que están internadas. El autor menciona:

> Muchos de los síntomas con los cuales ha sido rotulado desaparecen al caer las estructuras a las cuales se encontraban ligados en forma estrecha, hasta el punto de exigir un trabajo gradual de separación entre lo que puede considerarse como producto de la internación y lo que debe entenderse como el núcleo de la enfermedad originaria. (Berlinguer, 1994, p. 40)

Por su parte, Foucault habla acerca de estas huellas e inscripciones en los sujetos que dan cuenta del paso por las instituciones psiquiátricas, las describe de la siguiente manera:

> La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de hospitalismo… y el médico de hospital debe ser mucho más hábil para librarse del peligro de la falsa experiencia que parece resultar de las enfermedades artificiales, a las cuales debe atender en los hospitales. En efecto, ninguna enfermedad del hospital es pura. Así como el internamiento es creador de pobreza, el hospital es creador de enfermedad. (Foucault, 2009, p. 119-120)

En el texto *Reflexiones en torno a la cronicidad en salud mental*, la autora Valeria Yonson (2014b) desarrolla el concepto de cronicidad en el contexto de las instituciones totales. En su escrito la autora plantea que la cronicidad se ve como una condición adicional creada por la institución, en lugar de ser simplemente una característica de la enfermedad mental. Según esta autora, la internación prolongada en estas instituciones transforma al paciente a través de un proceso que despoja su identidad personal, somete a una estricta vigilancia y controla su vida, lo cual impacta negativamente en su bienestar. Esta *enfermedad añadida*, según Yonson (2014b), surge no de la condición mental en sí, sino del entorno institucional que perpetúa y profundiza la cronicidad del padecimiento.

En este sentido, la cronicidad en el sistema de salud implica una relación prolongada y dependiente entre el paciente y los servicios médicos, que se extiende indefinidamente. Se critica la objetivación del paciente, donde el tratamiento se centra principalmente en la medicación y la atención continua, limitando otras formas de intervención.

Esto refleja un sistema de salud que no ofrece alternativas eficaces para el sufrimiento psíquico, produciendo efectos desubjetivantes e iatrogénicos en el

sujeto producto de la hospitalización tal como sucede en el proceso de cronificación.

Capítulo III: *Estrategia metodológica*

3.1 Tipo de diseño

De acuerdo a la formulación del objeto de investigación, la lógica del diseño respondió a una *estrategia metodológica de carácter cualitativa,* dado que en la naturaleza del mismo está presente la interpretación del significado que las usuarias le otorgan a sus vivencias de internación en un hospital monovalente. Conforme a los objetivos, la misma es de *tipo descriptiva.*

Este tipo de investigación se caracteriza por subrayar la naturaleza socialmente construida de la realidad social, la íntima relación entre el investigador, aquello que estudia y los determinantes contextuales que condicionan la investigación. Siguiendo a Taylor y Bogdan: “La investigación cualitativa es inductiva, puesto que se desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. El diseño de investigación es flexible” (1992, p. 20).

Por su parte, Denzin y Lincoln (1994, como se citó en Sautu, 2011), las metodologías cualitativas son apropiadas cuando el investigador se propone investigar la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad. De este modo, a través del relato de las mujeres, podemos conocer en primera persona, los significados otorgados a sus vivencias de internación. Trabajar con estas experiencias supone un esfuerzo por generar conocimiento de la realidad social desde el punto de vista de quienes la producen, la viven y la significan.

Teniendo en cuenta la temporalidad, esta investigación es de tipo transversal o sincrónica. Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (1991) caracterizan a este tipo de investigación como aquella que recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Se selecciona como tiempo aproximado de análisis el periodo entre los años 2023-2024. Se trabaja con mujeres que tienen internaciones prolongadas ininterrumpidas, con más de 10 años de permanencia en el mencionado nosocomio.

En relación a los métodos en la investigación cualitativa, se decidió utilizar la historia de vida. Según Taylor y Bogdan (1992), las historias de vida forman parte del campo de la investigación cualitativa, cuyo paradigma

fenomenológico sostiene que la realidad es construida socialmente mediante representaciones individuales o colectivas de una determinada situación; es decir, se interesa por el entendimiento del fenómeno social, desde la visión/voz del actor.

Para concluir cabe señalar que se optó por la triangulación de métodos, de técnicas y de fuentes, ya que la misma comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno. Al hacer esto, se cree que las debilidades de cada estrategia en particular no se sobreponen con las de las otras y que en cambio sus fortalezas sí se suman. Tal como sugieren Benavides y Goméz Retrepo (2005) la triangulación ofrece la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos.

3.2 Selección del contexto

El trabajo de campo se desarrolló en el Hospital Escuela de Salud Mental (H.E.S.M), ubicado en las calles Ambrosetti y Rondeau, en la zona noreste de la ciudad de Paraná. En el año 1958 comienza la construcción del actual edificio del hospital, inaugurado bajo el nombre Hospital Neuropsiquiatrico Dr. Antonio Roballos el 23 de marzo de 1963.

En la época en la que se llevó a cabo la construcción, era una zona alejada de la ciudad, lo que implicaba que la locura se mantenía distante geográficamente del conjunto social, una idea asociada al imaginario social de la locura.

Actualmente se ha producido una gran urbanización de esa zona, quedando el hospital integrado al conjunto de los demás emplazamientos urbanísticos que progresivamente se han ido realizando. El edificio fue concebido originalmente como de “Puertas Abiertas” o sea que está rodeado de un predio verde muy extenso y sin cerramientos exteriores demasiado importantes.

Desde sus inicios, es un hospital monovalente, el nivel que se le asigna de acuerdo a su complejidad, cantidad y diversidad de servicios es el nivel II con tipología ESCIESM (Establecimiento de Salud con Internación Especializada en Salud Mental), por lo que siempre fue el hospital de

referencia en la provincia. El hospital cuenta con dos salas para mujeres, dos salas para hombres, una sala de observación de guardia y el Servicio Integral para Personas Mayores (S.I.P.E.M). Las personas internadas pueden disponer de una habitación individual o compartida con una persona más. Esto favorece la privacidad y el cuidado de sus objetos personales.

El cambio de nombre de la institución se produjo a finales del 2010, mediante el decreto Nº4901/10, fue esta una forma de dar cuenta de su proceso de transformación de “hospital neuropsiquiátrico” a “hospital escuela de salud mental”, lo que tenía entre sus propósitos colaborar con la desmitificación de quienes acudían a la institución liberándose del estigma de la locura.

Entre lo más destacado de su historia se apunta la experiencia de la primera Comunidad Terapéutica de América Latina, en el año 1967. Fue en este mismo periodo que se lo declaró como el Primer Centro Piloto Psiquiátrico Regional. Cabe señalar que la promulgación de la Ley Provincial de Salud Mental Nº8806 en 1994, adelantó el camino para la Ley Nacional Nº26.657, promulgada en 2010.

Actualmente, el hospital distribuye 2700 turnos mensuales a través del consultorio externo, entre los servicios de admisión, psicología, psiquiatría, trabajo social, odontología, nutrición, clínica médica, kinesiología, consultorios de hospital de día y neurología. En estas estadísticas no se incluyen las prácticas grupales de asistencia y promoción que realizan los diferentes dispositivos interdisciplinarios, tales son los casos del Dispositivo de Atención Psicosocial, el Grupo Institucional de Alcoholismo y otras adicciones, Radio La Bisagra, Área Laboral, Extensión Comunitaria, emprendimientos laborales y actividades grupales incluidas en Hospital de Día. Son trescientos setenta y seis es el número de trabajadores/as, entre: titulares, suplentes ordinarios y extraordinarios e interinos, que cumplen sus horarios en tres turnos (mañana, tarde y noche).

El H.E.S.M ha iniciado un proceso de transformación importante en las últimas décadas, tendiente a romper con los prejuicios sobre la locura en la comunidad, desmanicomializar, modificar las prácticas asistenciales, descentralizarlas, incluir nuevas disciplinas, incentivar la investigación en el campo y fortalecer abordajes comunitarios- dentro de lo que se entiende como

un proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado-, donde las acciones de promoción y prevención adquieren una nueva relevancia.

Entre las profesiones que se incluyen en la planta de trabajadoras y trabajadores se cuentan: abogacía, acompañamiento terapéutico, nutrición,análisis de sistemas, bioquímica, comunicación social, enfermería, farmacia, kinesiología, maestras jardineras, medicina, odontología, psicología, psicopedagogía, tecnicatura en gerontología, terapia ocupacional y técnicos auxiliares.

Por otro lado, esta institución es un centro de formación de referencia para las pasantías, residencias y concurrencias de las diferentes disciplinas del campo de la salud mental: medicina, terapia ocupacional, trabajo social, acompañamiento terapéutico, psicología, comunicación social, kinesiología, enfermería y otras.

Además, más de sesenta profesionales realizan la especialización en la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, quienes se suman a las diversas actividades institucionales, según el año de formación.

La R.I.S.A.M es el centro de especialización de posgrado en salud mental público más importante de la provincia, que incluye a trabajadores/as sociales, médicos/as, terapistas ocupacionales, psicólogos/as, comunicadores/as sociales y enfermeros/as. Un total de 62 residentes a cargo de un equipo de 4 instructores recorren y desarrollan sus prácticas formativas dentro del sistema sanitario público, con base en el H.E.S.M. Esta residencia es la más antigua de la provincia, con más de 30 años de trayectoria.

En el marco del Sistema de Salud de la provincia, esta institución asiste a personas de entre 18 y 65 años de edad. Las personas con más años de edad y de internación, sin posibilidades de sostenerse por fuera del hospital de manera autónoma, son las que integran el Servicio Integral para Personas Mayores, un dispositivo pensado para las necesidades que esta etapa de la vida demanda, ubicado dentro del mismo edificio.

3.2.1 Marco legislativo y políticas públicas

La siguiente nómina incluye algunos marcos legislativos y políticas públicas provinciales, que fueron dando sentido a las prácticas en el hospital, en su proceso de transformación, a lo largo de los años, con la intención de

promover la apertura de las instituciones de encierro.

1. En el año 1987 se crea la Dirección Provincial de Salud Mental a cargo de la psicóloga Mercedes De Giusto. Desde allí se inició un proceso de institucionalización de políticas públicas que pensaron al campo de la salud mental de manera específica y, a la vez, integrada al sistema de salud en general.

2. 1990 es el año de creación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (R.I.S.A.M) con sede en el H.E.S.M. Este centro de formación, a través de la rotación de profesionales residentes, es puente para la renovación permanente de miradas y perspectivas de trabajo del hospital.

3. En el año 1993, haciéndose eco de las prácticas ambulatorias que se promovían en el contexto, se crea el Hospital de Dia. Dispositivo que proponía un espacio para abordar cuadros de salud mental graves, pero de una manera ambulatoria.

4. En el año 1994 se sanciona la Ley Provincial de Salud Mental N°8.806, que propuso alternativas terapéuticas que resguarden las libertades de los usuarios y usuarias y garanticen la cercanía de sus centros de vida. Esta legislación está en consonancia con la Ley Provincial de Río Negro 2440 del año 1991, primera en la región en impulsar la reforma psiquiátrica.

5. En el año 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, luego de un largo proceso social de debate. Esta legislación dio sustento legal a una multiplicidad de prácticas que se venían proponiendo desde hacía más de dos décadas en relación a procesos de transformación en el campo de la salud mental. En ese contexto, el hospital hace un cambio de nombre a Hospital Escuela de Salud Mental.

6. En el año 2016 se crea en la provincia el Órgano de Revisión Local, primer ente dependiente del Ministerio Público de la Defensa, promovido con el objetivo de monitorear las prácticas en todos los ámbitos (públicos y privados) donde se realizan abordajes de salud mental.

7. En el año 2018 se crea La Casa de Medio Camino, dispositivo para abordar externaciones de personas con internaciones prolongadas en el hospital, como parte del andamiaje de propuestas sustitutivas a la institución manicomial.

Actualmente el Hospital Escuela de Salud Mental (H.E.S.M) se define

como una institución estatal de formación y atención interdisciplinaria en Salud Mental que trabaja en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 para garantizar un estricto acceso a la salud integral de la comunidad ofreciendo servicios públicos en torno a la promoción de derechos, la atención sanitaria y la integración e inclusión sociocomunitaria.

3.2.2 El servicio de internación de mujeres de Sala A

El trabajo específico se realizó con usuarias crónicas que se encuentran internadas en el servicio de internación de mujeres de Sala A, estando esta sala separada de Sala B en la cual se internan solo casos agudos.

La sala donde se hallan internadas las usuarias crónicas se encuentra adaptada como su hogar, con las comodidades y atenciones que cada una necesita dependiendo del caso en particular. En la mayoría de los casos tienen habitaciones individuales, contando con sus elementos personales como mesa de luz, ropero, juego de mate, entre otros. Comparten un solar, se trata de una sala de recreación donde se realizan las actividades grupales con la coordinación de manera interdisciplinaria, participan de la celebración de cumpleaños, escuchan música y miran películas con una t.v instalada en el lugar exclusivamente para las usuarias. Comparten también la cocina como espacio común para los distintos horarios de alimentación y los baños, como así también la ropería, necesitando muchas de ellas que se las asista en la higiene personal y el vestido.

Algunas de las usuarias perciben una Pensión Nacional no Contributiva y el Programa Federal Incluir Salud, cobertura médico- asistencial que es brindada a todas aquellas personas titulares de pensiones nacionales no contributivas. La mayoría de las usuarias cuentan con el recurso de Acompañamiento Terapéutico incorporado en este convenio. Una de ellas percibe una pensión por incapacidad y cuenta con la obra social Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos (I.O.S.P.E.R).

Cabe aclarar que todas las usuarias de esta sala de internación tienen Certificado Único de Discapacidad (C.U.D), el cual otorga beneficios y

prestaciones. El C.U.D es definido desde el discurso político administrativo como un documento público que permite el acceso al Sistema de Salud y a los beneficios instituidos por las normativas en discapacidad vigentes. Su trámite es voluntario y consta de una evaluación interdisciplinaria en la que los profesionales determinan, de acuerdo a la documentación presentada por el interesado, si se encuadra o no dentro de las normativas vigentes de certificación de discapacidad.

3.3 Población de estudio

La población en estudio son todas las mujeres, seis, con diagnóstico de esquizofrenia alojadas en la Sala “A”, con más de 10 años de internación ininterrumpida, en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná.

3.4 Unidad de análisis

Para la presente investigación la unidad de análisis seleccionada es cada una de las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia alojadas en la Sala “A”, con más de 10 años de internación ininterrumpida, en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná.

3.5 Tipo de muestra

Selección de casos: Se realizó un muestreo intencional, a juicio del investigador, priorizando los requisitos establecidos para la participación en la investigación, que se explicitan a continuación. Para esta investigación, los criterios de selección fueron: mujeres con diagnóstico de esquizofrenia, más de 10 años de internación ininterrumpida en el H.E.S.M, que puedan sostener un discurso ordenado y coherente.

3.6 Selección de la muestra

Se seleccionaron cuatro usuarias, con diagnóstico de esquizofrenia, que llevan entre 15 y 33 años de internación continua, y tienen entre 49 y 63 años de edad. Todas se encuentran bajo la figura de Internación Involuntaria, debido al tiempo transcurrido de internación. La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657,

en el artículo 18, señala que, pasados los 60 días de internación, el carácter de la misma es involuntaria.

3.7 Fuentes de información

Los datos de este estudio fueron obtenidos a través de una *fuente de información primaria*: entrevistas semi estructuradas a usuarias y otra *fuente de información secundaria:* lectura de Historias Clínicas (H.C). Se realizaron cuatro entrevistas, una entrevista a cada mujer seleccionada para esta tesis. Y se leyeron cuatro H.C una correspondiente a cada participante de este estudio.

En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias. Kvale define que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es "obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos" (2011, p.6).

La otra fuente de información fue la lectura de *Historias Clínicas* de mujeres internadas en la Sala “A”, de forma prolongada e ininterrumpida por más de 10 años en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná.

En este caso, la fuente de información secundaria H.C permitió obtener los datos personales de cada usuaria participante y los registros escritos que los profesionales hacen de las prácticas realizadas en los tratamientos de las mismas. Estos registros institucionales constituyen el principal material escrito sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado.

3.8 Técnicas de relevamiento de información

Para llevar adelante el estudio acerca de los significados que las mujeres, con internaciones prolongadas en un hospital monovalente, les otorgan a sus vivencias de internación, como ya se explicitó en el ítem anterior, se decidió utilizar dos técnicas de recolección de datos: la entrevista semi estructurada y la lectura de documentos institucionales (H.C).

La entrevista semi-estructurada de investigación es, según Corbetta (2003, como se citó en Tonon,2012):

> Es un instrumento capaz de adaptarse a las diversas personalidades de cada sujeto, en la cual se trabaja con las palabras del entrevistado y con sus formas de sentir, no siendo una técnica que conduce simplemente a recabar datos acerca de una persona, sino que intenta hacer hablar a ese sujeto, para entenderlo desde dentro. (p. 50)

Las entrevistas se diseñaron a partir de la definición de seis ejes (ver págs. 69 a 92) los cuales se corresponden con los objetivos de esta investigación y se formularon considerando los siguientes aspectos: la vida en el hospital y su significado, actividades de la vida cotidiana dentro y fuera del hospital, trabajo, autonomía en la toma de decisiones y en la administración de ingresos, deseos -anhelos, aspiraciones- posibilidades y obstáculos para su realización, vivencias de los años de internación, vínculos amorosos, familiares y sociales dentro y fuera de la institución, relación actual con personas allegadas, vínculo con el equipo tratante y relaciones afectivas significativas dentro del hospital.

La entrevista constó de 19 preguntas. La mismas se formularon con un vocabulario coloquial evitando el uso de tecnicismos. La última pregunta fue de carácter abierto, invitando a la entrevistada a agregar cualquier información que considerara relevante.

El cuestionario fue supervisado por la Dra. Verónica Stoppani, médica psiquiatra, psicoanalista, de larga trayectoria de trabajo en hospitales psiquiátricos de la ciudad de Rosario, con el propósito de extremar el cuidado de las usuarias participantes en el diseño del instrumento mediante el aporte de una mirada externa. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento expreso de las participantes.

En cuanto a la lectura de documentos institucionales, para esta investigación se leyeron las 4 historias clínicas correspondientes a cada una de las entrevistadas, dónde se encuentran registrados los datos personales y las intervenciones profesionales realizadas desde la primera consulta ambulatoria y

se extienden a todo el período de internación hasta el presente. Los datos así obtenidos fueron volcados en una planilla de registro, los mismos se enumeran a continuación: edad, estado civil, lugar de origen, cobertura de salud, situación legal, Certificado Único de Discapacidad, cantidad de hijos/as, nivel educativo alcanzado, situación laboral, ingresos percibidos, primer motivo de consulta, cantidad de internaciones previas hasta la definitiva, cantidad de años de internación ininterrumpida, diagnósticos, equipo tratante, referentes familiares y recurso habitacional.

3.9 Técnicas de análisis de la información

Teniendo en cuenta que se trató de una investigación cualitativa, los datos empíricos obtenidos fueron analizados mediante dos métodos: la recuperación de frases significativas (Badano y Díaz, 2009) y el Método Comparativo Constante (Glaser y Strauss, 1967). Se decidió el uso de esta combinación metodológica, también llamado triangulación, considerando que la misma permitiría agilizar el proceso de análisis y la validación de los resultados. De las 19 preguntas formuladas a las usuarias en entrevistas personales, a 13 se les aplicó el método de análisis de frases significativas (N°1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 17 y 19) y a seis el Método Comparativo Constante (N°7, 8, 10, 11, 16 y 18).

En cuanto al método de frases significativas propuesto por Badano y Díaz (2009), el mismo se centra en dos aspectos: los temas y los modos. En relación a los temas, se trabajan las dimensiones argumentativas, estas son categorías temáticas que surgen en el trabajo de análisis y que se constituyen como ejes para la descripción e interpretación de los datos.

Respecto a los modos, son las categorías de sentido, unidades de significación, oraciones, frases en las que el sentido se densifica. Posteriormente a la articulación entre las categorías temáticas y las de sentido, se construye una descripción analítica que posibilita una aproximación al tema e interrogantes planteados.

El relevamiento de las frases significativas de las entrevistas se torna una estrategia adecuada para conocer el punto de vista de las mujeres entrevistadas. Tal como señalan los autores:

> Se lee el texto desgrabado completo tratando de sumergirse en quién es ése o ésa que habla, desde dónde lo hace, qué quiere decir. Es como si fuéramos hacia al texto, tomándolo como un todo, como una sola unidad de significación, a pesar de las varias dimensiones implicadas en temas, modos, tiempos y espacios. (Badano y Díaz, 2009, p. 2)

En cuanto al "Método Comparativo Constante", desarrollado por Glaser y Strauss (1967), este supone la puesta en marcha de un conjunto sistemático de procedimientos para desarrollar teoría, que se deriva inductivamente de los datos empíricos. Consiste en realizar un análisis de información en espiral donde se combina la obtención de la información y el análisis de la información recolectada. Los autores afirman que el "Método Comparativo Constante" se basa en la construcción de teoría a partir de la constante comparación para analizar los datos y buscar similitudes y diferencias.

El método comparativo constante aporta además herramientas para trabajar con la subjetividad del investigador, que no sólo es reconocida, sino aceptada como una parte constitutiva de la investigación.

María Teresa Sirvent (como se citó en Monteverde 2023) formula un método práctico y sistemático en siete pasos para llevar a cabo el proceso de categorización adaptado por la autora para el análisis cualitativo de datos. Cabe aclarar que dichas instancias no son procesos mentales aislados, sino que implican una interacción constante, un movimiento continuo en donde su desarrollo va permitiendo modificaciones a lo largo del análisis.

En un primer momento la autora propone realizar un registro a tres columnas (observables, comentarios y análisis). En este paso se transcriben en la primera columna los observables que se han recogido y en la segunda se consignan las reacciones, emociones, preconceptos, valoraciones que le suscita

al investigador/a la realidad indagada. La tercera columna de análisis se comienza a completar a partir del tercer paso.

En el segundo paso se realiza el estudio intensivo de los registros con una visión de conjunto que permita el proceso de categorización.

En el tercer momento se identifican los temas emergentes, se realiza la detección de categorías y/o propiedades a partir de los datos.

En el cuarto paso se identifican los temas recurrentes (identificando las categorías o grupos de categorías que se repiten con mayor frecuencia) a partir del análisis de los conceptos emergentes en la tercera columna.

Posteriormente, en el quinto paso, se organiza la información en fichas según los temas identificados, seleccionando cada una de las categorías con sus correspondientes incidentes.

En el sexto momento se comparan las fichas para identificar nuevos conceptos y categorías más generales. El proceso continúa buscando qué propiedad de una categoría pertenece a un dato o bien a qué parte de una teoría emergente pertenece un incidente.

El séptimo y último paso consiste en la escritura de pequeños memorándums (memorias teóricas) donde se registran los avances que se van obteniendo en la teorización.

Cabe aclarar que este proceso comparativo se detiene cuando se llega a la “saturación teórica” de las categorías, esto es, cuando los datos analizados ya no producen información adicional sobre la categoría en cuestión con la cual identificar nuevas propiedades.

Este enfoque sistemático facilita la generación de teorías fundamentadas en los datos empíricos, permitiendo una comprensión más profunda de los fenómenos estudiados.

Con respecto al análisis de las historias clínicas se optó por el método de investigación documental ya que el mismo implica un acercamiento indirecto a la realidad, basado en fuentes secundarias.

De este modo, “se accede a datos disponibles en fuentes escritas o visuales, generados por personas, investigadores o instituciones con diversos propósitos” (Díaz y Sime, 2009, p. 8).

Como menciona Ruiz (2012), se puede acceder al contenido de los documentos escritos sin alterarlos ni modificarlos. Se entiende por documento "todo material al que se puede acudir como fuente de referencia, sin que se altere su naturaleza o sentido, los cuales aportan información o dan testimonio de una realidad o un acontecimiento" (Bernal, 2010, p. 11). Es decir, el análisis de documentos se refiere al contenido mismo del documento. Dice Ruiz: "El texto es como un campo del que se extrae información a través de la lectura" (2012, p. 197).

3.10 Resguardos éticos

Se pidió aval al Comité de Docencia e Investigación del Hospital Escuela de Salud Mental. Fue considerada de vital importancia la confidencialidad de los datos obtenidos en el proceso de investigación referidos a nombres de instituciones y de personas, por lo cual en este estudio se garantizó el anonimato de estos. En este sentido cabe aclarar que se omiten los nombres de las usuarias entrevistadas, usuarias de sala y profesionales intervinientes.

En cuanto a las usuarias participantes de este estudio, se le solicitó a las mismas el consentimiento informado, previa explicación sobre los fines del estudio y la importancia de su testimonio en el mismo (ver Anexos).

3.11 Rol del investigador

El rol que juega el investigador en los estudios cualitativos, no puede pensarse como neutral ni externo respecto del objeto que estudia. Trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, es decir, adoptar una actitud comprensiva que le permita interpretar la realidad tal como es vivida y significada por los sujetos.

Teniendo en cuenta que las investigaciones sociales implican estudios sobre problemáticas sumamente complejas y que, en particular, la elegida en el presente trabajo se relaciona con la vida de mujeres dentro de una institución de salud mental, en la cual la investigadora está implicada desde su rol profesional como psicóloga, se considera que es menester posicionarse desde el máximo respeto y desde el marco ético de la profesión. Esto supone dar lugar a la propia

voz de las mujeres, tener capacidad de escucha, respetar a su vez los tiempos de las mismas y considerar la propia implicación.

El investigador ha de experimentar el significado que dan los sujetos a su "mundo", conocer su lenguaje, comprender sus emociones, descubrir sus valores, entre otros propósitos orientados en el mismo sentido.

Capítulo IV: *Historias de vidas institucionalizadas*

4.1 Conociendo historias singulares

Se presentará a continuación una breve reseña de cada una de las cuatro historias que se fueron conociendo a lo largo de la producción de esta investigación. A partir del conocimiento de la historia de cada mujer lo que se propone es ofrecer al lector una guía para acercarse a cada una de las experiencias trabajadas.

El conocimiento de las historias singulares fue reconstruido fundamentalmente a partir de las entrevistas individuales con las usuarias, del diálogo con los profesionales y del material obtenido de la lectura de Historias Clínicas. Los nombres propios empleados son ficticios.

4.2 Patricia

En el año 2024 Patricia tiene 50 años, se encuentra internada desde el año 2002, teniendo en ese entonces 28 años de edad. En la actualidad cuenta con 22 años de internación ininterrumpida. Se registran un total de 25 internaciones previas, siendo la mayoría de estas acontecidas por órdenes judiciales solicitadas por la familia. En estas internaciones su cuadro se presenta con descompensaciones psicóticas producto del abandono de la medicación. Las mismas solían acompañarse de excitaciones psicomotrices, agresiones hacia sus familiares, autoagresiones, las cuales no recordaba (laceraciones en las mamas, en el rostro, en las manos, golpes en la cabeza, abdomen y miembros inferiores). Con aspecto deteriorado, desnutrida, con pediculosis, rasgos fóbicos (temor a morir, temor a descomponerse, a perder piezas dentales), ideación delirante polimorfa, alteraciones en sus conductas alimentarias y abandono de la institución.

Su primera internación se produce en el año 1993 a sus 18 años, después de un año de su primera descompensación psicótica. Su prima refiere que luego de un accidente doméstico en el cual pierde una pieza dental, comienza a verse permanentemente en el espejo con risas inmotivadas, ideación delirante en relación al cuerpo y episodios de heteroagresividad. En esa oportunidad era acompañada por su abuela materna, quien estuvo a su cuidado desde los 6 meses de edad.

Patricia nació en la Colonia de Federal donde sus padres estuvieron institucionalizados en un hospital psiquiátrico, luego es trasladada a la ciudad de Paraná estando al cuidado de sus abuelos maternos. Su padre continuó internado en la Colonia de Federal (no lo conoció) y su madre falleció con diagnóstico de cáncer de mama, cuando Patricia tenía 10 años. Patricia es criada por su familia materna, estando a cargo de ella su abuela, y cuando ésta fallece, queda como único referente familiar su tía materna. Refiere una crianza muy severa y una situación económica inestable.

En el año 1999 Patricia cursa un embarazo y tuvo un hijo que nació por parto normal, realizando controles médicos en el Hospital San Roque de Paraná. Tuvo deseos de poder tener a ese hijo, al que nombra Valentín. Pero los mandatos y exigencias familiares principalmente de su abuela: “esa criatura está enferma”, “no vas a poder”, la persuaden para darlo en adopción. En diciembre del año 1999 el niño es dado en adopción y Patricia es internada nuevamente en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná.

En la actualidad la usuaria cuenta con un equipo de profesionales conformado por médica psiquiatra, médico clínico, psicóloga, trabajadora social y acompañante terapéutica (A.T) (recurso remunerado por la cobertura asistencial del Programa Federal Incluir Salud) y recibe cuidados diarios de enfermería. Patricia realiza tratamiento oncológico por diagnóstico de Cáncer de Mama y en el año 2019 se le realiza lisis tubaria bilateral.

En la lectura de las historias clínicas se registran constantes notificaciones a la justicia en la década del 90 en la que se informaban los riesgos de la institucionalización de la usuaria, la iatrogenia producida y las posibilidades de construir un abordaje en comunidad, con los apoyos correspondientes.

Con respecto a su nivel educativo Patricia refiere haber concluido séptimo grado. En relación a su trayectoria laboral, en el año 2008 se incluyó en un emprendimiento laboral por fuera del hospital. Manifestaba interés por “actividades livianas” (H.E.S.M, H.C 18.225). En el marco del Plan Estratégico de Capacitación, de jurisdicción provincial (PEC), desarrolló como actividad laboral tareas de limpieza y lavado en el centro de Salud Carrillo. Esta experiencia implicó el aprendizaje del uso del transporte público, tarea que

emprendió conjuntamente con otra usuaria que se encontraba internada. Este trabajo fue sostenido durante un año, interrumpiéndose luego por temores de los familiares.

Con respecto a su situación legal, actualmente posee restricciones a la capacidad[1], en el marco del sistema de apoyo[2] correspondiente se le asignó como figura responsable una enfermera del hospital. Dispone de Certificado Único de Discapacidad, posee cobertura del Programa Federal Incluir Salud y percibe una Pensión Nacional no Contributiva. En relación a la administración, manejo y organización de los recursos económicos, cobra la pensión la persona asignada por su sistema de apoyo, depositándolo en la cuenta hospitalaria. No requiere ayuda para el manejo de su dinero de uso diario. Puede organizarlo si lo recibe en forma racionada.

Actualmente presenta una limitada contención familiar y recibe visitas solo de una prima y un primo. Con respecto a la disponibilidad de un recurso habitacional, dispone de una casa familiar, la cual es habitada actualmente por sus primos. Antecedentes familiares con patologías psiquiátricas: madre, padre y primo.

4.3 Ana

En el año 2024 Ana tiene 56 años, es oriunda de la ciudad de Paraná. Su primera internación fue en el año 1992, tenía 24 años. En su sintomatología presentaba risas inmotivadas, alucinaciones, insomnio, excitación psicomotriz y síntomas histéricos. En ese año se encontraba puérpera de su segunda hija que tenía un mes y medio de nacida.

Tuvo 23 internaciones previas donde se repetía siempre el mismo patrón: era llevada por su esposo a la institución, con orden judicial o por la policía tras

[1] Proceso especial en el cual un juez restringe la capacidad para determinados actos de una persona mayor de 13 años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o sus bienes.

[2] El Código Civil y Comercial de la Nación, en su Artículo 43, trata sobre los sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad y, al respecto, indica: “Se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general. Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos”.

abandonar el tratamiento ambulatorio. No concurría a los controles y era el esposo quien retiraba la medicación de la farmacia del hospital.

Los diferentes diagnósticos presentados en la historia clínica han sido; Psicosis Puerperal, Bouffee delirante, Histeria, Neurosis, Neurosis depresiva, Psicosis y Psicosis crónica. En el año 2009 quedó internada de forma ininterrumpida (hace 15 años) teniendo Ana en ese momento 41 años de edad.

Con respecto a su nivel educativo, Ana realizó hasta 5° grado de la escuela primaria y en relación a su historia laboral ha realizado trabajos domésticos para terceros. En lo que respecta a las internaciones, ha participado de diferentes espacios laborales en la institución relacionados principalmente con la cocina y haber cobrado un Plan Estratégico de Capacitación de jurisdicción provincial (PEC).

Ana es atendida por un equipo de profesionales en la Sala A conformado por: médico clínico, médica psiquiatra, psicóloga, trabajadora social y kinesiólogo. Presenta actualmente diagnóstico de Artrosis por lo que se moviliza con ayuda de un andador, recibiendo cuidados diarios de enfermería. Dispone de Acompañamiento Terapéutico (A.T. remunerado por la cobertura asistencial del Programa Federal Incluir Salud). Percibe una Pensión Nacional no Contributiva, tiene el Certificado Único de Discapacidad, posee restricciones a la capacidad y cuenta con la cobertura del Programa Federal Incluir Salud.

En relación a la administración, manejo y organización de los recursos económicos, la persona asignada por el sistema de apoyo es quien realiza el cobro y depósito de su pensión en la cuenta hospitalaria, siendo la responsable una enfermera del hospital. Si bien reconoce el valor del dinero, necesita importante apoyo para el manejo del mismo en su uso diario. No puede organizarlo en forma racionada, requiriendo de constante supervisión para la administración del mismo.

Ocasionalmente recibe la visita de sus hijas y nietos. En algunas oportunidades sus hijas la buscan para pasar el día en sus respectivas casas y en escasas oportunidades Ana las visita, acompañada por su A.T. Actualmente no dispone de alternativa habitacional propia, se registra una vivienda ocupada por familiares, la cual no representa una posibilidad para su externación.

4.4 Clara

En el año 2024 Clara tiene 63 años, usuaria oriunda de Crespo Entre Ríos. Su primera internación se registra con fecha del año 1983 en la cual llega acompañada por quien entonces era su marido, presentando un cuadro delirante, consumo de alcohol y excitación psicomotriz. En ese momento su madre y su hermana presentaban problemas de salud mental. Clara refería problemas con su marido, quien también consumía alcohol, era agresivo y se encontraba sin trabajo estable. En ese entonces Clara trabajaba como empleada en servicios domésticos y en la casa convivía con su esposo, sus 3 hijos y la madre. La situación era inestable económica y emocionalmente. En algunas internaciones era trasladada por la policía o la ambulancia de Crespo.

Clara se encuentra internada de manera ininterrumpida en la institución desde el año 1991 con 30 años de edad, lleva actualmente 33 años de internación. Los diagnósticos presentes en la historia clínica son psicosis esquizofrénica y psicosis paranoide, contando con el diagnóstico de esquizofrenia residual en el Certificado Único de Discapacidad que posee en la actualidad. En relación a su sintomatología presentó ideación delirante con contenido persecutorio y alucinaciones. Las interpretaciones delirantes e ideaciones sensoperceptivas que experimenta actualmente, se vinculan en términos generales con la maternidad, los robos y la muerte.

En el presente se encuentra estable en su cuadro psicopatológico de base. Es atendida por un equipo de profesionales conformado por médica psiquiatra, médico clínico, psicóloga, trabajadora social, kinesiólogo y acompañante terapéutica (A.T.). Desde el año 2016 cuenta con el apoyo de A.T. dos veces por semana. La misma ha sido asignada por el equipo tratante y la cobertura es a través del Programa Federal Incluir Salud; con su acompañante terapéutica puede realizar salidas por fuera de la institución y trabajar cuestiones de su interés personal. Recibe cuidados diarios de enfermería.

Clara no presenta inhabilitaciones judiciales o restricciones a la capacidad. No tiene sistema de apoyo asignado. Percibe una Pensión Nacional no Contributiva, obtuvo el Certificado Único de Discapacidad y es beneficiaria del Programa Federal Incluir Salud.

En cuanto a su educación formal, el nivel educativo es secundaria incompleta.

Con respecto al desempeño laboral, Clara anteriormente a las internaciones realizaba servicio doméstico a terceros, bordado y jardinería.

Actualmente no dispone de alternativa habitacional propia ni de su entorno familiar-social. No recibe visitas de familiares.

4.5 Lucía

En el año 2024 Lucía tiene 59 años, es oriunda de la ciudad de Paraná, se encuentra internada desde el año 2002 teniendo ella en ese momento 37 años de edad y habiendo cursado 6 internaciones previas en esta misma institución. Cuenta actualmente con 22 años de internación ininterrumpida. Realiza su primera consulta por Consultorio Externo del Hospital Escuela de Salud Mental (H.E.S.M) en el año 1992 siendo atendida por una médica psiquiatra, cabe señalar que ya había realizado consultas psiquiátricas en otros efectores entre los años 1983-1984 obligada por su madre.

Su primera internación en el H.E.S.M data con fecha del año 1992 a partir de una denuncia policial que realizó su hermano por agresiones a la familia. Presentando en ese momento ideación delirante paranoica y mística.

Con respecto a su nivel educativo Lucia tiene secundario completo y se puede leer en la historia clínica que ha iniciado diferentes carreras terciarias entre ellas: Maestra de nivel inicial, psicopedagogía, mecanografía, profesorado de educación especial y dactilografía, las cuales no han sido concluidas. En relación a estas interrupciones planteaba sentir discriminación y rechazo, sentía que la expulsaban de todos lados por haber estado internada en un hospital neuropsiquiátrico. Otras preocupaciones estaban relacionadas con el paso del tiempo y no poder tener hijos.

En el año 1995 se gestionaron derivaciones a múltiples instituciones (Luz de Vida, Granja Puente Santo Tome, Hospital Ferroviario) que no pudieron concretarse y se intentaron también en varias oportunidades estrategias de externación: búsquedas de pensiones y convivencia con otras usuarias como así también, solicitud y sostenimiento de audiencias para su externación. En el año 1997 pudo externarse y vivir en una pensión cerca de una tía que la ayudaba

económicamente. En ese momento tenía interés por la búsqueda de empleo, por la recuperación de su trabajo como administrativa en el I.O.S.P.E.R y por continuar sus estudios.

En la pensión sólo pudo vivir un mes y le pidieron que la abandonara iniciando un circuito por varias pensiones, concurriendo a tratamiento ambulatorio en el H.E.S.M. Al año siguiente (1998) tiene una internación en la Clínica Psiquiátrica Palas, privada; comienza a abandonar los estudios que había iniciado, solicita numerosos créditos y se separa de su pareja. Se descompensa y desorganiza su cuadro psicopatológico (esquizofrenia paranoide) y es internada en el Hospital Escuela de Salud Mental nuevamente.

En los años transcurridos se repite el abandono de los tratamientos, en la Historia Clínica puede leerse: “estoy sana, nadie puede obligarme a tener que concurrir al hospital a compartir con borrachos y cirujas” (H.E.S.M, H.C 16.666), lo cual significó que en reiteradas ocasiones fuera trasladada a la institución por personal policial, con orden judicial en situación de extrema vulnerabilidad.

En el año 2000 se la intenta derivar al Hospital de Día a lo cual refiere que no le agradaba el lugar “es un lugar para hacer artesanías entre gente baja” (H.E.S.M, H.C 16.666) no obstante transita un tiempo por algunos espacios grupales: literatura, jardinería, telar y plástica.

La última internación en el H.E.S.M tiene fecha del 24/04/2002, hace ya 22 años. Previo a esto, a finales del año 2001 es dada de alta y a principios del año 2002 tuvo una internación de cinco meses en el hospital Braulio Moyano de Buenos Aires. Fue encontrada desorganizada y delirante en Olivos expresando querer hablar con el presidente de la Rúa; regresa al H.E.S.M con un oficio policial en situación de descompensación psicótica y física: delgadez extrema, edemas en ambos tobillos, lesiones por escoriaciones.

El diagnóstico actual en la H.C es Psicosis y Trastorno Bipolar y el en el Certificado Único de Discapacidad, Esquizofrenia Paranoide.

Lucía es atendida por un equipo de profesionales en la Sala A conformado por: médica psiquiatra, médico clínico, psicóloga, trabajadora social, recibiendo cuidados diarios de enfermería. Suele presentar reticencia a las intervenciones propuestas. Participa puntualmente en actividades organizadas en la sala.

Actualmente Lucia, posee restricciones a la capacidad para determinados actos como, por ejemplo, contraer matrimonio, administrar dinero, disponer de sus bienes y realizar actos jurídicos. Cuenta con sistema de apoyo, cuya responsable asignada es una enfermera del hospital, es beneficiaria de I.O.S.P.E.R y percibe una Jubilación por incapacidad. No cuenta con familiares referentes.

Capítulo V: *Análisis y resultados. Interpretación de los hallazgos*

5.1 Análisis e interpretación

A partir del siguiente capítulo se expondrán los hallazgos del proceso de investigación que corresponden a la dimensión de análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Para el análisis del material obtenido mediante las entrevistas individuales (fuente primaria) y la lectura de historias clínicas (fuente secundaria) se utilizaron las técnicas: frases significativas y método comparativo constante; y análisis documental, respectivamente.

A continuación, se presentan, por una parte, los hallazgos organizados en seis ejes, estos se encuentran numerados del 1 al 6, el primero corresponde al objetivo general y los siguientes a los cinco objetivos específicos. Estos se definieron a partir de los objetivos de la investigación y de los resultados obtenidos a lo largo del proceso de esta tesis. Y por otra, tres categorías emergentes transversales a los ejes denominadas: loca, pérdida y maternidad.

5.1.1 Eje N°1 - El hospital, un lugar donde vivir

(Objetivo general. Preguntas N°: 4, 8 y 12) F.S[3]/M.C.C[4]

Las usuarias entrevistadas llevan entre 15 y 33 años internadas. El hospital es nombrado por algunas de ellas como el lugar donde viven, el espacio que las aloja y las contiene, en tanto que para otras es un lugar de asistencia donde tienen las necesidades básicas garantizadas y el lugar donde están porque no hay opción. Muchas de ellas hacen referencia a cómo vivencian el tiempo de internación transcurrido, en sus relatos aluden a la pérdida de la noción del tiempo, lo que puede considerarse según Goffman (1972) como consecuencia de tantos años de encierro. En palabras de algunas de las entrevistadas, la internación marca un antes y un después, una ruptura en la dinámica cotidiana de la vida.

Esta vida transcurrida en el hospital supone una forma de experiencia en las usuarias que condiciona su concepción del tiempo y del espacio. El tiempo es convertido en una especie de secuencia monótona, con escasas salidas al

[3] Frases Significativas

[4] Método Comparativo Constante

mundo social que hay tras los muros, generando esto una sensación de atemporalidad; en ocasiones interrumpida por la aparición de recuerdos que marcan hitos de un tiempo pasado, como parir o duelar la pérdida de compañeras de internación; o por anhelos de un tiempo futuro.

El espacio, por su parte, favorece un estado de liminalidad (Mattié, 1996), ya que la vida en el hospital es nombrada como el origen de una zona de ambigüedad en la que algo deja de ser lo que era para potencialmente poder transformarse en otra cosa.

En los relatos sobre el hospital como el lugar de residencia, se observan diferentes formas de referirse a él: *el hospital es mejor que mi casa; este lugar es mi casa; no hay otra posibilidad de elección*; *es como mi casa, pero no lo es.*

Patricia lo describe como el lugar donde recibe asistencia. Su discurso refleja una posición predominantemente pasiva, evidenciada por el uso reiterado del pronombre *me*: lugar de objeto asistido, pasivo. Esta posición subjetiva de acatamiento también puede identificarse en el relato sobre su vida familiar y crianza, que se vuelve a repetir en los vínculos actuales. Así lo expresa en estas frases: “Mi abuela no me dejó seguir estudiando porque no me daba la cabeza, era muy difícil”; “Cuando era chica mi abuela me castigaba…no me daban de comer, me pegaban”; “Mi abuela se enojó y me trajo para acá”; “Ahora acá me ayudan a estar bien, me dan alimentos, me atienden, me tengo que arreglar la dentadura, fui al dentista y me sacaron varios dientes, no puedo comer bien”. (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023).

En palabras de los autores Ferreira y Martínez Hernáez (2003), la pasividad puede entenderse como una corporalización de la propia lógica asilar, esto interpela la noción de ruptura (Goffman, 1972), en relación a lo cual mencionan:

> Entre el cuerpo del interno y la institución como realidad con sus propias lógicas espacio-temporales no se establece una separación abrupta o una fragmentación sin continuidad, sino un flujo que enlaza el mundo social y la experiencia y que permite que tanto el sujeto habite un lugar

como el lugar habite dentro de él. (Ferreira y Martínez Hernáez, 2003, p.67)

En las entrevistas, refiriéndose a su pasado, Patricia hace mención a situaciones de violencia familiar, y a la imposibilidad de elegir y decidir sobre aspectos personales, como la maternidad, la continuidad de sus estudios secundarios, el tratamiento psiquiátrico, entre otros. En su relato actual se evidencia la necesidad de un otro permanente que la asista, sostenga y contenga para brindarle seguridad. En propias palabras de Patricia, hace referencia al hospital como *es mejor que mi casa*.

En otro sentido Clara lo menciona como un lugar más propio, refiriéndose al mismo como *este lugar es mi casa*. Se observa en ella una apropiación del lugar, el cual adecúa a sus gustos porque *es su casa*: ahí tiene sus plantas, cose, limpia y cuida a alguien como si fuera su hija (otra usuaria). Se observa una sustitución de las figuras significativas de su historia, nombrando a la institución, al personal que allí trabaja y a sus compañeras de sala como su verdadera familia.

En los relatos de Ana y Lucía se podría expresar que significan al hospital como un lugar donde están porque no hay otra posibilidad de elección. En la situación de Ana, se observa cierto deseo de poder estar en otro lugar (tal vez su casa o una residencia de mujeres) en reiteradas oportunidades lo expresa diciendo: “Me fugué y me volvían a traer”, “me traía mi suegra, mi marido o la policía” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023). Observándose una marcada resistencia a la internación: *es como mi casa, pero no lo es.*

En cambio, las expresiones de Lucía, ubican al hospital como el lugar donde tiene las necesidades básicas garantizadas. Lo nombra como “el lugar que me alojó cuando todos me abandonaron” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023).

La diferencia de posición subjetiva entre Patricia que ve al hospital como lugar de asistencia, y a ella misma como objeto asistido; y Lucía para quién el hospital es lugar de necesidades básicas garantizadas y ella es sujeto de derecho actualiza la tensión entre a las nociones de ruptura (Goffman, 1972) y

la de flujo (Ferreira y Martínez Hernáez, 2003), que la interpela; la primera, *ruptura* asume que todos los sujetos con internación prolongada sufren el antes y el después de igual manera, como si no tuvieran pasado ni posición subjetiva singular previa, en tanto que la segunda, *flujo* permite pensar a los sujetos desde su singular constitución psíquica que se refleja en la posición frente al *otro.*

En relación a la percepción del tiempo desde la experiencia de la internación surgieron los siguientes decires:

Lucía comentó durante la entrevista: “No he salido del hospital desde el año 2008/2009” y añadió: “No me relaciono con nadie por fuera del hospital…hace más de 15 años que no salgo de acá” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023). Por su parte, Clara expresó: “Hace muchos años que estoy internada acá…ya ni me acuerdo cuantos” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023). Durante las entrevistas realizadas, Ana compartió su experiencia sobre la internación. Según relató: “Después que tuve a mi segunda hija, ya nada fue igual. Quedé internada y no me fui más a mi casa” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023). Más adelante, agrega: “Hace más de 4 años o 5 que estoy acá internada, no me acuerdo bien, ya perdí la cuenta” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023).

En reiteradas oportunidades, la actualización del pasado y sus huellas aparecen en el presente. Sin embargo, los relatos de las usuarias acerca de su presente son muy breves. Rápidamente se remontan al pasado y a los recuerdos de su vida antes de la internación.

Goffman (1972), ofrece una descripción sociológica en relación al tiempo en las instituciones totales y la metamorfosis que sufre la estructura del yo en los internos de los hospitales psiquiátricos. Según el autor, se puede plantear que el hospital posee reglas que estructuran y controlan las interacciones personales, eso da inicio al desarrollo de un proceso de *despersonalización* que se produce a partir del momento mismo en que el interno es admitido. El tiempo es una pieza clave en este proceso y con ello la importancia de describir como el interno lo va percibiendo a medida que dicho proceso avanza y se profundiza.

La autora Mattié (1996) realiza un análisis de este proceso de despersonalización y lo divide en tres etapas: “La interrupción del pasado. El

aislamiento. Sustitución del contenido habitual del tiempo", "Imposición del presente. La rutina. La muerte del tiempo" e "Incertidumbre por el futuro. Intensificación del sentido del tiempo"

En la primera etapa señala que el objetivo de la institución total es lograr que el interno rompa con su pasado, para mantener así la indispensable homogeneidad en el grupo. Esta ruptura se inicia en el mismo momento en el cual el individuo es admitido como interno en la institución. En la presente investigación, las mujeres entrevistadas relatan la ruptura con sus relaciones sociales directas: la familia, los/as amigos/as o compañeros/as de trabajo. Los lazos con el pasado se interrumpen y son sustituidos por los nuevos vínculos: compañeras de sala, profesionales, personal de la institución. En este sentido, Mattié (1996) señala:

> El tiempo ha comenzado el proceso de totalización y el individuo empieza a sentir que sus horas y sus días no valen nada; aparece la sensación de que el tiempo que empleaba antes, en el mundo civil, para instruirse, distraerse, mejorar su posición en el trabajo o conseguir afecto, está siendo sustituido por un tiempo vacío de contenido útil. (p. 277)

En relación a la segunda etapa la autora describe las consecuencias de la permanencia en una institución total y menciona que el proceso de metamorfosis del yo se ha intensificado al profundizar ahora la pérdida de la autonomía sobre sus actos. Tanto en los decires como en las conductas de las entrevistadas, se puede observar este movimiento y las consecuencias que se producen en el yo en internaciones prolongadas.

"Está todo bien como está…una se adapta a las cosas como ya están establecidas. Los pacientes no podemos hacer cosas que no nos corresponden". (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023); "Antes cuando era más joven participaba de talleres" (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023); "Bien, más o menos, antes era mejor mi vida en el hospital" (Patricia,

comunicación personal, diciembre de 2023). En este sentido, la autora menciona que:

> A la coacción sobre actividades vitales como dormir o comer, se une ahora la que se impone a estas otras, que no por secundarias dejan de tener relevancia en cuanto a las necesidades de una persona. La rutina y la coacción se extienden, entonces, a todos los aspectos de la vida del interno, y este empieza a sentir que está matando, literalmente su tiempo. (Mattié, 1996, pp. 277-278)

Por último, en la tercera etapa, la autora hace referencia a que el tiempo en una institución total representa sustitución, esterilidad e intensidad. Hay ruptura con el pasado, agobio del presente e incertidumbre por el futuro, dado que el individuo al abandonar la institución e incorporarse a la sociedad civil, ha sufrido un proceso de transformación en su estructura del yo y deberá comenzar un nuevo proceso de adaptación. Este proceso nuevo incluye la necesidad de "recuperar" el tiempo perdido, devolverle su contenido útil y rescatar, por así decirlo, su economía de acción.

En relación a este último punto las mujeres entrevistadas expresan incertidumbre sobre el futuro y algunas de ellas anhelan una vida fuera del hospital. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esta posibilidad se presenta como algo difícil de alcanzar.

5.1.1.2 Dimensiones

- *Ruptura-Flujo*: Emergió como dimensión de análisis de los significados que las usuarias entrevistadas daban al hospital. Esta dimensión permite identificar en los relatos la tensión entre *ruptura*, término utilizado por Goffman (1972) para explicar los efectos de la institución total sobre los sujetos, como un corte entre *afuera y adentro*, que atraviesa por igual a todos los internados, y el concepto de *flujo* (Ferreira y Martínez Hernáez, 2003) el cual señala que entre el

cuerpo del interno y la institución no se establece una separación abrupta o una fragmentación sin continuidad, sino un flujo. Sus principales subdimensiones son: *lugar* y *tiempo*. Las mismas se describen a continuación.

-*Lugar:* Algunas usuarias significan al hospital como *lugar de asistencia,* y a ellas como objeto de la misma, es el lugar dónde está garantizada la satisfacción de las necesidades vitales; para otras en cambio es el lugar que habitan por la *ausencia de otras opciones,* como consecuencia del abandono familiar y/o del estigma de loca, factores que obstaculizan el acceso a una vivienda personal, estas usuarias se posicionan no ya como objeto de asistencia, sino como sujeto de derechos vulnerados; por último hay usuarias que asocian a la institución con un *espacio que aloja y contiene,* como un lugar que les da lo que la propia familia les negó.

Modalidades de lugar: a) de asistencia, b) de ausencia de opciones, c) de contención.

-*Tiempo:* Respecto de la significación otorgada al tiempo de vida transcurrido, en relación al pasado el registro es selectivo; ya que, por una parte, las usuarias manifiestan no recordar y por otra, simultáneamente emergen recuerdos sobre hitos vitales, mencionan el nacimiento de los hijos, la muerte de familiares, la muerte de compañeras, episodios que terminaron en internación o algún festejo especial de cumpleaños. Es decir, estos episodios que se caracterizan por estar cargados de afectividad, pueden ser recordados por ellas. Este resultado discute, por una parte, la carencia de recuerdos como efecto ineludible de la cronificación, ya que algunos recuerdos con un impacto especial en las usuarias persisten; y por otra, que todos los sujetos sucumban a los efectos de la cronificación del mismo modo, considerando que algunas respuestas evidencian modos de *resistencia*. En relación a la significación otorgada al *presente* algunos relatos ubican temporalmente procesos personales de *apropiación del espacio*, en el marco de la aceptación de las condiciones de vida en internación. En tanto otros, ponen en evidencia la *adaptación* como única respuesta posible a la falta de opciones para garantizar la supervivencia; en estos casos no hay aceptación,

sino el reconocimiento de necesidades vitales que hay que satisfacer. Modalidades de tiempo: a) pasado, b) presente, c) futuro[5].

5.1.2-Eje N°2- Ecos de la vida cotidiana

(Objetivo Específico N°1. Preguntas N°: 1, 2 y 3) F.S

La vida de estas mujeres transcurre dentro del hospital, lugar definido por Goffman (1972) como institución total, ya que nombra a la misma como lugar de residencia y de trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un considerable período de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. La institución total presenta un carácter binario por el hecho de enfrentar internos y personal.

La institución total es una organización, que de alguna manera está separada del resto de la sociedad. Las personas dentro de dicho lugar suelen estar controladas por alguna autoridad y no tienen mucha independencia. En las entrevistas con las usuarias se identifican las vivencias asociadas a la rutina, la repetición y el control; y el significado que le otorgan a las mismas. Es decir, el hospital es una pequeña sociedad aislada donde comparten en su encierro una rutina diaria, reglas, horarios y momento; no obstante, la significación de la experiencia presenta matices: “Mi vida en el hospital es muy rutinaria, no hay mucho para hacer, todos los días son iguales” (Lucia, comunicación personal, diciembre 2023); “Si, en el hospital hay para hacer actividades y cada una tiene su horario” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023).

Ambas viñetas corresponden a la misma usuaria, en la primera respuesta la rutina está asociada a la monotonía y ésta al desinterés *no hay mucho para hacer*. En tanto que ofrece una segunda respuesta más bien informativa y desafectivizada. El desinterés o la falta de motivación *todos los días son iguales* en este caso puede interpretarse como una posición de resistencia frente a la imposición y control institucional (ver eje 3). “Tenemos horarios para comer, bañarnos, dormir y tomar la medicación” (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023).

[5] Ver Eje N°6

A partir de la categoría de institución total, Goffman caracterizó al hospital psiquiátrico como un establecimiento en el que todas las actividades de la vida se encuentran programadas, normatizadas y se ejercen en un mismo lugar, bajo una única autoridad y en compañía de muchos otros. Ellas comentan: “Voy a misa a veces los miércoles a la tarde y de mañana hago gimnasia” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023); “Acá los martes hacemos gimnasia… y los miércoles a la mañana se hace el Grupo de Mujeres” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023); “El equipo tratante me dice lo que tengo que tomar, la medicación y los controles que tengo que hacerme” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023).

En los relatos de las entrevistadas se puede observar que a partir del encierro producido por la internación se debilitan los lazos con el exterior afectando la continuidad de los vínculos afectivos previos. Por otra parte, la institución a través de la imposición y uniformidad de su normativa, fuerza el abandono de hábitos y costumbres sociales y personales adquiridas en las diferentes etapas de la vida. Esto genera una metamorfosis en la estructura del yo (Goffman, 1972), por ejemplo, las usuarias no tienen sus prendas o ropa de vestir de manera personal, sino que comparten una ropería, pierden sus pertenencias, su trabajo, las relaciones sociales, los intereses culturales, entre otras alteraciones de la vida cotidiana.

Goffman, en su obra *Internados* (1972), subraya que son instituciones totalizadoras porque simbolizan los obstáculos que se oponen a la interacción social y remarca que el hecho clave en estas instituciones es el manejo de las necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos indivisibles con consecuencias, en la mayoría de los casos, irreparables.

En el análisis de los dichos de las entrevistadas se evidencian dificultades o franca pérdida de habilidades para el desarrollo de la vida cotidiana, asociada por Goffman (1972) a los efectos de la cronificación. Entre estas, la pérdida de autonomía (ver eje 3), escasa vinculación con otros, limitaciones físicas y desinterés por actividades que requieran salir de la institución. En esta tesis el desinterés de las usuarias por actividades intrahospitalarias pautadas, según la

significación otorgada por las mismas, en algunos casos se encontró asociado a una modalidad de resistencia subjetiva; es decir la negativa a participar en actividades monótonas. En cuanto a las relaciones con el exterior del espacio hospitalario, estas se encuentran afectadas como consecuencia del largo periodo de internación, algunas usuarias relacionan las vivencias con sentimientos de miedo, añoranza y nostalgia. Por otro lado, es significativo el acatamiento en lo que respecta a horarios, indicaciones y rutinas marcadas por la organización hospitalaria como algo ampliamente instalado en la vida de algunas de estas mujeres. En relación al tiempo libre las usuarias tienden a optar por la realización de actividades que no involucran desplazamiento, entre ellas: mirar T.V, escuchar música y participar de talleres dentro de la sala, sin salir de estos espacios cotidianos rutinarios. A excepción de algunas salidas que realizan con sus acompañantes terapéuticas por fuera de la institución.

5.1.2.3 Dimensiones

- *Rutina*. Las mujeres entrevistadas significaron la rutina institucional, como el régimen que rige la vida cotidiana en el hospital. Hicieron referencia a la *repetición* de actividades, el *control* del personal y la *regulación* de las mismas. Como consecuencia de esto, algunas reaccionaron con *pasividad*, una respuesta que en este estudio se identifica con la posición de acatamiento, otras con *desinterés,* el que en algunas se manifiesta como efecto de la cronificación y en otras como resistencia; por último, algunas significan la rutina como *monotonía "*todos los días son iguales".

Subdimensiones: a) repetición, b) control, c) regulación, d) pasividad, e) desinterés, f) monotonía.

5.1.3 Eje N°3- Lo artesanal de la autonomía diaria

(Objetivo Específico N°2. Preguntas N°: 2,3,6) F.S

En cuanto a acciones que reflejan el nivel de autonomía de las usuarias en las actividades que realizan diariamente, se puede mencionar a partir de algunas observaciones y por las entrevistas realizadas, que en la institución prevalecen rutinas preestablecidas, escasas salidas al exterior, horarios

estipulados para la alimentación e higiene, asistencia para el cuidado *personal*, control y ayuda en la administración del dinero; lo que no siempre estimula lo suficiente el desarrollo de capacidades para la autovalía.

Piera Aulagnier (1993) destaca la idea de autonomía como una condición no presente desde el inicio de la vida, sino que supone trabajo psíquico y un singular recorrido atravesado por el marco de facilitación/sofocación que aporta el otro, en vinculación con los tiempos de organización de la psique. Los dichos de las entrevistadas reflejan que las prácticas instituidas en el hospital cercenaron su autonomía. Esto confirma hallazgos de estudios anteriores respecto de las consecuencias que la internación psiquiátrica produce en el cotidiano devenir de los sujetos cuando este es regulado, procurado y administrado por otro. El circuito diario está bajo la regulación institucional, esto arrasa con la autonomía y con el sujeto en sí mismo.

La organización hospitalaria impone una dinámica institucional rígida e impersonal: el mismo menú para todas, a la misma hora, preparado por otros, despertar y acostarse en horarios predeterminados, horarios para bañarse, horarios para tomar la medicación; entre otras actividades reguladas de igual modo. La administración y regulación del tiempo propio de quien transita una internación prolongada, incide directamente sobre el anhelo y las posibilidades del ejercicio de su autonomía. Las entrevistadas relatan: “Yo hago lo que me dice S [enfermera], siempre nos dicen lo que tenemos que hacer” (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023); “No sé qué cobro, pero cuando voy a pedir plata allá adelante [la Administración] casi nunca tengo. Me dicen: ‘Vení otro día’..., a esa plata me la manejan R y S” [nombra a dos enfermeras del hospital] (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023); “Hago cosas en la sala, me baño, desayuno, nos dan la colación a media mañana, voy al kiosco a comprar cigarrillos u otras cosas con la plata que nos da el cura, almorzamos” (Lucía, comunicación personal, diciembre de 2023) Podemos visualizar que, en muchos casos, desde la institución se da una respuesta generalizada y homogeneizante a situaciones diversas y singulares, en este estudio un tratamiento especial corresponde al análisis de la administración del dinero propio. La institución responde de manera general, en ocasiones con evasivas o dilación sin atender, algunas veces, a las necesidades que intentan o pueden expresar cada una de las mujeres. En su mayoría las entrevistadas se

encuentran sujetas a la restricción a la capacidad, se trata de una medida jurídica que impide que las mismas administren libremente sus bienes e ingresos, cabe señalar que las usuarias entrevistadas reciben la Pensión Nacional no Contributiva. Así el uso del dinero propio es administrado por personal institucional habilitado por el juez dentro de lo que se denomina Sistema de Apoyo.

Los profesionales del equipo tratante también están autorizados a retirar dinero, a comprar insumos personales, medicación y a realizar pagos en nombre de las internas. Cabe aclarar que la restricción a la capacidad, si bien de acuerdo a la Reforma del Código Civil del año 2015 está sujeta a revisión, en los hechos se producen irregularidades respecto al cumplimiento en tiempo y forma de tal instancia. En las mujeres entrevistadas las revisiones no se realizaron en los plazos previstos de tres años (en dos de ellas la revisión se hizo a nueve años de su dictamen y en una cinco años después), produciendo una suerte de arrebato a la autonomía económica de las mismas lo cual hace que la medida sea prácticamente irreversible. Cabe señalar también la existencia de intervenciones institucionales que procuran desandar la inercia manicomial, desde una perspectiva de derechos, promoviendo prácticas subjetivantes.

> El derecho a la salud mental de quienes han atravesado internaciones psiquiátricas, no consiste únicamente en la posibilidad de acceso a algunas prácticas de atención/cuidado, sino que debería constituirse como un proceso de subjetivación que deconstruya la objetivación resultante del paso por los dispositivos manicomiales. En este sentido, no puede pensarse el derecho a la salud mental sin la posibilidad de hablar en nombre propio. (Michalewicz et al., 2011, p. 4)

Al respecto, las mujeres entrevistadas comentan: “Recuerdo los festejos de mis cumpleaños (en la institución), regalitos, torta, globos, comidas… poder elegir lo que quiero para mi cumpleaños me pone contenta y preparar la

decoración también” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023); “Hoy tuvimos ejercicios, todos los martes nos da ejercicios una señora que es profe de educación física, jugamos con pelotas de vóley y básquet” (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023); “Voy al super con mi acompañante, al centro...me compre una remera el otro día y unas zapatillas, pero no me gustan porque tienen cordones” (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023); “Acá los martes hacemos gimnasia, me gusta el básquet, hacemos juegos con pelotitas y aros, jugamos al básquet y movemos los brazos de un lado para el otro, ponemos una pelota en el piso y la movemos así con el pie (hace el movimiento). Me gusta cantar también y ver videos de música. Y los miércoles a la mañana se hace el Grupo de Mujeres, nos reunimos a hacer cosas, compartimos algo para comer y charlamos entre todas” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023).

En estos relatos pueden observarse sus deseos, sus intereses, la importancia adjudicada a la posibilidad de elegir, y poder hacer con otros; se trata de acciones promovidas por alternativas institucionales que surgieron a partir de las prácticas sustitutivas. Respecto de esto, el análisis documental de las historias clínicas de las entrevistadas, aportó elementos para analizar los registros a lo largo del tiempo. En las historias clínicas anteriores a la década de los 90, los registros eran escuetos, apenas una línea de desarrollo de las intervenciones médico-psiquiátricas y sin mayores detalles. Se puede deducir que la atención era principalmente médica, donde primaban indicaciones de esquemas farmacológicos, con evoluciones muy distantes; en ocasiones la frecuencia de las intervenciones era de quince días o más. Se observaron escasos registros o intervenciones de otros profesionales que pudieran dar cuenta de alguna importancia otorgada a los aspectos subjetivos de las usuarias en aquél entonces. Tomando a Menéndez (2005) el modelo biomédico, conceptualizado como Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. A partir de estos rasgos, la biomedicina pondera casi exclusivamente indicadores biológicos, al tiempo que niega o secundariza el papel de los sujetos y sus condiciones sociales en el proceso de

salud/enfermedad/atención/cuidados; consecuentemente, despliega una práctica centrada primordialmente en la enfermedad.

Aparecen los años 90 como la década donde comienzan a visualizarse otras disciplinas interviniendo en los procesos de salud enfermedad. Por primera vez aparecen en las historias clínicas analizadas en esta tesis, las palabras “taller”, “fonoaudiología”, “psicopedagogía”, “terapia ocupacional”. La complejidad de lo social comienza a pensarse como parte de la salud mental dentro del ámbito manicomial.

A raíz de lo planteado, la complejidad que presenta el trabajo en salud en la actualidad nos enfrenta a la incompletud de los saberes disciplinares para abordar al sujeto. Por eso, es importante posibilitar un encuentro con otros que aporten prácticas y saberes desde otras disciplinas. Concretar estrategias colectivas, construir discursos alternativos con el fin de lograr la atención integral del sujeto. Trabajar como operadores de esos procesos, hacerlo interdisciplinariamente e inclusive incorporando saberes no disciplinares se impone como una de las estrategias actuales en el campo de la salud mental.

El propósito de las prácticas alternativas y sustitutivas al manicomio es la creación de espacios de producción de nuevas racionalidades en el abordaje del sufrimiento psíquico que conlleva a la institucionalización de experiencias nuevas en el campo de la salud mental. Al respecto Ardila Gómez y Galende (2011) señalan:

> Las prácticas en salud mental desarrolladas en la comunidad constituyen un giro en la atención que involucra tres dimensiones. Una de ellas se relaciona con la implementación de servicios próximos a la comunidad, en desmedro de la hospitalización psiquiátrica; otra atañe a la práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional, transformada en una que involucra al sujeto en toda su dimensión y complejidad, con respeto de sus derechos; y la última se vincula a la construcción de un sujeto

activo, partícipe y protagonista de su tratamiento. (Ardila Gómez y Galende, p. 47).

En esta tesis, en la voz de las usuarias, se puso de manifiesto la coexistencia aun de las lógicas manicomiales y de prácticas sustitutivas, particularmente en lo que atañe a la autonomía económica. Retomando las tres dimensiones mencionadas por Ardila Gómez y Galende (2011), la medida de restricción a la capacidad dictada por única vez y con irregularidades en su revisión, cercena los derechos (2da. dimensión) de las internadas y atenta con la construcción de un sujeto activo (3era. dimensión). Esto será retomado en el apartado Conclusiones.

Lucía se resiste al lugar de "la loca", sostiene una postura ética a partir de injusticias y acciones que sufrió, las cuales tuvieron como desenlace la internación. En sus relatos, refiere: *ensuciaron mi nombre.* En relación a experiencias vividas por Lucía podemos mencionar que la incapacitaron jurídicamente esto le impidió seguir trabajando, la desalojaron de pensiones, la familia la abandonó y la desheredó. Se observa que Lucía puede reconocer lo que considera justo e injusto: "Me incapacitaron"; "No me ayudaron"; "Lo que cobro es plata sucia" (H.C 16.666).

5.1.3.4 Dimensiones

- *Autonomía*. El análisis de los significados que las usuarias le dan a sus vivencias de internación tornó evidente la incidencia de la institución, a través de sus diferentes instancias de regulación, en el pleno ejercicio de la autonomía en general, lo que se manifiesta en la regulación de la vida diaria: aseo, descanso, administración del tiempo libre, libertad de desplazamiento, y de la *autonomía económica* en particular. Este último aspecto será objeto de análisis por los efectos que esa restricción tiene en la vida de las usuarias. Las limitaciones a las que están sujetas en este sentido, no se justifican en su totalidad por dificultades propias de su patología para administrar el dinero personal. La autonomía económica, para la mayoría de las usuarias

entrevistadas está vedada de hecho ya que no se respetan los tiempos previstos por la ley para la revisión de la medida de restricción a la capacidad, prevista cada tres años. Esto significa el cercenamiento de un derecho fundamental a administrar los recursos materiales propios, el cual se sostiene, independientemente de la evolución del tratamiento. Al igual que lo señalado en el eje 1, aquí también se advierte la presencia de dos posicionamientos en las usuarias respecto de la autonomía para la administración del dinero. El primero es una posición de acatamiento “me hacen”, “me dan”, “me compran”; el segundo es una posición de “resistencia”, expresada con mucha claridad por la usuaria que exige “que limpien mi nombre”, se refiere al estigma de “loca” que pesa sobre ella. Así puede explicarse su rechazo a recibir el dinero que el Estado dispone para su sostenimiento durante la internación al que llama “dinero sucio”, ya que se le otorga por estar loca.

5.1.4 Eje N°4- La dinámica de los vínculos. Reflexiones sobre lo familiar, social y laboral

(Objetivo Específico N°3. Preguntas N°: 4, 5, 11, 12) F.S /M.C.C

En cuanto a las relaciones o vínculos, se consideró interesante esta dimensión de estudio, debido a que la segregación propia de la manicomialización vulnera estructuralmente derechos vinculados a la intimidad, la privacidad, las relaciones vinculares y los derechos sexuales y reproductivos. Por lo tanto, se indagó sobre relaciones familiares, lazos sociales y experiencias laborales, específicamente desde el significado que las usuarias participantes de este estudio le atribuyen.

La familia primaria, sea biológica o social, representa para las personas la primera instancia de socialización. La prematurez de los humanos al nacer necesita del acogimiento amoroso y material de sus adultos cuidadores, figura que estuvo centrada en la madre hasta muy recientemente. Se espera que la familia desempeñe diferentes funciones para el sostenimiento de sus integrantes, entre ellas, que brinde asistencia económica, afectiva, moral y ante problemas de salud, contención y cuidados.

La familia es generadora de lazos afectivos y es una parte esencial en el desarrollo cognitivo, emocional y psicológico de sus integrantes, pero es necesario tener presente que existen problemáticas, entre ellas las de salud mental, que muchas veces afectan la dinámica familiar, como indica el autor Edinberg (1987), cuando señala que existen barreras que complican la vida diaria de las familias, debido a la estigmatización y las nociones preconcebidas relacionadas con la discapacidad psíquica o intelectual. Estas limitaciones en el entorno social obstaculizan o restringen su participación e integración plena y efectiva en la sociedad, impidiendo que puedan disfrutar en igualdad de condiciones.

La familia es primordial en la vida y desarrollo de las personas, es la institución natural capaz de velar, cuidar, amparar, proteger y apoyar a sus miembros y con mayor necesidad cuando uno de ellos presenta alguna complejidad o desequilibrio en su condición física o mental, siendo su presencia elemental en el tratamiento y rehabilitación. En los relatos de las usuarias se observa la importancia de la familia y se ve reflejado como aún hoy, después de que por muchos años algunas de ellas no hayan mantenido contacto con sus familiares, manifiestan sufrir en el presente esa carencia que significan como “abandono” y “olvido” y lo asocian con la internación prolongada.

En este trabajo de investigación vemos que la mayoría de las mujeres entrevistadas no tiene un entorno familiar continente ni presente. Las mismas expresaron que su relación con la familia era irregular o ausente.

A partir de lo expresado podrían mencionarse dos tipos de abandono (Sepúlveda Medel, 2022) en primer lugar, parcial: cuando la familia del paciente se niega a llevar nuevamente a su hogar al individuo, ya sea por temor o porque carece de recursos para manejarlo, pero continúa en contacto con el individuo. Y, en segundo lugar, total: donde familiares y allegados pierden todo tipo de vínculo y contacto con el paciente.

En relación a esto, solo una de ellas recibe la visita de sus hijas y en algunas oportunidades la reciben en su casa junto con su acompañante terapéutica; y otra recibe visitas de un familiar (prima). Se observa el abandono familiar como una de las principales causas que hacen que estas internaciones

sean consignadas en el hospital como “casos sociales”, ya que aun las que se encuentran en condiciones de alta de la internación, si no tienen lugar a donde ir esta no puede efectivizarse; lo que impide la externación. Al no contar con una red de apoyo y contención se hace difícil la posibilidad de pensar una vida en otro lugar, sumado a esto la escasez de recursos económicos.

En lo que se refiere a este aspecto de sus vidas, las mujeres entrevistadas relatan: “Tuve marido en Crespo, me casé y tuve tres hijos…antes alguno venía a verme, pero ahora no viene nadie. Se han olvidado de mí, que se yo…mi marido creo que falleció en el San Martín” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023); “Tomo mates, duermo la siesta a veces…vienen mis hijas a veces y me llevan o me vienen a ver acá y tomamos mates” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023); “Yo no tengo a nadie, no recibo visitas ni viene a verme nadie” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023); “Pasear a la casa de mi familia o que vengan ellos a visitarme, a ver si aflojan y vienen” (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023); “Mi familia no me ayudó y se borró, nunca más supe de ellos me abandonaron en este lugar y no quiero saber nunca más en mi vida de ellos. No son personas de mi agrado” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023); “Es el lugar donde vivo, el lugar que me alojó cuando todos me abandonaron. Somos muy unidas acá y nos ayudamos entre todas. Tengo un techo, comida, cama y perros que me quieren, cosa que ni mi propia familia demostró jamás” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023).

En una situación en particular, se puede observar como la usuaria sustituye vínculos o lazos afectivos primarios, recreando con compañeras y agentes de la institución un entorno familiar.

Según registros en la Historia Clínica de Clara se puede leer: Paciente ubicada espacialmente, con desorientación temporal. Discurso fluido. Se observa confusión de edades. Refiere haber nacido en 1983 y tener 68 años. Haber trabajado en Concepción del Uruguay como empleada doméstica y luego “se casó con un enfermero de acá; C. L”, la paciente dice haber tenido una hija llamada R. L, con este enfermero (H.C N°12.532, octubre 1999).

“Yo siento un cariño especial por la G [usuaria de sala], hace muchos años. Ella está conmigo siempre y yo la cuido, la quiero mucho. A veces la reto cuando no hace caso” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023); “Yo estuve hablando con una enfermera que se llamaba V y tiene una hija…yo le dije que, si no es vieja y renga, y si no anda en sillas de ruedas como G [usuaria de sala] yo tenía ganas de cuidarla como si fuera mi hija” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023).

Entre las mujeres se observan historias de soledad, maltrato, abandono, pedidos de insania (actualmente restricción a la capacidad) por parte de sus familiares, pérdidas de herencias y bienes familiares por sus cuadros psicopatológicos, perdiendo todo tipo de vínculo familiar. A raíz de lo planteado, entender el porqué del abandono, es complejo y diverso, pueden existir múltiples factores, económicos, sociales y subjetivos; algunas usuarias como Lucía pueden identificarlo y rechazarlo; aunque en otros casos no les sea posible, es una carencia que se registra y genera emociones en las usuarias.

En cuanto a los vínculos sociales externos, todas expresaron no tener relación por fuera del hospital con amigos o parejas. Un aspecto relevante es el desinterés que manifiestan respecto de su inserción en ámbitos extrahospitalarios, como espacios de trabajo, de recreación o de estudio. Ninguna de las mujeres al momento actual desarrolla una actividad principal propia a su edad que le sirviera de apoyo o soporte para ser reconocida socialmente por ella.

. Por otra parte, el eje de las relaciones laborales apuntó a conocer qué lugar ocupa el trabajo en sus vidas, si trabajan o han trabajado en algún momento, o si les gustaría trabajar. El trabajo es un derecho y un recurso para una efectiva inclusión y representa un valor terapéutico, tanto por el sustento económico que proporciona, como por la dignificación y la posibilidad de intercambio social que se realiza con otros a partir de la producción de un bien o de un servicio.

Se observa durante los años de internación una marcada inactividad y baja participación en actividades que supongan la percepción de ingresos

económicos, participando algunas de ellas en programas de empleos los cuales no pudieron sostener.

Con respecto a experiencias laborales previas a la internación definitiva, se pueden mencionar trabajos sostenidos como, por ejemplo: empleada administrativa, empleada doméstica, venta ambulante y cuidados de otros.

En sus relatos mencionan: “Antes de estar internada cuando era jovencita trabajaba, limpiaba casas, planchaba y cocinaba para vecinos del barrio. Después no trabajé más…ya no pude porque empecé a descomponerme y andar mal” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023); **“**Mientras estuve internada, trabajé limpiando un centro de salud y cobraba un plan, pero después dejé...no quise ir más, hace muchos años atrás. Me daba miedo salir y andar en colectivo” (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023); “Mucho más antes trabajaba acá afuera, barría y limpiaba. No me pagaban nada, pero me regalaban cosas. Allá en Crespo nunca trabajé. Trabajaba mi marido y yo me quedaba en casa con los chicos” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023); “Tiempo antes de estar internada, trabajaba en una entidad perteneciente a la provincia. Pero no quiero recordar eso, me hace muy mal, es tiempo pasado del que no quiero hablar” (Lucía, comunicación personal, diciembre de 2023).

En las internaciones prolongadas se ven los efectos de la ruptura prácticamente total con escenarios de la vida cotidiana del afuera, la ausencia del desempeño de roles en el ámbito exterior, de ocupaciones y actividades para sostener la vida y enlazarse a una trama sociocomunitaria de intercambios sociales; produce modificaciones profundas en la subjetividad.

En relación a los afectos se puede observar que la usuaria que recibe visitas familiares (Ana) ha podido preservar esos lazos afectivos, los que incluye en su relato como figuras importantes en la actualidad (hijas, nietos); en tanto que las demás usuarias, sin contactos familiares, también pueden reconocer y acordarse de personas que fueron significativas para ellas y aún lo siguen siendo en la rememoración. Un lugar especial para todas ellas lo ocupan las compañeras internadas fallecidas, que aparecen en sus relatos cargados de afecto (ver eje 5.2.2). En las entrevistadas, la irregularidad o ausencia de vínculo con sus familias, y la ausencia de relaciones extra institucionales posiciona a la

institución como el principal espacio de contención y “sustitución” de estos afectos.

5.1.4.5 Dimensiones

- *Vínculos familiares, sociales y laborales.* Este estudio buscó conocer la dinámica de los vínculos en estos ámbitos y no se abocó a analizar específicamente las trayectorias de las usuarias en cada uno de ellos. La significación que las mujeres participantes de este estudio atribuyeron a sus vínculos en los tres ámbitos: familiar, social y laboral, fue relacionado por las mismas con el *abandono* y el *olvido*; particularmente de los familiares. En tanto que para los tres ámbitos se definió como *irregular* o *ausente.*

Subdimensiones: a) abandono, b) olvido, c) irregular, d) ausente

5.1.5 Eje N°5- Enlazadas. La importancia de los vínculos afectivos intrainstitucionales

(Objetivo específico N°4. Preguntas N°: 12, 13, 15) F.S

Respecto a las relaciones intrainstitucionales, a diferencia de las familiares y sociales externas, en las entrevistas las usuarias hicieron referencia a una mayor vinculación entre pares y en algunas ocasiones a vínculos estrechos con el personal, ya que luego de internaciones prolongadas, el hospital comienza a ser el único lugar en donde se desarrolla la relación social. La significación que las usuarias le dan a los lazos con sus compañeras, y el empeño en fortalecerlos y fortalecerse a través de los mismos, es un recurso subjetivante ante las consecuencias que tiene para las mismas la escasa apropiación de espacios y la precaria constitución de lazos sociales por fuera de la institución. Como consecuencia de transitar internaciones prolongadas y monótonas dentro de una única estructura (institución), en casos donde no hay visitas, sin contacto con el exterior, con sus allegados, en ausencia de interacción frecuente con otras personas que no sean internados o trabajadores, se producen modificaciones subjetivas profundas, el hundimiento del sujeto en el olvido y el aislamiento, con el concomitante sufrimiento subjetivo que esto conlleva; sin embargo en este

estudio a través de la voz de las mujeres se recupera el valor que ellas le dan a los lazos afectivos entre pares, lo que se puede inferir como un modo de resistir el borramiento de sí mismas como sujeto. Con respecto a esto, las mujeres mencionan: “No me relaciono con nadie por fuera del hospital” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023); “Mis únicos vínculos son mis compañeras de sala, nos ayudamos entre nosotras” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023); “No recibo visitas de nadie” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023).

En relación a los afectos actuales, se puede observar que las usuarias entrevistadas integran un grupo consolidado, las une un lazo contenedor, el cual se ha formado entre ellas; y también mantienen vínculos personales con los agentes institucionales. “Yo siento un cariño especial por la G [usuaria de sala], hace muchos años. Ella está conmigo siempre y yo la cuido, la quiero mucho. A veces la reto cuando no hace caso” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023); “Yo le hago mandados hasta el kiosco, me siento al lado de la cama de I [nombra a una usuaria de sala] y le cebo mates, busco agua caliente…” (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023).

Estas internaciones producen el arrasamiento subjetivo de quienes la transitan, como efecto de la institucionalización, la que conlleva pérdidas significativas de prácticas, hábitos, vínculos y costumbres cotidianas por fuera de la lógica manicomial. En este contexto los lazos intrainstitucionales funcionan como sostén afectivo, frente a las prácticas manicomiales cronificantes, que ignoran los derechos de los sujetos.

5.1.5.6 Dimensiones

- *Relaciones intrainstitucionales*. Las mujeres participantes de este estudio le otorgaron a las relaciones afectivas con sus compañeras - *relaciones horizontales* - un lugar especial a lo largo de los años de internación que comparten. En cuanto a los vínculos establecidos con los profesionales asistentes - *relaciones verticales* - se encuentran atravesados por características propias de la asimetría médico paciente, adoptando las usuarias una posición pasiva “me medican”, “me tienden”, se caracterizan por la dependencia y la infantilización.

Subdimensiones: a) relaciones horizontales, b) relaciones verticales

5.1.6 Eje N°6- Voces y deseos intra-extra muros

(Objetivo Específico N°5 Preguntas N°: 7, 16, 17, 18 y 19). F.S / M.C.C

El deseo, entendido desde una perspectiva psicoanalítica y filosófica, no se limita a la satisfacción de necesidades biológicas, sino que implica una fuerza constitutiva de la subjetividad. Para las mujeres internadas, el deseo a menudo se enfrenta a barreras simbólicas e institucionales que condicionan su emergencia y su posibilidad de articulación. Las preguntas formuladas en la entrevista se orientaron a indagar de qué manera la internación prolongada había incidido en los mismos. Se encontró que, los anhelos persisten, a veces como restos de una identidad previa a la internación o como construcciones que intentan dar sentido a la nueva realidad dentro de la institución hospitalaria.

En los relatos de las mujeres entrevistadas se reflejan deseos e intereses actuales en relación a proyectos y anhelos a futuro. La realización de algunos de ellos es pensada dentro de la institución y otros por fuera de la misma.

“Pensé alguna vez alquilar una casita, pero no tuve suerte. Yo miro en las calles cuando salimos con mi A. T carteles de casas que se alquilan, pero son casitas viejas” (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023); “A veces me dan ganas de escribir en una máquina de escribir. Cuando era joven estudié varias cosas entre ellas mecanografía. Pero acá no hay máquina de escribir…eso me gustaría” (Lucía, comunicación personal, diciembre 2023); “Me gustaría no estar tan encerrada... Moverme un poco más” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023); “Me gustaría ir a un hogar de mujeres, otro lugar donde se hagan cosas diferentes. Pero que sean todas mujeres de mi edad” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023); “Me gustaría ir al parque, al cine, al teatro… Cuando era chica me llevaba mi tía, pero murió. Me gusta ir a la peluquería también y me quiero comprar un celular para escuchar música y para sacar fotos, ya voy a averiguar cuanto sale uno usado” (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023).

Las voces de las usuarias nos permiten conocer lo que Silvia Bleichmar llama “producción de la subjetividad”, siendo este un proceso mediante el cual el

sujeto se constituye psíquicamente en la intersección entre lo singular del deseo inconsciente y las condiciones sociales, históricas y culturales que lo atraviesan. En este contexto hospitalario, se da en el cruce entre la experiencia individual y los discursos médicos, jurídicos y sociales que regulan la vida dentro de la institución (Ver el concepto “flujo” en el eje 1).

La salud mental es un campo complejo donde el deseo y los anhelos de las usuarias internadas se configuran en relación con el contexto institucional, las dinámicas de poder intramuros y las representaciones sociales sobre el padecimiento mental. La producción de la subjetividad en estos espacios se ve atravesada por múltiples factores, incluyendo la medicalización, las relaciones terapéuticas y la posibilidad de expresión de la propia historia dentro de un marco normativo que, en muchos casos, puede restringir o redefinir el deseo.

Es fundamental pensar en espacios de escucha y expresión que permitan a las mujeres internadas enunciar sus deseos y anhelos, ya que el reconocimiento subjetivo es un aspecto central en cualquier proceso terapéutico. La humanización de la atención en salud mental implica no solo el tratamiento de síntomas, sino también la posibilidad de que participen en la construcción de su propio relato, resignificando su padecimiento y su identidad más allá de la patología que las ha llevado a la internación prolongada.

5.1.6.7 Dimensiones

- *Anhelos actuales*. Las usuarias entrevistadas manifestaron anhelos actuales, algunas expresan en el mismo enunciado la imposibilidad de alcanzarlos: “Me gustaría estar menos encerrada” -*barrera institucional*-; “Pensé alguna vez alquilar una casita, pero no tuve suerte” -*barrera simbólica*-. La condición de loca, ha sido identificada por las usuarias como el principal obstáculo en sus vidas, para el pleno desarrollo de las mismas y el alcance de sus deseos.

Subdimensiones: a) barreras simbólicas, b) barreras institucionales

5.2 Categorías emergentes

En esta tesis se construyeron tres categorías emergentes: loca, pérdida y maternidad, considerando la recurrencia de temas que las usuarias abordaron en forma espontánea a lo largo de la entrevista a partir de las preguntas que les fueron formuladas. Las mismas se sistematizaron en el trabajo de recolección y análisis de los datos en un proceso espiralado y son transversales a los ejes propuestos. El estigma de la locura, el dolor por las pérdidas y el arrebato de la maternidad atravesaron todos los relatos, aunque no hubo ninguna pregunta explícita sobre esos aspectos de sus vidas. La recurrencia fue identificada con los dos métodos de análisis utilizados, el Método Comparativo Constante y el Método de Frases significativas.

En cuanto al tercer método aplicado, el análisis exhaustivo de las Historias Clínicas, permitió recuperar de los registros escritos por los profesionales asistentes, frases textuales entrecomilladas de las pacientes e información biográfica detallada sobre las mismas, relacionada con los temas recurrentes. Se trata de palabras y frases dónde el sentido se densifica, Badano y Díaz (2009) las denominan unidades de significación[6], y Glaser y Strauss (1967) códigos en vivo[7]. La triangulación metodológica permitió la sistematización y la validación de los hallazgos que se presentan en este apartado.

5.2.1 LOCA: "Necesito que limpien mi nombre"

En los relatos de las usuarias, hay continuas referencias a estar o no estar *loca* y a las consecuencias que tuvo en sus vidas esta denominación. Algunas la asumen y se identifican con la misma, en tanto que otras se resisten a portarla, en todas hay algún grado de registro del estigma social que *loca* significa. En referencia a este punto, Lucía expresa:

"Me echaban de las pensiones donde alquilaba por ser paciente del hospital…Necesito que limpien mi nombre y digan que no estoy loca" (H.C N°16.666).

[6] Ver Anexo N°2

[7] Ver Anexo N°3

Por otro lado, Clara refiere: “Antes yo andaba con muchas bolsas, las llevaba para todos lados y guardaba muchas cosas ahí. Habré andado media loca que hacía esas cosas (risas). Tenía comida podrida, ropa, papel higiénico, trapos. Ahora tengo todo ordenado en mi roperito y solo tengo una sola bolsa cuando salgo”. (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023).

El estigma social que pesa sobre la locura es una construcción colectiva que no determina lo que una persona es o puede hacer. Sin embargo, atributos asociados a esta, como la falta de entendimiento, “bruta”, inciden en la apreciación del sujeto sobre sí mismo en un sentido restrictivo e invalidante.

“[...] yo no sirvo para esas cosas, soy media bruta. A veces me cuesta entender lo que me dicen…me gustaría no estar tan encerrada” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023).

El padecimiento mental nos habla de un acontecimiento transitorio que afecta parcialmente su vida. El “rótulo”, en términos de diagnóstico psiquiátrico, imprime un “estigma social” (Goffman, 1989) que no se condice en términos de enfermedad, sino en un conjunto de valores negativos para el sujeto que lo acarrea. Desde esta perspectiva, es determinante la noción de “peligrosidad” en la construcción del imaginario social sobre la enfermedad mental. “No quería dar en adopción a mi hijo…pero me obligaron…” (Patricia, H.C N°18.225).

Remontándonos al pasado, durante siglos las enfermedades mentales fueron mal vistas, con ideas de encerrar y/o alejar a las personas que de algún modo significaban un problema para la sociedad, asociadas a la idea de: loco igual a peligrosidad.

Fueron objeto de las prácticas institucionales manicomiales aquellas personas que se consideraban “disfuncionales”, “peligrosos” que de alguna forma desafiaban las normas vigentes y por lo tanto el sistema social, es decir aquellos que se apartaran de la razón moderna. Al respecto, Galende plantea: “El manicomio es la estrategia social para hacer controlable, regulable, la locura o el desecho, el muro que restablece un exterior libre de ellos, limpio, razonable” (1997, como se citó en Gómez Parada, 2017, p. 7).

5.2.2 PÉRDIDA: "Cada vez somos menos"

Los fallecimientos de las usuarias internadas en la Sala A han sido registrados de manera significativa por las mujeres entrevistadas. La mayoría recordó a sus compañeras que ya no están, las cuales han fallecido por distintas causas, entre ellas se pueden mencionar enfermedades orgánicas y muerte súbita (por cuadro de broncoaspiración). La pérdida es un hito temporal, una marca, a partir de la cual estas mujeres resignifican el paso del tiempo dentro de la institución.

En los últimos años, desde el periodo 2019 a 2022 fallecieron tres usuarias (H.C archivadas del período) que compartieron muchos años de internación en la sala. Las cuales son recordadas por ellas, apareciendo un registro de esas pérdidas y manifestando emociones ante esto. Guedes da Silva Júnior et al. (2011), mencionan que la muerte significa, generalmente dolor y soledad para los que quedan. Por lo tanto, desde esta perspectiva, no es solo la destrucción de un estado físico y biológico que ella trae, sino también el fin de un ser en correlación con el otro.

La frase "Cada vez somos menos", puede considerarse un código vivo, que manifiesta el significado que las usuarias otorgan a las pérdidas, por una parte las referidas al fallecimiento de las compañeras (lo cual es explicitado por ellas en las viñetas que se exponen a continuación) y por otra, es una expresión que, podemos estimar, también da cuenta del registro que tienen sobre la disminución de la población internada por el proceso de externaciones que la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 promovió y de las cuales no fueron beneficiadas las entrevistadas, por no reunir los requisitos necesarios. En sus relatos pueden expresar: "Recuerdo a mis compañeras que ya no están, S. M, T, M ellas fallecieron…yo me acuerdo de todas ellas" (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023); "Recuerdo a las chicas que fallecieron, S. M, M, T, tengo lindos recuerdos de ellas… Me pone triste que ya no estén acá con nosotras… Cada vez somos menos" (Lucía, comunicación personal, diciembre de 2023); "[...] estamos bien porque somos poquitas somos siete u ocho, M, S. M y T murieron, ya no están con nosotras" (Patricia, comunicación personal, diciembre de 2023); "Paciente angustiada, ubicando como motivo los

fallecimientos recientes de sus compañeras de sala" (entrevista psicológica, Lucía, H.C N°16.666).

Entre las usuarias que allí viven se genera un vínculo cercano y relaciones afectivas, se interesan por el bienestar de todas, se brindan protección, ayuda y atención mutua, están atentas a las necesidades de cada una. Se sostienen como una "familia" (Ver eje N°5) donde todas se conocen y han compartido muchos años de vida juntas. Asumiendo cada una su rol, con características individuales en el funcionamiento de la dinámica de la sala. La ruptura de estos vínculos por el fallecimiento de sus compañeras produce un periodo de gran intensidad emocional al que se denomina duelo. Proceso psicológico tras una pérdida, una ausencia, una muerte o un abandono. Es diferente para cada persona y se puede manifestar de diferentes formas, con síntomas emocionales y físicos como miedo, culpa, tristeza, depresión, insomnio, entre otros.

No todas las usuarias manifiestan o experimentan el dolor con la misma intensidad ni lo sienten de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor o no notar su ausencia. Poder recordar y/o despedir a la compañera fallecida y expresar con palabras las emociones, ante alguien que escucha, se convierte en una tarea necesaria e importante para la elaboración de estos duelos en la sala.

5.2.3 MATERNIDAD: "Decían que no iba a poder"

En los relatos de las mujeres entrevistadas, la mayoría madres, se puede observar las consecuencias que ha tenido en sus vidas el arrebato del derecho a maternar por estar *locas*. Entre los significados que les otorgan a las vivencias de internación prolongada, se encontraron recurrencias en la asociación que las usuarias hacen entre locura y maternidad: "Después que tuve a mi segunda hija ya nada fue igual, quedé internada y no me fui más", "Me preocupa no estar cerca de mis hijas…", "Cuando estaba en la sala de arriba me daban ataques y me metía debajo de la cama, eran ataques de epilepsia, después que tuve al nene no me dieron más".

Cabe señalar la importancia que las mismas le adjudican a la maternidad en sus vidas, destacando las acciones de cuidado, acompañamiento y cariño asociadas al rol materno que no se les permitió ejercer por su condición de usuarias psiquiátricas. La maternidad ha sido objeto de estudio, a través del tiempo, de diversas disciplinas: la medicina, la sociología, la psicología, el psicoanálisis, entre otras. El modelo tradicional de feminidad, considera a la función materna como el núcleo de la existencia de las mujeres. El paradigma patriarcal define centralmente a la mujer por una de sus funciones –la maternal– y coloca a esta como la única garante de la identidad: «para ser mujer hay que ser madre». En la producción de subjetividades del género femenino, el deseo de maternar surge como aquel que legitima el ser mujer, y en muchas situaciones como el único legitimante.

Ubicándonos en el contexto epocal, particularmente las mujeres entrevistadas fueron madres en la década de los 80-90, donde el rol materno tenía una gran importancia en la sociedad, lo que pudo ser puesto en cuestión varias décadas después. Las mujeres eran consideradas como las principales cuidadoras y educadoras de los hijos, y se esperaba que dedicaran gran parte de su tiempo y energía a la crianza de los mismos, la gestión del hogar y la atención de las necesidades familiares.

Para muchas mujeres subjetivadas en ese paradigma, ser madre era una parte fundamental de su identidad y realización personal. La maternidad era vista como una forma de alcanzar la plenitud y la satisfacción en la vida. Se consideraba a las madres como las responsables principales de la transmisión de valores, normas y comportamientos a los hijos que les permitan integrarse a la sociedad; como así también eran vistas como las principales proveedoras de apoyo emocional en la familia, ofreciendo consuelo, amor y seguridad a sus hijos. En los dichos de las mujeres entrevistadas se conjuga el mandato social de maternar, su propio deseo y las consecuencias que el diagnóstico de esquizofrenia y las internaciones sucesivas hasta la cronificación, tuvo en cada una de ellas respecto de la imposibilidad de ejercer este rol:

> Me preocupa no estar cerca de mis hijas, ellas trabajan en un geriátrico y ahora limpian casas de familias. Me gustaría estar con ellas para ayudarlas con los chicos, aunque sea un tiempo me gustaría estar con ellas. Las extraño mucho. Siempre me acuerdo de ellas, las tengo presente siempre. (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023).

"Yo no quería darlo en adopción a mi hijo, no sé dónde estará…capaz falleció… No sé nada de él. Valentín se llamaba [...] decían que no iba a poder, 'esa criatura está enferma" (Patricia, H.C N°18.225).

> Yo estuve hablando con una enfermera que se llamaba V y tiene una hija…yo le dije que, si no es vieja y renga, y si no anda en sillas de ruedas como G [usuaria de sala] yo tenía ganas de cuidarla como si fuera mi hija. (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023).

En la H.C de Clara podemos leer, según registros de profesionales que intervinieron en sus primeras consultas: "Es traída por la policía, discusiones con la madre, solicita la tenencia de sus hijos que están en el Consejo del Menor (posiblemente en hogares sustitutos), manifiesta que se separó por altercados con su concubino (padre de sus tres hijos) y entregados por él al Consejo. Se le señala la imposibilidad de que por el momento se haga cargo de sus hijos, por la falta de medios, por su enfermedad y la ausencia de recursos por parte del padre de los niños" (H.C N°12.532, marzo 1984).

En esta situación se puede observar cómo Clara pierde contacto con sus tres hijos, el mayor (sin registro de edad), un varón de dos años y medio y una mujer de un año y medio; los cuales fueron entregados a una institución de menores en el año 1984, cuando Clara transitaba sus primeras internaciones en el hospital. Al respecto, Clara expresa: "Tuve marido en Crespo, me casé y tuve tres hijos… antes alguno venía a verme, pero ahora no viene nadie. Se han

olvidado de mí, que se yo… mi marido creo que falleció en el San Martín" (Clara, comunicación personal, diciembre de 2023).

Por otro lado, está la situación de Lucía, ella es la única mujer entrevistada que no tiene hijos y no hace ninguna referencia al maternar en sus respuestas a las preguntas realizadas. Sin embargo, en su H.C en el año 1997 datan registros de cierta preocupación por parte de Lucia en relación a la edad y el tema de tener hijos, expresando: "Se me van los años"; "Solo puedo pensar en conseguir un novio que me ayude en la vida y económicamente". (H.C N°16.666).

Se observa la proyección y el deseo de tener hijos con su pareja, según registros en su H.C se lee:" Puede proyectar tener hijos con su pareja, pero a la vez lo rechaza por bajo nivel cultural y por el trabajo de éste (mucamo)". Rompe el vínculo con su pareja en el año 1998.

Como ya se señaló, Lucía no tuvo hijos y durante la entrevista para esta tesis no hizo ninguna referencia en nombre propio a la maternidad. En tanto que, en cuanto a la relación con su madre, la H.C está plagada de registros que dan cuenta del conflicto con la misma. Hay innumerables referencias a la crueldad que sufrió, la hostilidad, el rechazo y el abandono materno.

En su Historia Clínica, el Dr. X plasma el siguiente registro: "Ya había realizado consultas psiquiátricas en otros efectores entre los años 1983-1984 obligada por su madre" (H.C N°16.666).

En lo que respecta a las internaciones de Lucía, tanto su madre como su hermano, pierden todo tipo de vínculo con ella desde el año 1995. Se puede conocer la relación que tenían por los registros de profesionales en la H.C anteriores a esa fecha.

"Sentimientos de pánico hacia su madre, mala relación familiar, denuncias policiales, situaciones de agresividad que derivan en internación judicial" (H.C N°16.666); "Su madre no la dejaba comer y la obligaba a hacer dietas, insultos descalificativos hacia su persona por parte de su madre, la comparaba constantemente con su hermano. Lucía comienza a aislarse por traumas con respecto a la gordura a los 16 años" (H.C N°16.666).

Actualmente, podemos visualizar acciones de cuidado, amor y protección relacionadas con el vínculo de Lucía hacia los animales del hospital: "Hablo con

los perros que andan por el hospital… les puse nombre a cada uno, ellos te dan amor sincero más que tu propia familia" (Lucía, comunicación personal, diciembre de 2023); "Tengo un techo, comida, cama y perros que me quieren, cosa que ni mi propia familia demostró jamás" (Lucia, comunicación personal, diciembre de 2023).

Con respecto a la relación que las entrevistadas establecen entre el ejercicio de su maternidad y la situación en la que se encuentran respecto de la misma a causa de sus diagnósticos, se pueden observar diferentes posicionamientos.

Patricia menciona en las entrevistas el cese de sus crisis luego del nacimiento de su hijo. Siendo las mismas nombradas por ella como "ataques de epilepsia" que requerían la administración de "vacunas e inyecciones". Según lo consultado en la H.C se puede referir que eran crisis con cuadros de agitación psicomotriz que requerían de medicación: "Se indica: Diazepam 1amp.IM" (H.C N°18.225).

Durante los años posteriores al nacimiento de su hijo, Patricia tuvo varias internaciones, en las cuales permaneció por breves periodos en la institución hasta la compensación de su cuadro y luego volvía a la casa de su familia materna hasta su internación definitiva en el año 2002 cuando falleció su tía de quien estaba a cargo. En su H.C se puede leer según registro de una Trabajadora Social: "Ha permanecido en este hospital casi permanentemente a pesar del trabajo exhaustivo de distintos profesionales de la interdisciplina en colaboración judicial. Carece de medios económicos y continencia familiar. Compensada" (H.C 18.225).

Por otro lado, en la situación de Ana, en su H.C se pueden leer diferentes diagnósticos a lo largo de su recorrido en el hospital: Psicosis Puerperal, Bouffee delirante, Histeria, Neurosis, Neurosis depresiva, Psicosis y Psicosis crónica. Ana comienza a concurrir a consultas por la guardia del hospital en el año 1992 en su H.C se puede leer según registros médicos: "Paciente de 23 años, puérpera de 1 ½ mes (2da. Hija), mujer con desasosiego, alucinaciones y delirios, risas inmotivadas, insomnio, está amamantando. Dx. Psicosis Puerperal (H.C N°17.644). En palabras de Ana: "Después que tuve a mi segunda hija ya

nada fue igual, quedé internada y no me fui más” (Ana, comunicación personal, diciembre de 2023).

Cabe aclarar que desde que nació su segunda hija, Ana estuvo internada en reiteradas oportunidades, hasta su internación definitiva en el año 2009. Es decir, relaciona este hecho vital (el nacimiento) con el comienzo de sus síntomas y cuadro psicopatológico. Se observa en ella una marcada resistencia a permanecer en el hospital, realizando reiteradas fugas y expresando en todo momento querer estar en su casa con su marido e hijas al cuidado de las mismas y ocupándose de su casa, dichos que se repiten en la actualidad.

En las entrevistadas aparecen distintas referencias a la relación de la maternidad con la mejoría o empeoramiento de sus síntomas, pero todas hacen alusión al obstáculo que sus internaciones significaron para que pudieran desarrollar ese rol, teniendo esto como consecuencia la añoranza de maternar y los efectos de esto en el vínculo actual con sus hijos incluso la pérdida del mismo. En la expresión “Se han olvidado de mí”, considerada en esta tesis un código en vivo, se plasma el significado otorgado por las mujeres al borramiento -institucional, familiar, de pareja y filial- del que fueron objeto en cuanto a su legítimo derecho a tener una vida afectivo sexual activa y a tomar la opción, si así lo deseaban, de maternar.

Capítulo VI: *Aportes finales*

Conclusiones

El interés de esta investigación se enfocó en conocer los significados que les otorgan a las vivencias de internación, las propias mujeres que transitan este proceso de manera prolongada e ininterrumpida en un hospital monovalente de salud mental. Se decidió abordar la complejidad de esta problemática a partir del relato que las mujeres construían de su experiencia, destacando la importancia que pudieran expresarse en primera persona.

Durante el diseño de la investigación, se partió del presupuesto de que las internaciones prolongadas de las mujeres en un hospital monovalente de la ciudad de Paraná producen en sus vidas pérdidas de lazos, de vínculos sociales, familiares y laborales, como así también dependencia económica y habituación institucional, como efecto de la cronificación.

Por otra parte, en este estudio, se consideró que las mujeres, partícipes y protagonistas de estos procesos de cronificación, convocadas bajo determinadas condiciones, pueden dar a conocer desde su propia voz, los significados que le otorgan a sus vivencias de largos períodos de internación. Este supuesto de anticipación de sentido fue construido a partir de la experiencia profesional en esa institución, de la lectura de bibliografía especializada y de la selección de los antecedentes de investigación sobre el tema.

A partir del análisis de las voces de las mujeres participantes de este estudio, respecto del significado que les otorgan a sus vivencias de internación prolongada, se concluye que la cronificación como efecto de largos períodos de encierro no es el mismo para todas. Se identificaron dos posiciones subjetivas, la primera asociada a percibirse como “objeto de asistencia”, en la que predomina la pasividad, la naturalización de las condiciones de su vida cotidiana, la infantilización, y los efectos de la cronificación son más acentuados, a esa posición se la denominó de *acatamiento.* Y, la segunda, en la que pueden percibirse como “sujeto de derecho”, hay una perspectiva crítica del estigma de loca, se la rechaza como denominación, existe el registro de la cercenadura de todo tipo de posibilidades de desarrollo personal a partir de la internación. A esta posición se la denominó en este estudio, de *resistencia.*

Si bien en un sentido pueden considerarse posiciones distintas y excluyentes, mientras una usuaria expresa: “habré andado medio loca”, otra pide “que digan que no estoy loca”; por eso, se considera que también son posiciones dinámicas, que se presentan con un abanico de matices cuyo origen se remonta a la historia de vida singular de estas mujeres. Esto se visibilizó cuando, dentro de las respuestas de una usuaria en la que se identificaban más los efectos atribuidos a la cronificación (entre estos, mayor pasividad), se encontraron enunciados que muestran algún nivel de resistencia al arrasamiento subjetivo de la internación, es el caso del registro doloroso de las pérdidas de las compañeras (“cada vez somos menos”) que emerge en medio de olvidos cronológicos (“no me acuerdo cuántos años hace que estoy acá”).

Los lazos afectivos entre pares son considerados en este estudio un espacio de resistencia individual y colectiva frente al avasallamiento subjetivo que significa la internación prolongada. La tensión entre los conceptos de “ruptura” (Goffman, 1972) que plantea un tajante antes y después entre la vida previa a la internación y la posterior que considera los mismos efectos de cronificación para todas y el concepto de “flujo” (Ferreira y Martínez Hernáez , 2003) que propone la categoría de corporalización recuperando la idea de que se trata de procesos singulares; arrojó luz en este estudio para ampliar la comprensión de los significados a partir de las posiciones subjetivas identificadas.

Se construyeron seis ejes correlativos a los objetivos de esta investigación, la presentación de los hallazgos de la tesis seguirá el mismo orden. A partir del análisis de estos se identificaron tres categorías emergentes transversales: loca, pérdida y maternidad.

Esta tesis ha permitido establecer que cada mujer significa de manera diferente al hospital y sus años transcurridos en el lugar. Entre los hallazgos de este estudio, como ya se adelantó, se pudieron identificar dos posiciones subjetivas diferenciadas “acatamiento” y “resistencia” que subyacen a la significación que las mujeres dan a sus vivencias de internación prolongada, que atraviesan el análisis de los resultados. En cuanto a la vida en el hospital, las respuestas de las mujeres alojadas hacen referencia a lugar y tiempo. Algunas

usuarias lo significan como un lugar de asistencia, para otras es el lugar al que llegaron por la ausencia de opciones y hay para quienes es un espacio de alojamiento y contención. En algunas ocasiones nombran la internación como una ruptura en su vida, dejando ver la dicotomía entre “un antes y un después”.

Hacen mención a la existencia de “algo” que “ya” no existe; otras en cambio viven en un presente continuo, resistiendo el cambio de vida que significó ingresar al hospital. En ocasiones, se remiten a un tiempo pasado del que ya casi no tienen recuerdo, a una vida en el hospital en el presente como otra instancia de tiempo el cual transcurre y arrasó con la vida anterior a la internación y por último, la noción de un tiempo futuro, incierto, con algunos anhelos difíciles de alcanzar vinculados a la externación o a la vida en otro lugar.

Con respecto a la vida cotidiana, esta ha sido significada por las usuarias como rutinaria, marcada por la repetición, el control y la regulación de las actividades. Frente a esto se identificaron dos tipos de respuestas, de pasividad, como efecto del acatamiento y de desinterés y monotonía, estas últimas como expresión de la resistencia subjetiva. En relación a la autonomía, se halló que la medida judicial de restricción a la capacidad que alcanza a la mayoría, repercute especialmente sobre la autonomía económica, impidiendo la administración personal de los ingresos la cual es delegada en el sistema de apoyo institucional.

Esta situación promueve en las usuarias, mayoritariamente, una posición de dependencia e infantilización, en otros casos se halló resistencia a esta restricción la cual se manifestó mediante la negativa a hacer uso de ese dinero propio administrado por otros. Por otra parte, la pérdida de la habilidad para el manejo del dinero es un obstáculo en los procesos de externación, además del aislamiento producido por el encierro por el cual no cuentan con referentes afectivos disponibles que acompañen las estrategias de intervención. Estas situaciones son denominadas por la institución como “casos sociales”, los cuales estarían en condición de alta de la internación, pero han perdido las capacidades necesarias para acceder a una vivienda, cuentan con escasos recursos y no están autorizadas a administrarlos.

Se observa que, a pesar de los avances en la desinstitucionalización y la implementación de modelos comunitarios, persisten formas de asistencia que reproducen prácticas del manicomio tradicional, no dando lugar a un sujeto activo; se observa la persistencia de obstáculos estructurales del campo de la salud y del campo jurídico para el acceso de las usuarias al disfrute de sus derechos. A partir de las voces de las mujeres entrevistadas se identificó que ambas lógicas coexisten en tensión actualmente.

En relación a los vínculos familiares, sociales y laborales, la mayoría no cuenta con referentes familiares presentes, no se relacionan socialmente y no pudieron sostener una actividad laboral a través del tiempo. El abandono y el olvido fueron las expresiones con las que caracterizaron a sus vínculos familiares. Las relaciones en los tres ámbitos fueron consideradas irregulares o directamente ausentes.

En relación a los vínculos afectivos intrahospitalarios, las usuarias señalan al hospital como el espacio donde se desarrollan sus relaciones afectivas, destacaron especialmente los lazos entre pares y, en menor medida, la corriente afectiva con el personal de la institución.

En las mujeres entrevistadas se destaca la persistencia de deseos y anhelos actuales y futuros, a veces como restos de una identidad previa a la internación o como construcciones que intentan dar sentido a la nueva realidad dentro de la institución hospitalaria. El análisis de los anhelos permitió identificar barreras institucionales y simbólicas, en algunos casos se expresa el anhelo y en el mismo enunciado se incluye la imposibilidad de alcanzarlo “Pensé alguna vez alquilar una casita, pero no tuve suerte”. En los relatos coexisten, por un lado, el desinterés por recuperar la autonomía cotidiana como efecto del acatamiento a las normas institucionales y, por otro, deseos que mantienen plena vigencia, expresión de la resistencia subjetiva.

En lo que respecta a las categorías emergentes y transversales que surgieron del análisis de los temas recurrentes que las entrevistadas abordaron espontáneamente, se pueden ubicar tres: loca, pérdida y maternidad.

En relación a la categoría emergente “loca”, estar o no estar loca, fue un tema recurrente a lo largo de las entrevistas introducido espontáneamente por

las mujeres participantes. Se refirieron a las consecuencias que ese diagnóstico tuvo para sus vidas. Mientras algunas aceptan esta denominación otras la resisten “que limpien mi nombre” y actúan en consecuencia, siendo uno de sus efectos el desinterés o negativa para incorporarse a las actividades propuestas. En los decires de las entrevistadas se pudo identificar la recurrencia ideas, conceptos, discursos, asociados a estigmas sociales relativos a la locura que aún imperan en la sociedad, afectando la subjetividad de quienes lo portan. Todas de alguna u otra forma mencionaron algo con respecto a su diagnóstico o concepción de locura.

Respecto de la categoría emergente “pérdida”, esta se construyó a partir de la frase “cada vez somos menos”, considerada un código en vivo (M.C.C), unidad de significación (F.S). Los fallecimientos de las compañeras se recuerdan como momentos desagradables vividos en la sala, los cuales en este estudio se consideran un hito temporal, que resignifica el paso del tiempo dentro de la institución. Mediante el recuerdo se sostiene una subjetividad enlazada a los afectos, se trata de una manifestación de la resistencia subjetiva al hundimiento del sujeto en el olvido. De entre tantas pérdidas que sufrieron, el abandono de sus familias, el estudio, el trabajo, la casa, sus ámbitos cotidianos, la pérdida por el duelo de sus compañeras de sala se constituyó en emergente por la densidad de su significado.

En cuanto a la categoría emergente “maternidad”, en los relatos de las mujeres entrevistadas aparece en forma recurrente la referencia a la imposibilidad de maternar por su condición de usuarias psiquiátricas. La mayoría son madres, pertenecen a una generación de mujeres para las cuales el mandato de maternar era prácticamente incuestionable, parte de su identidad y realización personal. En la usuaria que no es madre, también aparece un anhelo por haberlo sido y el recuerdo de cómo la internación truncó sus deseos.

Otro de los aspectos a destacar, es la constante asociación entre locura y maternidad; para algunas significó el inicio de los síntomas: “después que tuve a mi segunda hija ya nada fue igual, quedé internada y no me fui más” (psicosis puerperal, registro de H.C), para otras el cese de los mismos: “...me daban ataques de epilepsia, después que tuve al nene no me dieron más” (cuadro de

excitación psicomotriz, registro de H.C). El deseo de maternar también aparece asociado al cuidar, un ejercicio que lograron desarrollar en su entorno, hacen referencia al cuidado de otras compañeras, se ofrecen para cuidar familiares del personal y algunas cuidan de los perros de la institución. Existe la necesidad de recibir cuidados y también la de brindarlos. El reclamo por ejercer el derecho a cuidar, ser validadas como sujetos activos, que pueden recibir y también dar, en este estudio se considera una demanda subjetivante.

El alcance de estas conclusiones se limita a la población estudiada, los resultados podrán ampliarse en nuevas indagaciones. Queda planteado para futuras líneas de investigación conocer la incidencia de algunos aspectos que se identificaron en esta tesis asociados a la posición de sujeto activo/sujeto de derecho, si bien no fueron objeto de este estudio y queda pendiente su confirmación. Se pueden mencionar los siguientes: la presencia de otros significativos que brindaron apoyo en la infancia y adolescencia, la accesibilidad a la educación formal, el acceso al trabajo, un entorno familiar que favoreció la socialización temprana de sus integrantes y por último la salud mental de los adultos responsables.

Es necesario señalar también, que queda pendiente para estudios posteriores incorporar al análisis de los significados otorgados por las usuarias a sus experiencias de internación prolongada, la perspectiva de género, es decir una lectura transversal sobre la experiencia de institucionalización y sus consecuencias particulares sobre la vida de las mujeres por su condición de tal.

Como aportes finales se espera que los hallazgos de esta tesis promuevan una reflexión crítica sobre el modelo actual de atención en salud mental. Focalizando los esfuerzos en la promoción de estrategias más centradas en la persona, orientadas a una atención integral y respetuosa de la autonomía de las personas usuarias. Citando a Michalewicz et al. (2011):

> El estigma asociado a las personas que han atravesado internaciones psiquiátricas actúa como marca permanente del proceso de objetivación al que fueron sometidas durante las mismas. La persona pierde así el reconocimiento de su palabra y queda obstaculizada su posibilidad de

> reclamar por sus derechos y necesidades. La vigencia efectiva de los derechos puede revertir las consecuencias de las prácticas desubjetivantes. (p.214)

Las usuarias a través de sus relatos, pudieron desafiar o resignificar las etiquetas diagnósticas, reclamar otras formas de nombrarse, e incluso crear espacios alternativos de cuidado y apoyo. En este sentido, sus voces no solo son testimonios, sino también prácticas activas de producción de subjetividad. La consideración de las voces de las usuarias constituye en sí mismo un hecho político de gran trascendencia en el campo de la salud mental, en tanto les permite posicionarse como actores autorizados con capacidad de enunciar, reclamar y dar a conocer el transcurrir de sus vidas internadas en una institución.

Como refiere Juan Solá en las palabras finales del libro *Historias no clínicas,* compilado por Laura Lavatelli y Soledad Escobue (2024, p.138): *"Salud mental también es ser escuchadas"***.**

Reflexión final

Ya no consumo Halopidol, solo Tegretol, Anafranil y Litio.
Estoy "compensada".
Traduzcamos:
Me mantengo de este lado,
es decir, sin delirios…
y deambulo…
(porque nosotros, los pacientes, deambulamos).
Es una nueva costumbre que he adquirido.
Deambulo -como digo-
"libremente" por el enorme parque del hospicio…
Estoy lúcida, ubicada en tiempo y espacio,
por lo tanto:
Sé en qué día vivo.
¿Vivo? Me pregunto,
y me entra la tristeza y me deprimo.
La historia clínica se pone gorda de tristezas.
Yo soy mi historia clínica.
¿Dejé de ser mi historia, acaso?
Es muy malo preguntarse tantas cosas
que complican, además el tratamiento.
Tengo sueños, pesadillas…
que a nadie se las cuento, por las dudas,
no sea cosa, vayan a la historia clínica.
Pero si tengo insomnio, por ejemplo,
esto es inocultable,
y va derecho a la historia clínica.
Mi psiquiatra, entonces,
regula las pastillas.
Duermo. Se anota en la historia clínica.

Doctor, estoy amando…
¿Esto también irá a la historia clínica?
Al Dr. Omar Barro Curi con amarga ironía, pero con enorme amor.

H.C N°13.176. Por Marisa Wagner.

"Soy Marisa Wagner, poeta y loca" (Bs.As.1954-2012)

Así se presentaba Marisa Wagner, quien nació en Huanguelén, provincia de Buenos Aires, en 1954. Transitó por diversas internaciones en hospitales monovalentes, en una totalidad de 12 años. En el año 1997, en una de sus internaciones más prolongadas, escribe una serie de poemas que la llevan a ganar un concurso, cuyo premio era la edición de un libro. El poema ganador llevaba el título "Nos amamos una tarde, un cablegrama, algún silencio en primavera". Así nace "Los montes de la loca", libro escrito durante su internación en la Colonia Montes de Oca. Marisa se formó en Psicología Social, se convirtió en docente e integró el frente de artistas externados del Hospital Borda.

Bibliografía

Alberdi, J., Coll, L., Mutazzi, E. y Vismara, E. (2005). La problemática de la institucionalización crónica y el Fenómeno de "Revolving Door" en Pacientes Usuarios del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila (CRSM). *Revista Cátedra Paralela*, (2), 85-96.

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Topía.

Ardila Gómez, S. y Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad, 1(1), 39-50.* Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria, Centro de Salud Mental Comunitaria Mauricio Goldenberg. Repositorio Institucional Conicet Digital. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/194415/CONICET_Digital_Nro.64e101b0-804e-428e-aa4a-f7c5fdc37cf2_L.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Aulagnier, P. (1993). *La violencia de la interpretación*. Amorrortu.

Badano, M. R., Basso, R. A., Benedetti, M.G., Angelino, M.A. y Ríos, J.S. (2009). *Trabajo Docente y Universidad Pública: políticas y subjetividades en los '90*. Fundación La Hendija.

Badano, M. y Díaz, R. (2009). Análisis de la entrevista. Frases Significativas. *Seminario de apoyo a tesistas*. Maestría en Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.

Benavides y Gómez Restrepo (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. rev.colomb.psiquiatr. vol.34 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2005 en linea: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008

Benedetti, L. y Kendziur, M. (2013). *Narrativas de mujeres que transitan la experiencia de la "locura". Un recorrido por los Itinerarios Terapéuticos en Salud*

Mental [Tesis de grado no publicada]. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, Licenciatura en Trabajo Social.

Berlinguer. G. (1994). *La enfermedad*. Lugar.

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales.* (3ra.ed.). Pearson Educación.

Canet, J. y Mazzeo, C. (01 de diciembre de 2016). *Ley de Salud Mental: cambio de paradigmas y cuentas pendientes.* Al Día Argentina. Recuperado el 17 de noviembre de 2017 de: https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/12/01/ley-de-salud-mental-cambio-de-paradigma-y-cuentas-pendientes/

Castelitti, S. (30-31 de agosto de 2013). *Cronificación de la exclusión. Vulnerabilidad social, cronificación de pacientes internados. El caso del Hospital "Evita"* [Artículo presentado en Mesa de Trabajo] III Jornadas de Trabajo Social en el Campo Gerontológico, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Trabajo Social, La Plata, Buenos Aires, Argentina. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/82040/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1

Cohen, H. y Natella, G. (coords.) (2007). *Trabajar en Salud Mental: la descomializacion en Rio Negro.* Lugar.

Contino, A. (22-24 de noviembre de 2010). *Institucionalización y desmanicomialización de la discapacidad mental* [Artículo presentado como Trabajo Libre] II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. https://www.aacademica.org/000-031/711

De Lellis, M. y Fotia, G. D. (2019). Interdisciplina y salud mental. *Anuario de Investigaciones,* 26, 179-187. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/26/delellis.pdf

De Sousa Campos, G. W. (1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*. Gobierno de Río Negro, Ministerio de Salud. Recuperado el 17 de febrero de 2025. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf

Díaz, C. y Sime, L. (2009). *La explicitación de la metodología de la investigación.* Pontificia Universidad Católica del Perú, Maestría en Educación. http://blog.pucp.edu.pe/media/624/200 90212-boletin2.pdf

Dilema, M. F. (2018). Análisis de determinantes en las internaciones de larga duración en salud mental. *Anuario Becas de Investigación "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" 2015*, 36. Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Investigación para la Salud. https://iah.msal.gov.ar/doc/p15.pdf

Edinberg, M. (1987). *Cuestiones para un Estados Unidos que envejece, empleados y cuidado de personas mayores: un libro informativo.* Centro para el estudio del envejecimiento. Universidad de Bridgeport.

Erausquin, C., Sulle, A. y Garcia Labandal, L. (2016). La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anuario de Investigaciones*, 23, 97-104. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. https://www.psi.uba.ar/publicaciones/anuario/trabajos_completos/23/erausquin1.pdf

Faraone, S. y Barcala, A. (prólogo de Galende, E.). (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Teseo.

Fercher, B. (2015). *Significaciones de trabajo en clave de trayectorias laborales y sociales. El caso del taller de vivero y jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná.* [Tesis de grado no publicada]. Universidad

Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, Licenciatura en Trabajo Social.

Ferreira, L. M y Martínez Hernáez, A. (2003). Ulisses, Greta y otras vidas. Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria,* 3(1), 59-70. https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Cuadernos3.1.pdf

Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica*. (1ra ed., Tomo I y II). Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2012). *Historia de la locura en la Época Clásica I.* (2a ed.). Fondo de Cultura Económica.

Frege, G. (1973). *Estudios sobre semántica*. Ariel.

Galende, E. (1997). Situación actual de la salud mental en Argentina. *Revista Salud, Problemas y Debates*.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *El descubrimiento de la teoría fundamentada. Estrategias para la investigación cualitativa*. Aldine.

Godoy, L. y Peter, R. (2005). *Los significados asignados al trabajo por los pacientes y terapistas ocupacionales de los talleres del Hospital "Dr. Antonio Roballos* [Tesis de grado no publicada]. Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Escuela Superior de Sanidad Dr. Ramon Carrillo, Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Goffman, E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de enfermos mentales.* Amorrortu.

Goffman, E. (1989). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.

Gómez Parada, L. T. (septiembre 2017). Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (86). https://www.margen.org/suscri/margen86/parada_86.pdf

Guedes da Silva Júnior, F. J., Chaves de Sousa Santos, L., dos Santos Moura, P. V., Silva Melo, B. M. y Ferreira de Souza Monteiro, C. (2011).

Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1122-1126. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022538020

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. McGrawn Hill. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008

Humanas Universidad Nacional de Villa María. (24 de junio de 2021). *#HumanasUNVM Seminario de posgrado: La Salud Mental como campo multidisciplinar de experiencias*. [Archivo de video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=jIs-m0jS2b4&t=1s

Kvale, S. (2011). *Las entrevistas de la Investigación Cualitativa*. Morata.

Lavatelli, L. y Escobué, S. (Coords.) (palabras finales de Juan Solá). (2024). *Historias no clínicas. Relatos del Hospital Escuela de Salud Mental*. La Hendija Ediciones.

Ley 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. 02 de diciembre de 2010. B.O. No. 32.041.

Mattié, M. (1996). Tiempo y metamorfosis del yo en una institución total. Una lectura a “Internados” de Erving Goffman. *Revista Espacio Abierto, 5(2), 269-279.* https://web.archive.org/web/20180520051220/http://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/viewFile/2370/2370

Menéndez, E. (enero-abril 2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Revista Salud Colectiva, 1(1),* 9-32. Universidad Nacional de Lanús. https://doi.org/10.18294/sc.2005.1

Michalewicz, A., Obiols, J., Ceriani, L. y Stolkiner, A. (2011). *Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio* [Artículo presentado como Trabajo Libre]. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de

Investigadores en Psicología del Mercosur. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. https://www.aacademica.org/000-052/631

Monteverde, A. C. (2003). Lectura y ejercicios ilustrativos de la lógica cualitativa: "Ejemplo de registro de observación". En P. Sarlé (Comp.), Investigación y Estadística Educacional I (pp. 93-99). Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1990). Declaración de Caracas.

Rivera, J. C. y Medina, G. (2014). *Código Civil y Comercial de la Nación comentado*. (1ra ed.). La Ley - Thomson Reuters.

Rossi, G. P. (2009). Avatares de la Cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría,* 10, 359 - 370. https://www.actoterapeutico.com.ar/wp-content/uploads/2019/01/ROSSI-G-CRONICIDAD-REVISTA-VERTEX-2009.pdf

Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa.* Universidad de Deusto.

Sartre, J. P. (1943). *El ser y la nada*. Losada.

Saussure, F. (1995). *Curso de lingüística general.* Payot.

Sautu, R. (2011). Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales. En Wainerman, C. y Sautu, R. (comps.), *La trastienda de la investigación*. Manantial.

Schutz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Paidós.

Schutz, A. (1995). *El Problema de la realidad social.* Amorrortu.

Sepúlveda Medel, D. (2022). *Abandono familiar: cómo impacta en las conductas sociales de los pacientes psiquiátricos, institucionalizados en el Centro de salud y rehabilitación La Florida (CSLF) y casa Los*

Boldos,2022. [Tesis de pregrado publicada]. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social. https://bibliotecadigital.academia.cl/server/api/core/bitstreams/62ef3656-401b-4800-9c7a-45d8c671b4f3/content

Serra, M. F (2010). *La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.* [Tesis de posgrado no publicada]. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, Maestría en Salud Mental.

Stolkiner, A. (7-8 de octubre 2005). *Interdisciplina y Salud Mental [Conf*erencia] IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones, Argentina. https://docs.google.com/file/d/0B0dPFenW8ezWNjY1MTY3MzctYjUwYy00N2FjLTgwMGQtZWRmYjNlMWRmYTY2/edit?resourcekey=0-h2_65NZ3Bjkpe5Om3wYbUA

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Tonon, G. (Comp.), Alvarado, S., Ospina, H., Lucero, P., Botero, P., Luna M. T. y Fabris, F. (2009). *Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa*. Prometeo Libros-Unlam.

Yonson, V. (2014a). *Elementos o aspectos que por la permanencia de los sujetos inciden en la cronificación de pacientes en los Servicios de Internación del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, Entre Ríos: un estudio del pasaje de usuario a paciente* [Tesis de posgrado no publicada] Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, Maestría en Salud Mental.

Yonson, V. (2014b). Reflexiones en torno a la noción de cronicidad en salud mental. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales,* (75). https://www.margen.org/suscri/margen75/yonson75.pdf