



**Universidad
Andrés Bello®**

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
Facultad de Ciencias de la Rehabilitación
Escuela de Terapia Ocupacional

Posibilidades de una Terapia Ocupacional con Perspectiva Social en contextos institucionales: significados atribuidos por las personas respecto de su vida cotidiana y ocupaciones durante y después de su estadía en Unidades de Corta Estadía.

Seminario de título de pregrado para optar al título de Terapeuta Ocupacional.

Autores:

Ninoska Andrea Bustos Ramírez, Francisca Javiera Carreño Rodríguez, Loreto Andrea Herrera Mercado, Naomi Tania Martínez

Dujovne

Profesora guía: Mónica Díaz Leiva

Santiago de Chile, 2017

Agradecimientos

Antes que todo, agradecer a todas las personas que participaron de esta investigación, aportando sus experiencias y subjetividades.

Queremos agradecer muy sinceramente a nuestra profesora guía Mónica Díaz Leiva, quien fue un excelente guía y orientadora en este proceso. Además, de compartir su valioso conocimiento, buena disposición y profesionalismo. Su ayuda y energía positiva fue fundamental para llevar a cabo este trabajo.

También queremos agradecer a Eileen Jacard, por gestionar y facilitar la participación de las personas en esta investigación.

No podemos dejar de mencionar a la Escuela de Terapia Ocupacional y sus docentes los cuales aportaron en nuestro proceso de formación, durante estos 5 años.

Finalmente, agradecer a nuestras familias, amigos, amigas y parejas, brindándonos su apoyo incondicional, comprensión y aliento.

Tabla de contenido

Resumen	6
1. Presentación	7
1.1 Introducción	7
1.2 Planteamiento del Problema	9
1.3 Objetivos.....	24
1.3.1 Objetivo general.....	24
1.3.2 Objetivos específicos.....	24
2. Marco teórico	24
2.1 Capítulo: La locura	24
2.1.1 Desde lo sagrado a lo segregado en las concepciones de locura.....	24
2.1.2 Deconstruyendo y construyendo el concepto de locura.....	34
2.2 Capítulo: Instituciones psiquiátricas y sus prácticas.	37
2.2.1 Evidenciando prácticas institucionales históricas.	37
2.2.2 Unidad de Corta Estadía: Dispositivo para homogenizar.....	43
2.2.3 De prácticas funcionalistas de Terapia Ocupacional a prácticas sociales en UCE.....	45
2.3 Capítulo: Ocupación y Vida Cotidiana.	49
2.3.1 Inicios de la Terapia Ocupacional Social.	49
2.3.2 Desde el trabajo a la ocupación significativa.	56
2.3.3 Construyéndonos y construyendo: Vida Cotidiana.....	59
3. Marco Metodológico.....	63
3.1 Diseño de la investigación.	63
3.1.1 Tipo de estudio.	63
3.1.2 Enfoque de investigación	64
3.2 Diseño Muestral	65
3.2.1 Participantes de la investigación.....	65
3.2.2 Estrategias de muestreo	68
3.3 Técnicas de producción de información	68
3.4 Técnicas y procedimientos de análisis de información	69
3.4.1 Método de análisis utilizado	69
3.4.2 Técnica y procedimientos a través de los cuales se analizará la información	72
3.5 Consideraciones éticas	73

4. Resultados	74
5. Discusión final	102
6. Bibliografía.	109
Anexo 1: Pauta de preguntas	121
Anexo 2: Entrevista grupo 1	125
Anexo 3: Entrevista grupo 2	180
Anexo 4: Matriz de análisis integrado.....	221
Anexo 5: Consentimiento Informado	245

Resumen

La presente investigación se enmarca en el desarrollo de nuestro seminario de título de pregrado para optar al grado de Terapeuta Ocupacional, el cual tiene como objetivo analizar los significados que las y los usuarias/usuarios le otorgan a la vida cotidiana y a las ocupaciones, durante y después de su estadía en una Unidad de Corta Estadía. La investigación se sitúa desde el Construccinismo Social, utilizando un diseño de investigación de tipo cualitativo. La estrategia de muestreo seleccionada para la presente investigación es no probabilístico de tipo intencional. La técnica de recolección de datos empleada corresponde a grupos de discusión. Respecto al análisis cualitativo de la información obtenida, se realizó bajo el Análisis de Contenido.

Los resultados obtenidos dan cuenta de una falta de recursos, provocando que el funcionamiento de las Unidades de Corta Estadía se mantenga en un modelo manicomial, de aislamiento, ocultamiento, más que un modelo comunitario y/o social promotor de la participación social. Lo anterior provoca que, al ingresar a una UCE, se genere un quiebre en las ocupaciones luego de la experiencia de la estadía en dicho dispositivo, puesto que la persona se aleja del campo relacional en que estaba antes, pese a esto, hay personas que dan cuenta de ocupaciones que se convertían en un aporte para el proceso terapéutico personal. Respecto al rol del o la Terapeuta Ocupacional, se basa en acciones simples como, por ejemplo, asambleas semanales, talleres de macramé o pintura, pero con un gran significado para las personas. También se evidencia que el contexto dificulta la intervención de carácter social, dificultándose la implementación de enfoques de Terapia Ocupacional Social, puesto que la lógica de las instituciones continúa teniendo elementos del modelo biomédico, validando el saber científico hegemónico, centrándose en lo individual más que en los procesos colectivos.

1. Presentación.

1.1 Introducción.

A nivel mundial la Salud Mental ha tomado relevancia a lo largo de los años, lo que se ve reflejado a nivel país con la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en cambios de modelos de atención en instituciones psiquiátricas, junto con cambios paradigmáticos de la realidad. De acuerdo a la OMS (2013), la Salud Mental es entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 4). Por lo tanto, se considerará que ésta no se encuentra sujeta netamente a condiciones propias de las personas, sino que también externas, condicionadas por situaciones sociales, culturales, políticas, ambientales, entre otras.

Un tema que nos atañe a todos como sujetos sociales, debido al aumento de la locura, donde Laing (1982), hace referencia a esta como un “... un hecho social, político y hasta una experiencia positiva de liberación, una reacción a un desequilibrio familiar, no configurando así un estado patológico...” (p. 45), es que, esta locura se comprenderá no como algo individual, sino que responde a condiciones externas a la persona, en relación a las exigencias y condiciones sociales, al no poder responder a las demandas del ambiente. Estas condiciones estresoras, han llevado a obtener cifras preocupantes, donde se estima que un 25% de las personas padecerá uno o más trastornos mentales o de comportamiento a lo largo de su vida, según la OMS (2012). Por tanto, existen falencias en la implementación de políticas públicas respecto al área de promoción y prevención en Salud Mental, lo cual deriva en la implementación de diversos dispositivos de alta complejidad que respondan a las demandas de los usuarios que se encuentran vivenciando una situación de locura. Uno de estos dispositivos es la Unidad de Corta Estadía, la cual se encarga, de acuerdo al Ministerio de Salud (S/F), del “manejo de episodios agudos y actividades de psiquiatría de enlace y psicología de la salud con otros

Servicios Clínicos”, por un máximo de 60 días de acuerdo a la normativa técnica, sin embargo, en la práctica se suele superar esta cifra.

Es por esta razón que surge la necesidad de conocer la cotidianidad y las ocupaciones de las personas que se ven enfrentadas a procesos de hospitalización en lugares no habituales. Es por esto que en la presente investigación se buscará dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los significados otorgados por los/as usuarios y usuarias respecto de la vida cotidiana y las ocupaciones desarrolladas durante y después de su estadía en Unidades de Corta Estadía? De tal manera, que permita aportar conocimientos a la práctica e intervención de Terapeutas Ocupacionales, desde la voz de las personas usuarias de este servicio, a través de sus vivencias subjetivas.

1.2 Planteamiento del Problema.

Hoy en día la temática de Salud Mental forma parte de la implementación de políticas públicas tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, en donde se han ido formulando y estableciendo normativas para la implementación de servicios que atiendan las necesidades de la población en esta área. Pero primero debemos tener claro qué se entiende por Salud Mental, para así comprender los tipos de abordajes propuestos, de acuerdo al Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), el cual propone lo siguiente: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 4). Esto debe abordarse a través de estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen la participación del Estado en su conjunto.

De acuerdo a lo planteado por la OMS (2013), los determinantes de la Salud Mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Por lo tanto, se considerará que nuestro bienestar no solo se encuentra sujeto a procesos intrínsecos, sino que es un conjunto de situaciones tanto internas como externas a nosotros, las que se encuentran en constante interacción y es esta interacción armónica la que nos permite desenvolvemos en la vida cotidiana. Al producirse un desequilibrio en estas esferas se genera la locura, la cual puede interferir en la vida diaria de la persona.

Si bien ha habido avances respecto a las políticas de Salud Mental a nivel mundial de acuerdo a la información y cifras entregada por la OMS, aún encontramos un alto porcentaje de personas que se ven enfrentadas a la locura producida por una serie de condiciones socio-históricas que se manifiestan de diferentes formas en las personas y que finalmente, son patologizadas mediante diagnósticos.

Según estadísticas de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicadas en 2012, se calcula que un 25% de las personas padecerá uno o más trastornos mentales o de comportamiento a lo largo de su vida. Y una de cada 4 familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004). Este alto número de personas afectadas se debe mayormente a la falta de recursos destinados, no otorgándole la importancia que corresponde a esta área de la salud por parte de los países del mundo. Respecto a los recursos financieros y políticas de Salud Mental se puede decir lo siguiente:

Una cuarta parte de los países, es decir 28%, carecen de presupuestos específicos para la salud mental y que, de los países con asignación de recursos para este rubro, 37% gasta menos del 1% de ese presupuesto. En todo caso, los gastos en salud mental equivalen a menos del 1% del presupuesto global, el 62% de los países en vías de desarrollo y en 16% de los países desarrollados. El problema se agrava si se considera que 30% de los países no tiene un programa nacional de salud mental, que 40% carece más de una política de salud mental y que 25% de los países con políticas públicas para atención psiquiátrica no se les asigna ningún presupuesto. (OMS, 2001, 2003, 2005, p.77, citado por Valencia).

Esto además impacta en que un 20% aproximadamente de los niños, niñas y jóvenes tienen algún trastorno mental. Los trastornos neuro-psiquiátricos figuran entre las primeras causas de discapacidad en jóvenes, de acuerdo a datos internacionales de la OMS. Las regiones con menores recursos en Salud Mental son las que presentan más jóvenes menores de 19 años con trastornos

psiquiátricos y solo cuentan con un psiquiatra entre 1 a 4 millones de habitantes. Por otra parte, los trastornos asociados a consumo de sustancias representan la mayor causa de discapacidad, con 23% de años perdidos por discapacidad. Estas cifras y falencias en el sistema llevan a que cada año se suiciden más de 800.000 personas, siendo esta causa la segunda de muerte entre los 15 a 29 años y el 75% de los suicidios toman parte en los países de ingresos bajos y medios. En adición a esto, se considera que las enfermedades mentales son un factor de riesgo importante en contraer enfermedades (VIH, diabetes, enfermedades cardiovasculares) y de lesiones intencionales o no.

Si bien es un tema más desarrollado en el siglo XXI en comparación con los siglos anteriores, con explicaciones de toda índole respecto de su origen, muchas de las personas con algún trastorno psiquiátrico en la actualidad siguen sufriendo de estigmatización y discriminación por parte de sus propias familias y de su entorno social, lo cual lleva a que las personas no acudan a centros de salud de forma oportuna, tendiendo a ser ocultadas y aisladas, de acuerdo a los datos publicados por la OMS (S/F), lo cual continuará ocurriendo mientras se reproduzca la ignorancia y estigmatización en torno a esta temática.

Por su parte en Chile, alrededor de 1966 comienzan los primeros indicios del Programa Nacional de Salud Mental y con ello el reemplazo progresivo del modelo asilar, que dominaba desde ese entonces, por un modelo ligado al desarrollo de una psiquiatría comunitaria (Torres, 2001). Sin embargo, producto del Golpe de Estado las prácticas comunitarias fueron oprimidas y prohibidas, sólo para volver a surgir con el restablecimiento de la democracia, retomando las críticas hacia los modelos de atención centrados en el Hospital Psiquiátrico, por lo que, en respuesta a esto surge el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en 1993 (Díaz, Erazo & Sandoval, 2008).

Durante el año 2000, nuestro país comienza a trabajar en un nuevo Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental, tratando de integrar lineamientos de la Organización Mundial de la Salud para el área de Salud Mental, con el fin de promover el desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental (SM), e

integrarlos en los servicios generales, además de los vínculos intersectoriales. Se centra en un enfoque Biopsicosocial, donde su prioridad son acciones preventivas, junto con intervenciones tempranas, buscando la participación activa tanto de usuarios/as, como sus familias y organizaciones locales. Es por esta razón que se pone énfasis sobre el enfoque comunitario en psiquiatría y se comienzan a privilegiar intervenciones en función de su fundamentación técnico-científica y costo-eficiencia. Además de promover la creación de sistemas de Salud Mental en red, incluyendo redes intersectoriales que incluyan a los usuarios, sus familias y las organizaciones.

En conjunto con el Programa Nacional de SM se estableció el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), el cual garantiza por Ley, acceso a tratamientos oportunos, de calidad y con protección financiera, en 80 enfermedades incluidas y con derechos exigibles. Entre estas 80 solo se consideran 4 en el área de Salud Mental, que serían el Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas, Depresión, Esquizofrenia y Trastorno bipolar.

Para las políticas de SM, se destinaron fondos del presupuesto total del sistema público equivalente a un 2,14% en 2004, en el año 2012 fue de 2,16%, cifra que está muy debajo del 5% que propuso como meta el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría para el año 2010 y del porcentaje promedio de los países de ingreso alto el que corresponde a un 5,10% (WHO-AIMS, 2014). El bajo porcentaje destinado al área de SM, ha llevado a obtener las siguientes cifras respecto a trastornos psiquiátricos:

Según los resultados del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC II) realizado en 2015, un 20% de la población adulta en Chile se encuentra en situación de discapacidad, de éstas un 4,1% refiere tener dificultad psiquiátrica (condición permanente o de larga duración) y un 59% declara tener trastornos mentales y del comportamiento. De la población de niñas, niños y adolescentes en Chile (de 2 a 17 años), un 5,8% se encuentra en situación de discapacidad, de este grupo, un 3,6% tiene dificultad psiquiátrica (condición

permanente o de larga duración) y un 54,6% declara tener trastornos mentales y del comportamiento (ENDISC II, 2015). El 22% de los chilenos presenta sintomatología depresiva significativa y los trastornos neuro-psiquiátricos son responsables de un 23% de la carga de enfermedad en el país (AVISA). Estas altas cifras dejan en evidencia el déficit que hay a nivel de políticas públicas en Salud Mental, además del bajo presupuesto invertido en esta área, demostrando que hay poco énfasis en la promoción y prevención, con lo cual, de ser efectivo se podría evitar en muchas situaciones que la persona deba recurrir a servicios de mayor complejidad. Debido a que lo anterior no se ha logrado de forma efectiva, han aumentado considerablemente los dispositivos de Salud Mental del sector público a nivel nacional, en el año 2004 habían 759, para el año 2012 aumentó a 2.022, los centros APS con atención de Salud Mental aumentaron de 472 en el año 2004 a 832 en el año 2012, los Centros de Salud Mental Comunitaria aumentaron de 38 a 83, las UHCE de adultos en hospitales generales aumentaron de 17 a 23, las Unidades de Corta Estadía (UCE) de adolescentes aumentaron de 1 a 8, desde el año 2004 al 2012 se mantuvo el número de UHCE en hospitales psiquiátricos (WHO-AIMS, 2014, p .18).

Cabe destacar que las intervenciones psicosociales en los Centros de Salud Mental Comunitaria en el país aumentaron de un 67,4% a 84%, pero disminuyeron a un 37,1% en las Unidades de Psiquiatría Ambulatoria (MINSAL, 2015), lo cual va en congruencia con el modelo propuesto en el Plan Nacional de SM actual, de atención comunitaria. Sin embargo, desde el 2004 a 2012, han aumentado las medidas forzadas en las hospitalizaciones psiquiátricas (WHO-AIMS, 2014). Respecto a la UHCE de hospitales generales, el 100% de ellas dispone de fármacos, sin embargo, solo el 62,4% de sus usuarios reciben intervención psicosocial (MINSAL, 2014).

Además, la falta de servicios de promoción y prevención adecuados ha impactado incluso en el tiempo de espera de 24 a 350 días en los Centros de SM comunitaria (ex COSAM) e incluso han debido aumentar las camas de corta

estadía, de 773 a 863, mayormente en hospitales generales. Habiendo más camas de UCE en hospitales generales que en hospitales psiquiátricos mejorando así su distribución territorial.

Lo anterior, da cuenta que aún existe una necesidad urgente de modificar el Plan Nacional de SM y velar por el cumplimiento de los objetivos, debido a que persisten falencias importantes en su implementación, para así resguardar los derechos de toda la población chilena, sobre todo de aquellos usuarios y usuarias del sistema de salud público del país.

Uno de los servicios de la red intersectorial de SM en Chile, es el Servicio de Corta Estadía, mencionado anteriormente, en el cual se enfocará la presente investigación debido a que la persona que ingresa a dicho servicio, se enfrenta a una cotidianidad que no es habitual, la cual se ajusta o debe ajustarse a ciertos protocolos que rigen el modo de operar de la institución y el desempeño de los funcionarios del Servicio de Corta Estadía, entre ellos, horarios establecidos de almuerzo, visitas, número de visitantes, atención médica, participación en talleres, autorización para salir fuera del servicio de corta estadía.

De acuerdo a lo propuesto en el Plan Nacional de SM, del Ministerio de Salud (MINSAL), el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía se encarga del “manejo de episodios agudos y actividades de psiquiatría de enlace y psicología de la salud con otros Servicios Clínicos. Reciben personas derivadas por el equipo de Salud Mental y psiquiatría ambulatoria y de otros servicios clínicos del hospital general. Estándar Nacional de Referencia: 1 cama por cada 5.000 a 7.000 adultos beneficiarios” (MINSAL, 2000).

Por ley, no se deben exceder los 60 días de hospitalización, sin embargo, esto en la práctica muchas veces es mayor, debido al curso del trastorno psiquiátrico. Por lo que en este servicio han llegado a estar incluso por un año, de acuerdo a la información brindada por los propios usuarios y usuarias de las instituciones, siendo esto determinado por el médico que realiza la evaluación.

Estos periodos de hospitalización varían de acuerdo a una serie de condiciones externas a la persona, en relación a las exigencias y expectativas impuestas por la sociedad. Desde una visión lógica, funcionalista y patológica, donde es la persona la que debe ajustarse y/o adaptarse a la sociedad o la norma, transformando los problemas sociales en problemas individuales. Por lo que, es relevante comprender y denominar la locura de acuerdo a lo planteado por Laing, quien la define como:

Un hecho social, político y hasta una experiencia positiva de liberación, una reacción a un desequilibrio familiar, no configurando así un estado patológico, ni mucho menos el loco un objeto pasible de tratamiento. El loco es, por lo tanto, una víctima de la alienación general tenida como norma y es segregado por contestar al orden público y colocar en evidencia la represión de la práctica psiquiátrica, debiendo, por eso, ser defendido y rehabilitado. Es la mistificación de esa realidad social alienada que destruye la experiencia individual y comportamental inventando el loco tenido como peligroso y pasible de pérdida de voz.

(Laing, 1982, p. 45, citado por Amaranto)

En diversas situaciones, la sociedad tiende a enmarcar sus juicios sobre las personas de acuerdo a lo que ellas hacen, en general porque se alejan de la norma establecida, pudiendo surgir problemas de identidad además de pérdida de sentido de la vida y que precisamente para Salvador Simó y Sánchez (2014) “vivimos un proceso de psiquiatrización del mal social, donde problemas originados por causas sociales son medicalizados” (p. 2) debido a que cuando se diagnostica a alguien, se interpretan sus características personales, su malestar y su relato en el marco de un sistema de creencias orientado hacia el

diagnóstico de una patología. Se busca poner un nombre, categorizar un cuadro o agrupar de una forma coherente una serie de signos y síntomas (Doadrio, 2014). En este sentido, algunos diagnósticos son más bien etiquetas, que pueden ser realmente útiles entre los profesionales a la hora de comunicarse, pero que pueden traer consecuencias negativas para la persona “etiquetada”, ya que debe enfrentar situaciones cotidianas cargando a costas con un diagnóstico e incluso violaciones a sus derechos humanos, lo que determina su configuración personal, social y el campo de las relaciones sociales.

Por tanto, la locura no es intrínseca a la persona, sino que se encuentra sujeta a situaciones contextuales que puedan desarrollarse durante la vida cotidiana de la persona y que pueden provocar esta situación, por lo que ésta respondería a una construcción social debido a la relación que ocurre entre las intersubjetividades de las personas. Esta comprensión es fundamental para entender una de las razones que originan las importantes cifras respecto a la locura evidenciadas en los estudios a través de los años, permitiendo el cuestionamiento respecto a cómo se ha ido configurando la sociedad la cual puede llegar a provocar la locura en la persona, a vivir ese estado de malestar social para con su contexto y la sociedad en la que se encuentra inmersa.

Por tanto, el sujeto será entendido como el resultado de las relaciones sociales y el contexto en que se desarrolla, por lo que el discurso de cada actor presente en esta investigación será comprendido como un producto de la interacción entre las intersubjetividades, considerando la socio-historicidad en la que se ha desarrollado cada sujeto a lo largo de su vida y al momento de estar en Unidades de Corta Estadía, ya que se enfrenta a un contexto que no es habitual ni cotidiano. Similar a lo descrito por Talavera (2004), quien menciona que los niveles de compromiso social básico de la persona desaparecen en este tipo de dispositivos, debido a las limitaciones de estas unidades como el régimen de estancia, limitaciones de espacio y ambiente, etc., lo que supone una ruptura con el ordenamiento personal y las actividades desarrolladas antes de ingresar a un servicio de hospitalización breve, además de considerar que la

mayoría de las actividades realizadas por el/la usuario/a, se encuentran bajo una programación prefijada y secuenciada, las cuales pueden no ser significativas o propositivas para el/la usuario/a, pues cumplen con objetivos definidos por parte de los profesionales a cargo, formando parte de un proceso terapéutico, que se entiende según Liliana Paganizzi (2007), como un conjunto de acciones encaminadas a lograr un fin, meta u objetivo determinado adecuado a cada sujeto, el cual involucra ocupaciones, actividades, vínculo, comunicación, ambiente y relaciones sociales que se generen entre los involucrados, con el fin de generar un alivio y sensación de bienestar a la persona que se encuentre viviendo una situación compleja de Salud Mental. En este proceso se construye una relación en la cual se identifican dos roles, interventores e intervenidos, en esta relación dinámica, los interventores buscan a través de su quehacer mejorar la calidad de vida de los intervenidos, entregándoles instrumentos y herramientas que favorezcan la transformación de estas situaciones que son reconocidas como problemáticas por un ente social (Montenegro, 2001). Por lo tanto, de acuerdo a lo planteado por Montenegro y en congruencia con el posicionamiento epistemológico de la presente investigación, se considera pertinente apreciar este proceso llevado a cabo en las Unidades de Corta Estadía como una intervención que valore la socio-historicidad de las personas en la cotidianidad dentro las instituciones, el significado que otorgan a las ocupaciones que desempeñan, mediante relaciones sociales e intersubjetividades, considerando el contexto en cual se encuentran, además de considerarlos a ellos como sujetos sociales activos dentro del proceso.

Esto quiere decir que la vida cotidiana, para la siguiente autora, es “el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social” (Heller, 1987, p. 19), aquí radica la importancia de la vida cotidiana, pues su existencia es vital para reproducir una sociedad, entendiendo que el proceso de vida cotidiana se desarrolla en un cuadro comunitario, en el cual no solo están presentes las relaciones interpersonales, tal como menciona Ana de Quiroga y

Josefina Racedo “La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento, pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social y compartido, porque es un mundo que vivo con otros” (2007, p.12).

Tanto el contenido como la estructura de la vida cotidiana son particulares, es decir, la vida cotidiana es heterogénea, histórica y continua. Esta heterogeneidad implica el cómo se vive el día a día, las habilidades, capacidades, aptitudes, tipos de actividades, afectos, sentimientos, formas de actividad y la importancia que se le otorga a cada forma de actividad, asumiendo también que esta importancia cambia según el ángulo en el cual se les considera (Heller, 1987). De esta manera la cotidianidad representa tanto un mundo subjetivo, como intersubjetivo al ser compartida con otros, pues en ella se manifiestan nuestros sentidos y significados, según nuestra experiencia pasada y presente, esto se ve reflejado en el día a día de cada persona que se encuentra en Unidades de Corta Estadía, donde su cotidianidad puede verse impactada de diversas maneras durante su estadía en estos establecimientos, pudiendo llevar a cabo diversas actividades y/u ocupaciones, además, los sujetos al estar producidos por condiciones sociales, históricas, económicas y políticas tendrán ciertos saberes y prácticas determinadas, y por tanto, esto influirá en la forma que realicen sus actividades y en la forma de relacionarse con otros al interior de UCE, lo que en muchas ocasiones genera relaciones de poder entre usuarios y profesionales y esta situación puede afectar también el desarrollo de la cotidianidad de la persona durante el periodo de hospitalización.

Considerando que la vida cotidiana “es el horizonte de nuestra experiencia, el ámbito y el escenario de la determinación social de nuestras necesidades” (Quiroga & Racedo, 2007, p.11), la cual se organiza de acuerdo a la propia experiencia y a las acciones del aquí y ahora, esto nos permite que al encontrarnos con la posibilidad de cambiar el contexto en que se desarrolla la cotidianidad, pueden haber modificaciones también de nuestras necesidades y por lo tanto, de nuestra ocupaciones consideradas como significativas. Por lo que, se considerará el momento en el que el/la usuario/a se encuentre dentro

de la UCE, donde la estructura de ésta determinará el desarrollo de su experiencia e impactará en sus necesidades ocupacionales, pudiendo transformarlas o mantenerlas de acuerdo a las circunstancias que se encuentre vivenciando, considerando que las instituciones psiquiátricas tienden a homogeneizar y a entender la ocupación como el “estar ocupado” o “ser productivo”, rechazando cualquier posibilidad divergente, lo que es descrito por Erving Goffman (1961).

Es en la vida cotidiana, el espacio en donde los sujetos desarrollan diversas ocupaciones, si bien existen variadas definiciones de este concepto, se comprenderá de acuerdo a lo propuesto en “Ocupación: Sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al Sujeto, la Sociedad y Medio Ambiente” cuyos autores son Alicia Trujillo et al. (2011), donde se describen como un proceso y, por lo tanto, se comprende como un realizar constante, un actuar permanente: hacer, actuar. Las ocupaciones humanas son un infinitivo, un quehacer no terminado y, por ende, se rechaza la ocupación como algo que se tiene constantemente, por ejemplo, que una población ocupada es aquella que tiene empleo, adquiriendo un carácter funcionalista. Por el contrario, en esta investigación se abordarán las ocupaciones como una construcción socio-histórica y significativa, como refiere Alejandro Guajardo, la ocupación es cultura, significados y relaciones, no está separada de los sujetos, somos la ocupación y la ocupación es el sujeto, por lo tanto, no hay una ocupación, sino que hay ocupaciones (2014), las cuales permitirán expresar la subjetividad e interioridad del sujeto a través del quehacer, respondiendo a sus necesidades de acuerdo al contexto en que se desarrolle la cotidianidad del sujeto.

Se debe destacar que la ocupación humana no es un quehacer aislado. Si bien el sujeto se encuentra en juego con su ocupar-se, las ocupaciones son relacionales y procesuales. Encontrándose determinadas por condiciones socioculturales y ambientales, al mismo tiempo que crea/recrea esas propias condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales.

Las ocupaciones comprenden tres aspectos de lo humano: el *ser*, el *hacer* y la *identidad* en diversas ocupaciones. En esta misma línea, se podría decir que hay formas de ser y hacer que están dentro de los parámetros establecidos, que por consiguiente construyen una identidad acorde a la norma, pero cuando la persona se transforma en víctima de la alienación social (producto de la norma), ya que se escapa de los parámetros establecidos, puede ocurrir una transformación de su vida cotidiana y ocupaciones, vivenciando la locura, la cual puede llevar en muchos casos a internaciones en Unidades de Corta Estadía, las cuales entregan un tratamiento con la finalidad de recuperar la “normalidad”, la funcionalidad y lo esperado por la sociedad en la que nos encontramos.

Por tanto, cabe cuestionarse qué ocurre cuando la vida cotidiana comienza a desarrollarse en otro contexto, como el contexto institucional, en el cual las ocupaciones significativas ya no son las mismas que se desarrollaban en el exterior, por lo que esta investigación se cuestiona respecto a qué ocurre con ellas, en periodos de hospitalización, donde la cotidianidad se desarrolla en un contexto completamente diferente al usual, desde la voz de las propias personas que viven esa experiencia. Además, a través de la revisión bibliográfica realizada, se evidencia la falta de consideración del discurso del usuario o la usuaria respecto a cómo éste percibe el cambio en relación a su vida cotidiana al ingresar a estos servicios y cómo impacta esto en sus ocupaciones, ya que generalmente se habla desde la voz de los profesionales, mientras que la voz de usuarios y usuarias se ve silenciada durante este proceso.

No obstante, existen algunas investigaciones como las realizadas por Miguel Ángel Talavera, *Terapia Ocupacional: La Ocupación en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica* (2003) y *Terapia Ocupacional en las Unidades de Hospitalización Breve: El encuentro de las Ocupaciones* (2004), que reconocen la necesidad de saber lo que es menester del usuario o usuaria en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, de tal manera, poder vincularse desde la relación

terapéutica, contemplar las necesidades que cada persona planteadas en ese "momento" (si es que las plantea el usuario o usuaria) y cómo se establece el nexo con el nivel de estancia en este dispositivo (2004). A su vez, saber reconocer cuáles son las verdaderas limitaciones y capacidades de el/la usuario/a, permite obtener resultados de "necesidad" y "sentir" (2003). Así el autor realiza un análisis ligado a la necesidad y el sentido que las personas otorgan a las ocupaciones, dependiendo del momento, compromiso y oportunidades que otorga la institución para el desempeño de éstas. Sin embargo, es importante reconocer que estas investigaciones realizadas por Miguel Ángel Talavera, no dan cuenta de una participación protagonizada por los/as usuario/as de este servicio, sino más bien desde su propia observación y reflexión obtenida de su experiencia, debido a que en ambas investigaciones se evidencia la ausencia del relato de las personas.

Por el contrario, Mariana Moraes Salles y Sonia Barros en su investigación *Vida cotidiana después de la enfermedad mental: desafío para la atención en salud mental* (2009), describen desde el propio relato de las personas entrevistadas cómo queda marcada una interrupción de la continuidad de la vida cotidiana, las actividades, las relaciones y el lugar social del sujeto, determinada por la situación de salud. Pero aparentemente, es a partir de la constitución de los pequeños fragmentos, momentos agradables y significativos, que se acerca a un bienestar, a la construcción de la propia vida. El contexto de esta investigación se sitúa en espacios sociales y cotidianos de la persona, sin contemplar servicios de hospitalización psiquiátrica.

De este modo, al comprender a las personas como sujetos sociales, que están determinados por condiciones socio-históricas, se entiende que existe un campo de relaciones sociales que construye y configura la subjetividad de las personas en su vida cotidiana, que al estar inmerso en un mundo social y compartido se aprecia una intersubjetividad, que se manifiesta en sentidos y significados que organizan el día a día de las personas, al igual que el acceso a ocupaciones significativas. Es por ello que se hace evidente y necesaria una

Terapia Ocupacional Social. Al considerar el campo social en la práctica permite, “ver donde convergen el sujeto y el colectivo. En otras palabras, la Terapia Ocupacional hace posible la expresión de la acción humana entrelazada con la manifestación de la cultura y de la acción colectiva” (Galheigo, 2006, p.92), lo cual se ve manifestado en el propio espacio cotidiano, comprendiendo que existe un gran número de personas vulneradas y limitadas en su participación social y ciudadana, incluyendo la locura, que a lo largo de los años se ha visto enfrentada a situaciones de abandono por parte de su contexto local y falta de respuesta ante políticas públicas, la cual responde a condiciones externas sociales y culturales. Es por esto que los Terapeutas Ocupacionales, deben cumplir además con un rol de articuladores sociales contribuyendo “al fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios ya que un abordaje inclusivo significa desarrollar el sentido de conexión y pertenencia de esta población” (Galheigo, 2006, p. 94), siendo relevante la escucha activa tanto de sus historias y como de sus opiniones personales, las cuales responden a su subjetividad.

De esta manera, la relevancia de realizar la presente investigación reside en que al conocer los significados que se le otorgan a la vida cotidiana y a las ocupaciones durante los procesos terapéuticos vividos en UCE desde la perspectiva de usuarios y usuarias permitirá implementar determinadas estrategias desde una Terapia Ocupacional Social que posibiliten proponer diversas opciones de acciones terapéuticas con los/as usuarios/as, desde el reconocimiento de sus identidades, necesidades, historias y ocupaciones, revocando las situaciones que se dan dentro de las instituciones en donde muchas veces se pierde incluso el nombre y pasan a ser “pacientes” o “internos” o situaciones en que las personas deben participar en actividades que están programadas desde la institución, donde la relación entre funcionario/a y usuario/a es verticalizada, sin dar lugar a singularidades o subjetividades más allá de un diagnóstico y sus cualidades.

Dado el contexto institucionalizador y clínico, surge el desafío de visibilizar la importancia de una Terapia Ocupacional Social, donde históricamente se ha construido en base a la estabilidad o compensación de una problemática psiquiátrica a través del asistencialismo y funcionalidad del sujeto. Se plantea como desafío, porque no solo depende del contexto socio-histórico en que se encuentra el servicio de UCE, sino también del posicionamiento paradigmático del/la terapeuta ocupacional, respecto a su concepción de sujeto y la problemática identificada. De este modo, se presume la complejidad de generar cambios ante las praxis que han prevalecido por tantos años. Sin embargo, la Terapia Ocupacional Social surge como una alternativa necesaria ante la situación de cada persona inmersa en estos contextos, valorando su socio-historicidad y subjetividad ante los significados construidos, pero también generando cambios en las condiciones de producción de estos dispositivos.

Por lo tanto, al incorporar la percepción y opinión de las personas que vivencian esta cotidianidad en Unidades de Corta Estadía, considerándolos como sujetos, portadores de saberes, intereses y deseos, permitirá una mayor efectividad de las intervenciones realizadas dentro de las unidades y guiará el quehacer de los/las Terapeutas Ocupacionales, contribuyendo a una Terapia Ocupacional más humana y comprometida con el bienestar de las personas desde su propia subjetividad, durante su permanencia en estos servicios.

Considerando lo expuesto, nuestra pregunta de investigación es: ¿Cuáles son los significados otorgados por los/las usuarios y usuarias respecto de la vida cotidiana y las ocupaciones desarrolladas durante su estadía en Unidades de Corta Estadía?

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo general

Analizar los significados que las y los usuarios/as le otorgan a la vida cotidiana y a las ocupaciones desarrolladas durante y después de la estadía en una Unidad de Corta Estadía.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Describir las actividades desarrolladas por los/las usuarios/as durante y fuera del proceso de hospitalización.
2. Caracterizar significados otorgados a las actividades realizadas por los/las usuarios/as durante y después del proceso de hospitalización.
3. Identificar los aspectos favorables y desfavorables de la cotidianidad que se produce en una Unidad de Corta Estadía.
4. Identificar cómo se resignifica la comprensión de la vida cotidiana a partir de la experiencia vivida en una Unidad de Corta Estadía.

2. Marco teórico

2.1 Capítulo: La locura

2.1.1 Desde lo sagrado a lo segregado en las concepciones de locura.

Para conocer y comprender las distintas perspectivas que se tienen hoy en día sobre la locura, es necesario realizar un breve recorrido histórico, reconociendo que la locura va a ser denominada, definida y entendida de diferentes formas dependiendo de la cultura, período histórico y social que se vive. Es así como en algunos lugares hay comportamientos que son habituales, pero en otros se consideran expresiones de locura y viceversa, como ocurrió con la homosexualidad, que en la primera edición del DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), la American Psychiatric Association

(APA) la incorporó como enfermedad mental, sin embargo, en la siguiente edición se eliminó como categoría diagnóstica en la sección “Desviaciones sexuales” (Iguales, 2012). Por lo cual, para efectos de la presente investigación, no se reconoce la locura como un hecho objetivo, sino más bien como una construcción y, por tanto, de carácter subjetivo, dependiente de distintos determinantes sociales y experienciales.

En la Edad Antigua (del siglo VIII a.C al siglo V d.C.), las personas que tenían epilepsia (asociada a la locura en dicha época), eran producto de un encantamiento posesivo positivo de los dioses, quienes las elegían, por lo que eran tratados con humanidad, razón por la cual, la locura/epilepsia era definida como la “enfermedad divina o sagrada”, como un don de los dioses. Pero a su vez, la locura (a excepción de la epilepsia) era producto de un castigo, manipulación o venganza de los dioses, pero las personas no eran consideradas las culpables, más bien, se les reconocía como víctimas de los dioses, al no tener ningún control sobre la locura (Porter, 2002).

Pero al mismo tiempo, en la antigua Grecia, se clasificaron cuatro manías, cada una en relación a un dios, Apolo estaba asociado a la locura profética, Dionisio a la telesiaca o locura ritual, Afrodita con la manía erótica y finalmente, las Musas con la creación poética. En los relatos mitológicos, se asociaba la locura con comportamientos extraños o perjudiciales, por ejemplo, Até (diosa de la insensatez y la ruina) personificaba todas las acciones realizadas sin una reflexión previa, las cuales tenían consecuencias, como la perdición o la muerte, las Manías o Eumínides por su parte, personificaban la locura y la demencia, debían volver locos a todos quienes no observaban y cumplían las leyes sagradas, impulsaban tanto a persona como a dioses a cometer crímenes (Porter, 2002).

En la filosofía griega, existía la noción de *Phatos*, como la enfermedad del alma sensible, para referirse al sufrimiento humano, existencial, pero distinguiéndolo del sufrimiento patológico (Dasuky, Mejía, Rivera, Martínez & Fernández, 2007).

Por su parte, en el Imperio Romano, la locura era considerado algo común, pero asociada a un actuar anormal, como es el caso de Calígula, gobernante de la dinastía Julio-Claudiana, quien era reconocido por su crueldad, las numerosas orgías que organizaba y excentricidad, por ejemplo, al nombrar a su caballo como senador. Se creía que este “actuar anormal”, se debía al uso de cañerías de plomo o a la endogamia practicada (Porter, 2002).

Pero, en otras épocas de la Antigua Roma y en la Edad Media, se asociaba al loco con el mudo, no podía hacer promesas, tener palabra, hacer contratos, ni testimoniar en tribunales, no podía disponer de bienes, los que quedaban a cargo de sus parientes, es decir, eran silenciados y jurídicamente incapacitados, su cuidado era responsabilidad de sus parientes, pero dependiendo de su posibilidad socio-económica, eran ellos quienes pedían a la justicia declarar la incapacidad del llamado loco (Porter, 2002).

El cristianismo por su parte, generó una doble mirada sobre la locura, en un primer momento, si bien, se continúa con la asociación de la locura con anormalidad, se promovió el amor al prójimo, la aceptación del otro y la ayuda como un fin social en sí mismo, esta visión se mantuvo por un largo período. Sin embargo, con los años la locura era vista como el resultado de una posesión demoníaca, por la debilidad moral de la persona al cometer un pecado o por caer en una degeneración religiosa (como ateísmo, blasfemia, herejía), por un pacto con el diablo o como una consecuencia de la brujería, por lo cual, el loco era más bien alguien controlado por fuerzas del mal, debido a esto, el tratamiento utilizado era el exorcismo. Posterior a esto, con la Santa Inquisición de la iglesia católica, se comenzó una caza de todas las personas con estas características, para torturarlas y/o asesinarlas por considerarlas herejes (Porter, 2002).

Pese a que, en general en las épocas históricas descritas, la etiología de la locura era de carácter sobrenatural o religioso, hubo una época en el período de la Alta Edad Media, en que surge un enfoque médico de la locura, se pensaba que las personas tenían una piedra en la cabeza, “la piedra de la

locura”, y era la que causaba su mal, para tratar a las personas realizaban trepanaciones de cráneo para extraerla (Porter, 2002).

Para finales de la Edad Media y con la llegada del Renacimiento, se acabaron los exorcismos y trepanaciones de cráneos, se deja de creer en la etiología de carácter sobrenatural, como castigos de dioses o posesiones demoníacas, para pensar en una etiología psicológica, se establece la noción de que los seres humanos son principalmente racionales. Con Descartes, se comienza a instalar la idea de que la locura es posiblemente un problema en la mente, más que en el cuerpo, una mente dominada por la irracionalidad, aunque no se descarta su manifestación en el cuerpo. Ya que, la locura es sinónimo de persona irracional, no se les considera útiles para la sociedad, además son un peligro, por lo cual, se debe resguardar la seguridad de los ciudadanos, para esto los torturaban y abandonaban. Algunos locos eran azotados públicamente, como una forma de juego y diversión, los ciudadanos los perseguían para expulsarlos de las calles, ciudades y espacios públicos golpeándolos con varas, dejándolos excluidos de la ciudad, en apartados campos, lo que se conoce como “movimiento centrífugo” (hacia afuera) o incluso, otros eran embarcados en un barco sin timón y sin destino: “la nave de los locos o de los insensatos” (Amarante, 2006; Foucault, 1967; Porter, 2002).

Como se puede apreciar, en la Antigua Roma, Edad Media y Renacimiento, los locos no eran vistos como personas ni menos como sujetos de Derechos, siendo víctimas de distintos niveles de vulneración, pero esta visión perduró por muchos años más.

En la Edad Moderna, entre el siglo XVI y XVII, ocurren grandes adelantos en las ciencias médicas, neurología, fisiología y anatomía, las cuales establecen que la locura puede ser causada por un desbalance humoral, es decir, de líquidos secretados por órganos del cuerpo, otros decían que no era una enfermedad de la mente ni del alma, sino del cuerpo, por lo que debían ser entendidas desde miradas naturalistas y materialistas, también se creía que era

heredada, Burton comienza a estudiar los factores psico ambientales como determinantes de la locura, como el ocio, soledad, miseria, etc. (Porter, 2002).

Pero previo al siglo XVIII, la locura no era objeto de encierro (internamiento), pese a esto era considerada como una forma de error o de ilusión, cuando la locura adoptaba una forma peligrosa, era cuando debía ser separada, lo que se busca como terapia era disipar el error, por esto, más que el encierro, se consideraba la naturaleza como un espacio terapéutico por sí mismo (Foucault, 1996).

Sin embargo, en los siglos XVIII¹ y XIX surgen las instituciones para resguardar el orden social como escuelas, asilos, hospitales, cárceles y manicomios, éstas, a excepción de las escuelas, tenían como objetivo encerrar a los sujetos “insensatos”, que no se adecuaban a la racionalidad, es decir, que no tenían una conducta regularizada y normal, por lo que no aportaban al bienestar social, esta exclusión en un “movimiento centrípeta” (hacia adentro) se da entonces por la desrazón (Amarante, 2006), en dichas instituciones eran encerrados junto a personas con consumo problemático de alcohol, trabajadoras sexuales y a delincuentes, eran violentados de diferentes formas y viviendo en condiciones inhumanas, siendo víctimas de tortura, trato inhumano y estando a merced de médicos que tenían muy pocos conocimientos respecto a la locura.

Se clasificaba a los locos en tres grupos y recibían “tratamientos” según la clasificación, los *furiosos* eran golpeados, sometidos a duchas frías y a ayunos, si esto no los tranquilizaba, los instalaban en el cepo o bien, eran atados a los muros a través de una cadena corta; como segundo grupo estaban los *deprimidos* quienes eran cuidados en sus domicilios, pero separados del resto de su familia y ocultos de la sociedad, por último, estaban los *tranquilos*,

¹ El siglo XVIII, también se conoce como Siglo de la Razón o Siglo de las Luces, ya que surge la Ilustración en Europa, un movimiento cultural e intelectual, en el cual prima el conocimiento humano y la racionalidad, teniendo un gran valor la sensatez, por lo cual, no es de extrañarse que en esta época se castigue lo “irracional” o “insensato”. Así mismo, para ser coherentes con los valores de la época, se encierra a “los insensatos”, para que no interfieran en la racionalidad y para convertirlos en objetos de estudio, clasificándolos y analizándolos.

ellos podían compartir con su familia o amigos, ya que no constituían un peligro (Porter, 2002).

A fines de la Ilustración, se busca ver la locura desde una mirada científica, de este modo los locos pasan a ser denominados enfermos mentales, pero ya no son mirados como insensatos, sino como seres alienados, comienzan a recibir un trato más humano y digno que en las épocas anteriores, pero pesa la visión de enfermos sobre ellos. El ícono de esto es lo que ocurre en el Asilo de La Salpêtrière, en París, gracias a Pinel, quien además de explicar el origen de las enfermedades mentales (por herencia e influencias ambientales), propone el Tratamiento Moral, entregando una atención especializada y libera de sus cadenas a los “enfermos mentales” aherrojados y confinados (Amarante, 2006; Porter, 2002).

A inicios de la Edad Contemporánea, en el siglo XIX, la locura fue vista como una enfermedad. En el siglo XX, se comienzan a desarrollar teorías para explicar la enfermedad mental, la primera es la concepción Biologicista, es decir, que la “enfermedad mental” era causada por trastorno biológicos y genéticos, la otra concepción era la Psicologista, la enfermedad era concebida por trastornos psíquicos, aunque podían tener una base biológica, que debían ser tratados con medios psicoterapéuticos (Porter, 2002). En este tiempo comienzan a surgir figuras de distintas corrientes psicológicas como Carl Jung, Karl Jaspers, Hans Asperger, W. Wundt, Sigmund Freud, Alfred W. Adler, John Broadus Watson, por nombrar algunos.

Pero al mismo tiempo que Freud proponía escuchar a “los enfermos mentales”, se seguían utilizando camisas de fuerza, electroshock, comas insulínicos y lobotomías como formas de tratamiento, se sabe que la última lobotomía practicada por Walter Freeman fue en el año 1967, cuando la persona a la cual le realizaba la lobotomía murió (Morte & de Castro, 2001).

Con los años, las camisas de fuerza fueron reemplazadas por el uso de psicofármacos, comenzando rápidamente el auge de la industria

psicofarmacológica. En el año 1952, la American Psychiatric Association, publica la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I), como una forma de clasificar y describir las enfermedades mentales, lo que colaboró en la patologización de la locura, en verla como una enfermedad y por lo tanto ver a los locos como enfermos que requieren un tratamiento médico, facilitando la medicalización y su encierro (Amarante, 2006). Por lo cual, el problema está en el estigma de enfermedad que pesa sobre la locura y no el estigma de loco que pesa sobre “los enfermos mentales”, como se suele pensar. Respecto a esto, Amarante refiere:

Al atribuir al loco identidad marginal y de enfermo, la medicina torna la locura, al mismo tiempo, visible e invisible, esto es, se crean condiciones de posibilidad para su medicalización y se la retira de la sociedad mediante su encierro en instituciones médicas. Dicho encarcelamiento produce efectos de tutela y afirma la necesidad de encierro del loco para la gestión de su peligrosidad social. Así, el loco se torna invisible para la totalidad social, al mismo tiempo, objeto visible y pasible de intervención por los profesionales competentes en las instituciones organizadas para funcionar como locus de terapeutización y rehabilitación. Paralelamente excluidos del medio social para ser incluidos de otra forma en otro lugar: el lugar de la identidad marginal de la enfermedad mental, fuente de peligro y desorden social.

(2006, p. 48).

Sin embargo, el abuso de los psicofármacos, el internamiento forzoso y excesivo, generó muchas críticas de parte de sociólogos, psiquiatras, teóricos sociales, entre otros. Es así como en el año 1960 y, nutridos por la reflexión

marxista, surge un movimiento de Antipsiquiatría, Psiquiatría Comunitaria o Psiquiatría Democrática Italiana, de la mano de Thomas Szasz, David Cooper, Ronald Laing, Herbert Marcuse, Franco Basaglia y Michel Foucault, por nombrar algunos, quienes rechazan y cuestionan tanto la psiquiatría tradicional como sus métodos, el uso de psicofármacos, el electroshock, lobotomía, la vulneración de derechos, el trato indigno e inhumano, además del hecho mismo de su encierro, muchas veces indiscriminado y en contra de la voluntad de las personas. Contrariamente, defienden la desinstitucionalización, acabar con el encierro e incluir a los locos a la sociedad y avalan una relación más horizontal, evitando estructuras de poder (Porter, 2002).

Thomas Szasz, refiere que el diagnóstico de la locura, es decir, la enfermedad mental, no es real y que solo es un medio para librarse de las personas que molestan y que, por tanto, la psiquiatría no es una rama de la medicina, sino más bien, un sistema de control social (Porter, 2002).

David Cooper por su parte, defiende que las personas llamadas locas, son más bien un chivo expiatorio de sus familias, ya que requieren de alguien que tome el lugar de sus perturbaciones y buscan ayuda en psiquiatras para esto, quienes ponen la etiqueta de una “enfermedad mental” a la persona, para ponerlos en el lugar de objetos enfermos hasta su destrucción por medio de “tratamientos psiquiátricos” (encierro, electroshock, psicofármacos, etc.) (Porter, 2002).

Más tarde, en el año 2001, a fin de concebir y direccionar conceptos de esta índole, considerando el revuelo generado por las corrientes antipsiquiátricas, la OMS establece que la Salud Mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.1), una definición levemente menos estigmatizadora que los conceptos que anteriormente se habían expuesto. Sin embargo, también habla de problemas

mentales, enfermedad mental y trastornos mentales, comprendiendo que están determinados por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Por su parte, la historia de la locura en Chile se ha centrado en el espacio interior, por consiguiente, en la historia de la Casa de Orates (Bornhauser & Andahur, 2009), que se abordará en el capítulo siguiente. Pese a lo anterior, Garafulic propone dividir la historia de la locura en Chile en cuatro etapas: 1) prepsiquiátrica, desde la Colonia a inicio de la República, 2) médico-filantrópica (segunda mitad del siglo XIX), incluye la creación de la Casa de Orates en 1852, 3) predominio del criterio psiquiátrico, entre los últimos años del siglo XIX y comienzos del siglo XX y 4) expansión psiquiátrica, en el siglo XX, en el cual “se insertan las teorías del conductismo y psicoanálisis y se genera una red de establecimientos cercanos a la población con la finalidad de curar la enfermedad, por lo tanto aquel espacio cerrado que contenía la locura comienza a difuminarse” (Figueroa, 2006, p.6) (Garafulic, 1957; Bornhauser & Andahur, 2009).

En la etapa médico-filantrópica (siglo XIX) se genera lo que se conoció como “Movimiento centrípeta”, que se produjo en Europa entre los siglos XVII y XVIII, principalmente el último. Etapa en la cual, uno de los hitos es la creación de la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles, en Santiago, buscando encerrar todo lo anómalo, personas que antes se encontraban deambulando por las calles u ocultos por sus familias. La razón del encierro era limpiar los espacios sociales, asociando, por lo tanto, la locura a anomalía, enajenación, alienación, “vicios sociales”, a desviación, a comportamientos que alteraban el orden y a marginación del proceso de producción económica, en definitiva, a un problema. Esto se ve impulsado en parte, por el proceso de orden iniciado en Chile en las décadas anteriores, a cargo de una elite dominante hasta 1880 (Bornhauser & Andahur, 2009), además de un Chile que se insertaba de a poco en el modelo capitalista. El carácter filantrópico de esta etapa consiste en que se consideraba que la salud era una responsabilidad individual y no del Estado.

De este modo inicia un aumento de discursos que apoyan la doctrina psiquiátrica, dicho aumento “de discursos médicos, psiquiátricos, criminológicos y otros, converge, entonces, en la definición y construcción de un determinado tipo de subjetividad, considerado respetable, en oposición a aquellos sujetos que hay que excluir o regenerar para que tengan cabida en el proyecto de nación” (Bornhauser & Andahur, 2009, p.116), dicha construcción les quita la posición de ciudadanos y sujetos de derechos, buscando también la validez del saber médico, hablando de enfermedades mentales, realizando Terapia Electro Convulsiva (TEC), aplicando el psicoanálisis, conductismo, etc.

En 1854, se establece que es necesario un médico en el asilo, de este modo Ramón Elguero se incorpora e introduce las ideas médico-alienistas, iniciando el Tratamiento Moral, la idea era enseñarle al loco orden y disciplina (Bornhauser & Andahur, 2009), en definitiva, reeducarlo para construir un sujeto ajustado a la norma y al orden. William Benham sucede a Elguero, ocupando como tratamiento la ergoterapia, que coincide con la inserción en el capitalismo y la industrialización del país, produciendo una “proletarización del paciente psiquiátrico” (Leyton Cit. en Bornhauser & Andahur, 2009, p.121).

En el siglo XX, la salud comienza a ser deber del Estado y no responsabilidad del individuo, lo que coincide con las Reformas de la Asistencia Psiquiátrica en distintos países, que tuvo sus defensores en nuestro país como Weinstein, Marconi y Cordero, quienes proponen incluir estrategias de intervenciones comunitarias, dando origen a las primeras experiencias de Psiquiatría Comunitaria. Sin embargo, estos avances en pro de los derechos humanos, se vieron detenidos por el Golpe de Estado que dio inicio a la Dictadura Militar en 1973, volviendo a la institucionalización, para mantener el orden social y reprimir lo comunitario (Minoletti, Rojas & Sepúlveda, 2010).

Con el fin del Régimen Militar y el inicio del período de la Transición a la democracia, se inicia la etapa del Modelo Ambulatorio/Comunitario, lo cual coincide con la Declaración de Caracas, es en este contexto en que surge el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (1993-2000), que reconoce los

factores psicosociales en los trastornos psiquiátricos (Minoletti & Zaccaria, 2005).

En el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, tanto la salud como la Salud Mental, van a depender de los factores biológicos de las personas, pero a su vez de las condiciones de vida (MINSAL, 2000).

En la Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante (2011), no se incluye de forma precisa cómo se va a entender la Salud Mental, pero se establecen aproximaciones enfocadas a incorporar aspectos positivos y no solo a la ausencia de enfermedad, definiendo que para la Salud Mental es necesaria la inserción y adaptación laboral (Universidad de Chile, 2011).

En el presente año, se diseñó un Modelo de Gestión para los Centros Comunitarios de Salud Mental, en este se habla de enfermedad mental (MINSAL, 2017), sin embargo, refiere que la Salud Mental se ve desde un enfoque social y económico, en el cual la responsabilidad de la salud no es del individuo, sino que tiene un rol central las influencias sociales y económicas, ya que, determinan las condiciones de vida, lo que coincide con la visión de la Salud Mental desde un enfoque de determinantes sociales. Sin embargo, hablar de enfermedad mental y de determinantes sociales, es una contradicción, puesto que al hablar de salud-enfermedad, se asocia lo normal-anormal, poniendo a la persona en el centro de la anormalidad y enfermedad, obviando las implicancias sociales y políticas previas a la locura, así mismo, cargar con el estigma de enfermedad conlleva a pensar en un paciente que requiere tratamiento, asistencia, otorgando un rol pasivo y dependiente de otros.

2.1.2 Deconstruyendo y construyendo el concepto de locura.

Como se puede apreciar, en la revisión histórica de la locura centrada en Chile, no existe una definición clara de qué se va a entender por Salud Mental, enfermedad mental y/o trastornos mentales, lo que genera un gran vacío o confusión, ya que una definición lleva inmediatamente a una representación

mental, representaciones que se expresan en las prácticas llevadas a cabo por distintos profesionales vinculados a la Salud Mental, en las políticas públicas, en la visión que se forman las personas respecto a la locura, etc., lo que se traduce en prácticas heterogéneas, discriminación, vulneración, estigmatización, por nombrar algunas, pero a su vez, estas escasas y confusas definiciones, son establecidas en un discurso dominante, que muchos reproducen y pocos cuestionan.

Es en base a lo expuesto anteriormente que se requiere definir y describir cómo se comprenderá la locura en la presente investigación, ya que, han habido y siguen habiendo visiones desde distintas perspectivas para explicar dicho concepto, se hace necesario también para evitar la construcción de significados y representaciones mentales que reproduzcan dichos discursos o constructos sociales dominantes, que son necesarios deconstruir, buscando a cambio producir y reproducir un concepto de locura desde una connotación positiva. Cabe destacar que se reconoce la locura como un constructo social y, por lo tanto, también su carácter subjetivo, definiendo aquí solo una posición y no una verdad absoluta ni objetiva.

Laing (1982), considera la locura como “un hecho social, político y hasta una experiencia positiva de liberación (...), no configurando así un estado patológico, ni mucho menos el loco un objeto pasible de tratamiento” (Cit. en Amarante, 2006, p. 45), el loco es para Laing “una víctima de la alienación general tenida como norma y es segregado por contestar al orden público y colocar en evidencia la represión de la práctica psiquiátrica” (Cit. en Amarante, 2006, p. 45). Desde esta perspectiva, la locura vista como estado patológico, por lo tanto, desviación de la norma, surge entonces como una forma de control social, trayendo como consecuencia la segregación, ocultamiento, reclusión o bien, la normalización, para mantener el orden público

Esta definición, se diferencia de las establecidas por la OMS o en el caso de Chile, por el MINSAL, ya que se elimina la visión biologicista que lleva a verla como una enfermedad o patología, que conllevan a prácticas

asistencialistas y les otorgan un rol pasivo a los locos, desconociendo su visión de la experiencia de la locura.

Como refiere González & Pérez, si se habla de enfermedad, se patologizan problemas cotidianos, creando categorías diagnósticas, clasificando a las personas, aquí surge nuevamente la idea de orden social, lo que se demuestra en el aumento de categorías diagnósticas en cada nueva edición del DSM (2007).

Además como se mencionó, al hablar de salud-enfermedad, es necesario preguntarse ¿qué es salud-enfermedad?, ¿qué es ser sano-enfermo?, ¿quién lo determina?, ¿es una construcción social, popular o de una elite?, ¿qué es la enfermedad mental, una enfermedad con base biológica o una forma de nominar una serie de comportamientos y expresiones observadas?², ¿Hay comportamientos normales y anormales?, ¿quién determina lo normal y anormal?, etc., preguntas que evidentemente no tienen una respuesta única.

Por la diversidad de posibles respuestas a las preguntas retóricas realizadas, es que se considera la locura como una entidad construida de carácter histórico-social, como construcciones prácticas, de este modo podría ser una construcción y configuración que los clínicos necesitan dar a las características de la persona que consideran tiene una enfermedad mental o trastorno psiquiátrico, debido a que permite sustentar su trabajo y para tratar la locura como si fuese una enfermedad (González & Pérez, 2007, pp.16-17).

De acuerdo a lo mencionado, el considerar que el origen de la locura no será una condición propia de la persona, permite responder a una construcción social de ésta debido a la relación que ocurre entre las intersubjetividades de los sujetos. Esta comprensión es fundamental para entender el origen de las importantes cifras respecto a la locura evidenciadas en los estudios a través de los años, permitiendo el cuestionamiento respecto a cómo se ha ido configurando la sociedad la cual puede llegar a provocar una condición de

² “Comportamientos y expresiones observadas”, se cuestiona esto en base a la historia de la locura y la psiquiatría, principalmente por lo que se conoce como Efecto Charcot.

locura en la persona, a vivir ese estado de malestar social para con su contexto y la sociedad en la que se desenvuelve.

2.2 Capítulo: Instituciones psiquiátricas y sus prácticas.

2.2.1 Evidenciando prácticas institucionales históricas.

La locura a lo largo de la historia ha tenido diferentes comprensiones y razones de origen, como fue mencionado anteriormente, pero se ha mantenido en común la idea de aislarla, ocultarla y curarla, para lo cual se han creado instituciones dirigidas a cumplir este fin.

Durante la Edad Media, las personas denominadas locos/as eran excluidas, alejadas de sus hogares o ciudades, vivían en calles o espacios públicos, mediante un movimiento centrífugo. Según menciona Macarena Cordero (2009) durante la Colonia, la atención hacia los locos no parece haber sido de gran preocupación para las autoridades. Por lo general los médicos no contaban con los conocimientos suficientes para abordar la locura, ni mucho menos con espacios institucionales especializados. Los espacios de la locura eran compartidos por delincuentes, desertores, prostitutas, borrachos, etc., pero eventualmente, esta situación comenzó a ser un problema por lo que se comenzaron a crear diversas instituciones con la finalidad de recluir a las personas consideradas como locas y así mantener el control social.

Una de las primeras instituciones fundadas fue el Saint Mary of Bethlehem, Londres, más conocido como Bedlam, en 1247, el cual buscaba recoger en ese entonces “enfermos pobres”, con la finalidad de “mejorarlos” a través de creencias religiosas, castigos físicos y aislamiento, lo cual se pensaba que permitía que la persona recuperara la cordura. Este lugar se mantuvo en funcionamiento hasta 1770, no exento de escándalos y llegó a ser considerado como el hospital más infame de Inglaterra, debido a que, durante muchos años, el lugar se encontró abierto al público, se podía acceder previo pago de una

entrada con la finalidad de ir a mirar a los “marginados”, como si esto se tratase de un circo. Por lo que la denigración y abuso hacia las personas alcanzaba sus más altos niveles, siendo aprobado por toda la sociedad, naturalizando este tipo de prácticas e incluso llegando a fomentarlas, olvidando la calidad de ser humano de aquellos considerados como locos y remitiendo su existencia a meros objetos o animales.

Posterior a la creación de este lugar, se fundó el asilo y Hospital General de Lyon, España, en el siglo XVII, donde se dio lugar a los primeros intentos de encerrar y aislar a los locos o pordioseros como eran conocidos en aquella época. Eran lugares donde continuaba predominando la violencia como tratamiento por sobre la realización de una terapia de acuerdo a las características de la persona, este hecho fue el puntapié inicial para continuar con la construcción de instituciones que alejaran a los locos o enfermos mentales de las calles de las grandes ciudades europeas. Luego de la creación del Hospital, se fundó el Hospital General de París, con lo que de acuerdo a Foucault (1961) se inició «el gran encierro», lo que tenía como finalidad restablecer el orden público en una ciudad que había experimentado un gran crecimiento poblacional, siendo considerado por este mismo autor, como el hecho que probablemente marcó el inicio de las disposiciones para encerrar la locura. Por consiguiente, la noción de “enfermedad mental” fue remitida a criterios de una pobre “adaptación social”, donde había una cura y esto significaba el “entrar en la fila de los bienpensantes”, manteniendo el respeto hacia el principal criterio sobre la sociedad: que el orden no sea perturbado, a través de dictámenes médicos los cuales establecían que la persona era “peligrosa para sí misma o para los demás”. Por lo tanto, era necesario su aislamiento (Abraham, Bernal & Rodríguez, 2004), a través de estas incipientes instituciones.

Si bien, la fundación de estas instituciones estaba sujeta fundamentalmente a servicios de orden religioso, cabe destacar que fueron las familias las que desempeñaron un rol fundamental a lo largo del siglo XVIII en la

detención de los “individuos perturbadores”. De acuerdo a Postel y Quérel (1993), correspondía a “más del 90% de las órdenes de arresto” lo cual derivaba en el internamiento de los locos y por ende, la aprobación incluso por parte de las familias de los “tratamientos” a los que eran sometidos.

Así, es como se fueron fundando cada vez más instituciones destinadas a este macabro fin de “curar” a las personas, expandiéndose a través de Europa y posteriormente a través de países Sudamericanos. En nuestro país, se crea e instala la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles, la cual fue fundada el 8 de agosto de 1852, en el barrio Yungay, marcando el comienzo del encierro de los locos a nivel nacional.

La fundación de la Casa de Orates en nuestro país, el primer manicomio de aquella época, contribuyó a la reproducción de tratamientos burdos, los cuales buscaban el control a través de la reclusión. Dentro de estos lugares el médico tomó un rol protagonista y su accionar era concebido como *"el arte de subyugar y domesticar al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas"* (Pinel Cit. en Foucault, 2003, p. 24). Por lo que, la persona era vista en calidad de inferior y podía ser subyugada ante el poder que ejercía el “profesional” o aquel considerado poseedor de diferentes conocimientos considerados válidos.

Manteniendo los mismos tratos y perspectiva de intervención, la Casa de Orates pasó a llamarse “Manicomio Nacional” en 1928, la función de los manicomios respondía a lo siguiente:

Ordenar el desorden del loco (pero también del “miserable”, del prisionero). Tal orden se legitima y se auto reproduce; la psiquiatría es [también] este orden, esta legitimación y esta auto reproducción. La institución manicomial no es más que el espacio,

el tiempo, el conjunto de normas y de ritos que contienen naturalmente ese orden. La función ordenante tiene en sí la complejidad y la ambigüedad del orden del amo [“padrone”] a la vez que del padre. [...] y es crucial incluir ese aspecto de protección, es decir de servicio, que coexiste con la vocación del amo que regula la vida de los esclavos. (Saraceno Cit. en López, Laviana & García-Cubillana, 2006, p. 4)

Al hacer referencia, que el manicomio es el espacio y tiempo que contiene el orden del loco, se infiere una reestructuración de la vida cotidiana usual del loco transformándose del supuesto desorden al orden, además, al no responder a una estructura determinada su comportamiento y su cotidianidad se les imponía un nuevo ordenamiento, sin importar su historia de vida ni intereses, vulnerando todos sus derechos. Además, los tratamientos del siglo XIX en la psiquiatría nacional, se encontraban fuertemente influenciados por los movimientos psiquiátricos de países europeos, donde se implementaba la electroterapia, psicoanálisis, conductismo, etc., corrientes que no consideraban la posible influencia de otras situaciones en el actuar y sentir de la persona.

Esta estructura psiquiátrica del amo que controla y regula la vida de los esclavos se mantuvo como la base del control social sobre los “alienados” y locos durante décadas, reproduciendo prácticas patronales y vulnerando derechos humanos de los segregados. Por lo que, a medida que pasaban los años a nivel nacional se fueron fundando nuevos manicomios donde cada vez se realizaban tratamientos más deshumanizados, entre ellos se encontraba el Hospital El Peral, el cual mantiene su existencia hasta la actualidad. No fue sino hasta hace pocos años cuando se inició la reforma psiquiátrica y el movimiento de anti-psiquiatría liderado por Basaglia a nivel mundial, el cual promovió la progresiva transformación del concepto de locura y de la función de estas

instituciones. Sin embargo, en la actualidad se ha mantenido en gran parte el funcionamiento de estos establecimientos, con cambios de nombre, pero no de prácticas: pasando por manicomio, hospital psiquiátrico y actualmente institución psiquiátrica disfrazando su accionar con prácticas de carácter “beneficioso” para las personas, pero nadie se ha encargado realmente de fiscalizar este accionar, el cual ni siquiera cumple muchas veces con las legislaciones de los países correspondientes, debido a que las legislaciones se van modificando en función de los nuevos enfoques y modelos de tratamiento desarrollados a nivel mundial. Sin embargo, las prácticas se siguen ciñendo en muchos casos a antiguas concepciones donde predominaba el trato inhumano y de vulneración a los derechos humanos.

De acuerdo a la función que han cumplido estas instituciones, el trato y mirada que han tenido respecto de los locos, Goffman (2001) acuñó el término Institución Total, la cual fue definida como *“lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo apreciable, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”* (p. 13), haciendo referencia a que siempre existe una relación dual enfrentando internos y personal. Cuando en esta definición se menciona que comparten su encierro y una rutina diaria, nos remite a comprender que las personas son despojadas de su rutina anterior para tener que comenzar a seguir una rutina impuesta, su vida cotidiana deja de desarrollarse en un espacio habitual para pasar a desarrollarse en un lugar ajeno, sin sentido de pertenencia y con personas desconocidas.

Otra de las características de estos lugares, además del despojo de la cotidianidad es la imposición del trabajo como ocupación, rechazando la posibilidad de desempeñar una ocupación significativa. El trabajo se considera una opción terapéutica y componente fundamental para recuperar la “Salud Mental”, lo cual permite pensar que, en sí la aparición de la locura, o como es considerado dentro de las instituciones, la pérdida de la salud, es directamente proporcional a la ruptura de la cotidianidad con la ocupación habitual; es la

ruptura del tiempo cotidiano, que se juzga como una afrenta al tiempo dispuesto para el trabajo, o sea como una pérdida de la fuerza laboral (Silva, 2012, p. 197). Esta visión del ser humano como un ser productivo y la valoración del trabajo como aquello capaz de lograr la sanación, se fundamenta en el capitalismo, sistema económico y social, el cual basa su importancia en la producción de capital como generador de riqueza, poder y status, por ende, cualquier persona que no sea considerada productiva, deja de tener una utilidad para la sociedad, por esto debe ser excluida, alienada y curada, con la finalidad de que vuelva a ser un “aporte” dentro de ésta. Además, la referencia a que aquellos “pacientes” calmados eran los “que viven en el Asilo como en casa propia, que pueden y deben trabajar para no enfermar más y curarse si ello es posible” (p. 90) permite realizar una analogía con la famosa frase “Arbeit macht frei” (“el trabajo hace libre”), tan utilizada en los campos de concentración de la Alemania nazi, por tanto, la ocupación tenía una misma comprensión y esencia tanto en el Holocausto como en las instituciones psiquiátricas.

Además, es importante identificar que estos espacios habitados por personas en instituciones totales, rebasan la simple ubicación tangible y representación gráfica de éstas, ya que abarca el aspecto del orden social que definen las categorías y los usos de los espacios de una ciudad y de los cuerpos que de ellos se sirven: costumbres, hábitos y normas; en una frase, las *dinámicas urbanas* (Silva, 2012) de las cuales los internos vendrían siendo los aislados de la sociedad, y el personal comprendería el mundo exterior, los que se encuentran integrados al mundo social. El personal tendría como función la vigilancia, velando por el cumplimiento de lo que se encuentra establecido, por lo tanto, se encuentran a cargo del control.

Esta ruptura y enajenación vendrían a ser “*las barreras que las instituciones totales levantan entre el interno y el externo marcando la primera mutilación del yo*” (p. 27). En cuanto a la mutilación del yo, se hace referencia a que la persona al interior de las instituciones totales sufre un proceso de despojo de su esencia, de “desculturización” lo cual le hace perder las

habilidades para desenvolverse en la vida cotidiana y pierde sus roles, por lo que impacta en las diferentes ocupaciones que realizan las personas antes, durante y después del ingreso a una institución psiquiátrica, perfectamente pudiendo incurrir en una resignificación tanto de la comprensión de la vida cotidiana como de las ocupaciones que alguna vez fueron consideradas como significativas.

2.2.2 Unidad de Corta Estadía: Dispositivo para homogenizar.

Dentro de estos espacios llamados instituciones totales, se brindan diversos servicios para “curar” o “mantener estable” el llamado trastorno psiquiátrico. Algunos de ellos son el Hospital de Día, Unidad de Corta, Mediana y Larga Estadía, en cuanto a estos dos últimos, se encuentran en un proceso de eliminación progresiva, a nivel nacional, debido al modelo de rehabilitación psicosocial y de atención comunitaria propuestos dentro del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). Sin embargo, la Unidad de Corta Estadía se mantiene en funcionamiento tanto en institutos psiquiátricos como en hospitales generales, perteneciendo al nivel terciario de atención.

Esta última, se encarga de acuerdo al Ministerio de Salud (S/F) del “manejo de episodios agudos y actividades de psiquiatría de enlace y psicología de la salud con otros Servicios Clínicos”, atendiendo personas denominadas como locos, con el siguiente perfil: que se encuentren en episodio de crisis, con riesgo vital de auto o heteroagresión, control disminuido o descontrol de impulsos, red de apoyo funcional o disfuncional, los cuales debido a la gravedad y características de su condición no pueden cuidarse a sí mismos o requieren evaluaciones diagnósticas o tratamientos los cuales no pueden administrarse de forma eficaz de forma ambulatoria por lo que requiere de la permanencia de las personas en la institución, con un máximo de permanencia de 60 días de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental. Es por esto, que se considera importante centrar la investigación dentro de esta Unidad, debido al tiempo de permanencia, a la alta demanda que reciben estos lugares, al tipo de

intervenciones realizadas y a la cantidad de derivaciones realizadas para el manejo de episodios agudos. Este dispositivo debe otorgar asistencia clínica necesaria y fundamental, ya que, los episodios agudos no solo afectan a la persona sino a todo su entorno familiar, siendo necesario considerar la subjetividad de las personas en esta etapa de hospitalización. Además, permitirá visibilizar otras problemáticas a nivel de salud como la falla de diversos dispositivos de promoción y prevención en Salud Mental.

La UCE se encuentra dirigida a brindar atención médica a hombres y mujeres mayores de 18 años, con indicación de hospitalización y evaluación por el médico del Servicio de Urgencia o Consultorio de la especialidad de acuerdo al Gobierno de Chile (2017), por lo tanto, la internación de la persona se encontrará sujeta al criterio del médico evaluador. Dentro de las prestaciones brindadas a los usuarios se evidencia, de acuerdo al Segundo Informe del Sistema de SM en Chile (2014), que dentro de estas Unidades se tiene una mayor capacidad para entregar prestaciones farmacológicas que psicosociales; ya que el 100% de ellas disponen de suficientes medicamentos, mientras que solo el 62,4% de sus usuarios reciben intervenciones psicosociales (p. 52). Por lo que si bien, el PNSM propone cierto modelo de atención (comunitario y psicosocial) aún se evidencian falencias en la implementación del Plan y fiscalización del funcionamiento de estas instituciones, las cuales continúan reproduciendo prácticas deshumanizadas y poco atingentes a cada persona, medicalizando situaciones de locura, las cuales tienen su origen en un malestar social.

Si bien no hay una cantidad o tipo de profesional determinado para el funcionamiento de UCE, es común encontrar atención especializada de equipos multidisciplinarios, psiquiatra, enfermera/o, terapeuta ocupacional, asistente social, psicóloga/o, kinesióloga/o y el apoyo de técnico paramédico. Cada profesional da diferentes prestaciones, todas en función de lograr el alta médica, de acuerdo al marco institucional que guía su quehacer, pero lo que más se destaca, es que la mayoría de los profesionales dentro de estos

espacios busca llevar a la norma a la persona sin permitir un pensamiento divergente o de “derecha a izquierda”³ que salga de los cánones establecidos y contruidos por la sociedad. Así instaurando prácticas normalizadoras, actividades carentes de sentido y una cotidianidad desconocida y sin sentido de pertenencia.

2.2.3 De prácticas funcionalistas de Terapia Ocupacional a prácticas sociales en UCE.

Dentro de estas unidades, se encuentran presentes diversos profesionales, como se mencionó anteriormente, uno de ellos es el/la Terapeuta Ocupacional. Si bien, no se encuentra predeterminado el quehacer de éste, existen algunas investigaciones y entrevistas⁴ sobre las intervenciones llevadas a cabo por estos profesionales.

Una entrevista de Roxana Arancibia, Terapeuta Ocupacional de UCE del Hospital Clínico de Magallanes en el marco del día Mundial de la Salud Mental (2012), da a conocer el trabajo realizado al interior de esta Unidad. Refiere que se trabaja “con usuarios que se encuentran en una etapa aguda de su diagnóstico base y lo que hacemos principalmente en el área de terapia ocupacional es trabajar con distintas metodologías terapéuticas diarias para favorecer su proceso de compensación. Luego de esto, ellos van pasando a otros dispositivos como hospitalización diurna, dispositivos psicosociales y de ese modo la red funciona de manera efectiva y permite que el usuario se inserte y tenga una recuperación satisfactoria”. Hace énfasis en que el abordaje de la persona sea a través del modelo de redes, en congruencia con lo propuesto por el PNSM, evitando que ésta se quede “estancada” al interior de un servicio, el cual eventualmente puede dejar de responder a sus necesidades de forma

³ Concepto propuesto por los autores Schalock y Verdugo (2007), los cuales proponen definir primero los resultados esperados por la persona y luego buscar estrategias que permitan lograr ese objetivo. A diferencia, de la propuesta tradicional de idear acciones primero para lograr ciertos resultados. Por tanto, es un concepto rupturista respecto al orden y forma que debiese tener el pensamiento de acuerdo a los parámetros establecidos.

⁴ Entrevista realizada a la terapeuta ocupacional, Roxana Arancibia, perteneciente al Servicio de Corta Estadía del Hospital Clínico de Magallanes, Chile. En el marco del Día Mundial de la Salud Mental, 2012.

adecuada. Destaca la importancia de brindar una connotación terapéutica al tratamiento, no solo limitándose a la hospitalización, sino que la ayuda terapéutica sea un trabajo en conjunto con los usuarios y usuarias. Además, utilizan diversas técnicas para la intervención, como talleres de arteterapia, terapia corporal, teatro, entre otras, ya que ellos consideran que “la creatividad y el desarrollo social son muy importantes para los usuarios y desde ese punto de vista hemos seguido potenciando cada vez más esa área... para favorecer el proceso de rehabilitación” (2012), de acuerdo a la terapeuta ocupacional. Esto demuestra que poco a poco se han ido instaurando nuevas prácticas al interior de estas instituciones, prácticas humanizadas, considerando al otro como un sujeto de derecho, el cual puede ver favorecido su proceso gracias a diversas prácticas y no sólo remitiéndose a medicalizar su situación para solucionarla.

Por otra parte, encontramos la experiencia del Terapeuta Ocupacional, Miguel Talavera, el cual desempeña su labor en un complejo hospitalario de España. El cual considera que la intervención en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica tiene los siguientes objetivos:

Va a encaminada promover la salud y el bienestar ocupacional, minimizar la pérdida de capacidades, recuperando la máxima funcionalidad del paciente y compensando las disfunciones instauradas; utilizando métodos y modalidades específicas para desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de funciones necesarias.

(Talavera, 2004, p. 7)

Lo anterior, nos remite a una concepción funcionalista de la terapia ocupacional, la cual, apunta a formar un ser productivo y funcional dentro de la sociedad, lo que le permita ajustarse lo más posible a la norma. Además, considera la locura como una disfunción en la persona y no desde un origen

social. Por tanto, se infiere que la intervención no tendrá en consideración la socio-historicidad que conforma a cada sujeto.

Otra de las experiencias del quehacer de la Terapia Ocupacional es en el servicio de SM de la clínica UC San Carlos de Apoquindo, experiencia sistematizada por dos de las profesionales que se desempeñan dentro del centro. Se explica que dentro de las acciones terapéuticas que realizan, se dividen en dos instancias con objetivos diferentes “durante la mañana se desarrolla el tema de la semana en las actividades grupales, intervenciones individuales, y durante la tarde se desarrolla Ergoterapia” (Eberhard y Torrico, 2013, p. 47). Si bien, son instancias planificadas entre los profesionales, cabe destacar que, dentro de las actividades grupales programadas, se busca generar un espacio social que permita la reflexión e introspección, brindado un espacio a cada uno de los participantes para expresar su interioridad de así desearlo. En cuanto a la Ergoterapia, se propone de la siguiente manera:

Como medio de expresión posee la finalidad de descubrir las habilidades latentes, redescubrir capacidades, lograr el autoconocimiento. Esto no significa que toda actividad sea terapéutica, ni que todo individuo que realice tareas para lograr satisfacer sus necesidades de expresión logre su “curación”. La actividad en sí misma, no cura y no enferma; lo que es terapéutico es el método y la finalidad con la que se aplica para enriquecer a la persona; estructurando su personalidad, restableciendo los vínculos afectivos.

(Eberhard y Torrico, 2013, p. 49)

Consideramos fundamental, mas no del todo acertada, esta concepción para el abordaje terapéutico de la persona, ya que no será una actividad impositiva en búsqueda de la productividad, sino que será en función de que la

persona vaya aliviando el malestar que se encuentra vivenciando. Además, se les considera como sujetos históricos, los cuales tienen diversas características y no hay un intento por homogenizarlos, otorgando una gran importancia a la expresión de sus vivencias a través del lenguaje estético por sobre el lenguaje verbal. Esto es muy importante, pues durante los episodios agudos, puede ser altamente beneficioso para la persona, al no verse obligada a verbalizar sus sensaciones y emociones, lo cual en muchas ocasiones puede ser altamente complejo de realizar. Sin embargo, se continúa centrando la intervención en las habilidades y capacidades del sujeto, remitiéndose aún a una perspectiva funcionalista, en contraposición con la perspectiva social propuesta para el quehacer del Terapeuta Ocupacional.

De acuerdo a lo anterior, se evidencian diversos enfoques para el quehacer del profesional, los cuales van ligados al marco institucional y a la visión del propio Terapeuta Ocupacional. Es de gran importancia que esta visión vaya en congruencia con el marco institucional, para así no generar frustración en el mismo profesional, lo cual puede afectar su intervención dentro de estas mismas unidades, pudiendo generar mayor interferencia que beneficio, tanto para la persona como para el o la Terapeuta Ocupacional.

Si bien, no hay formas correctas o incorrectas de realizar la Terapia Ocupacional, de acuerdo a nuestro posicionamiento es fundamental considerar a la persona como un sujeto de derecho, lo cual quiere decir que jurídicamente hablando es aquella persona capaz de tener derechos y contraer obligaciones, en igualdad ante la ley sin recibir ningún tipo de trato discriminatorio por cualesquiera que sean sus características. Además, consideramos fundamental la valoración de su socio-historicidad dentro del proceso terapéutico, por ende, de su vínculo y relación con el contexto social e histórico en que el que se encuentra desarrollándose y viviendo el sujeto, valorando sus intereses y su opinión para la realización de intervenciones⁵ efectivas dentro de las UCE. Esto

⁵ El concepto de intervención será comprendido como desde la propuesta de Liliana Paganizzi (S/F), como un conjunto de acciones encaminadas a lograr un objetivo determinado adecuado a

permitirá el desarrollo personal de ambos actores dentro del proceso, a través de la co-construcción, favoreciendo que el usuario y la usuaria se fortalezca y alivie su malestar y al terapeuta ocupacional le permitirá realizar y reproducir prácticas más humanas y efectivas, lo cual impactará también en su propia cotidianidad y forma de relacionarse y reproducir creencias dentro de su entorno.

2.3 Capítulo: Ocupación y Vida Cotidiana.

2.3.1 Inicios de la Terapia Ocupacional Social.

El quehacer de la Terapia Ocupacional se ha ido reformulado a partir de las necesidades de la población y de acuerdo a cómo la sociedad se ha construido desde su socio-historicidad y la diversidad de realidades a las que se enfrenta, inclusive los mismos terapeutas ocupacionales.

Históricamente el desarrollo de la Terapia Ocupacional ha pasado por diversos paradigmas, que comprenden la realidad desde una mirada distinta y una diversidad de hechos históricos que van a determinar el actuar de los Terapeutas Ocupacionales en la actualidad.

Entre ellos podemos destacar la construcción del Pre Paradigma del Tratamiento Moral durante el siglo XVIII y XIX, donde comienza a aplicarse el Tratamiento Moral en instituciones destinadas para enfermos mentales, en busca de la reinserción social de estas personas. Teniendo como una de sus premisas centrales “que la participación en tareas y eventos diversos de la vida cotidiana podía restituirle a la persona un funcionamiento más saludable y satisfactorio” (Bing, et al., Cit. en Kielhofner, 2006, p. 30), por lo tanto, las actividades terapéuticas eran dirigidas, jerarquizadas, adecuándose al entorno sociocultural de las personas en esos tiempos, donde el fin era la normalización a través de la corrección de hábitos incorrectos y para ello se utilizaba la

cada sujeto, con la finalidad de generar un alivio y sensación de bienestar a la persona que se encuentra atravesando un proceso de malestar social.

instauración de hábitos saludables, a través de la educación y trabajo, entre otros.

En Francia, Pinel fue el principal propulsor con la liberación de las cadenas de los enfermos mentales y en Estados Unidos Benjamín Rush (1745-1813), psiquiatra norteamericano, que fue el primero en utilizar la ocupación como medio terapéutico del tratamiento moral (Santos, 2006). Reconociéndose la ocupación como una estrategia terapéutica en el tratamiento de enfermedades mentales, surgiendo una atención más humanitaria en los servicios de atención mental.

Kielhofner (2006) destaca que, a comienzos del siglo XX, surge el primer paradigma, el Paradigma de la Ocupación donde un grupo de profesionales, fueron generando una forma nueva de terapia, denominándose posteriormente como Terapia Ocupacional (nombre otorgado por George Burton en 1914, dado que antes era denominada como Trabajo de la Ocupación), donde la ocupación era utilizada en el tratamiento o recuperación de enfermedades y discapacidades.

Por lo tanto, la ocupación comenzó a verse como un elemento esencial en la salud de la persona, donde los terapeutas comienzan a valorar la perspectiva holística, reconociendo “la conexión entre mente y cuerpo y se considera a la persona en conexión con el medio en el que vive a través de la participación en ocupaciones” (Hall, Buck, et al., Cit. en Kielhofner, 2006, p. 43). Por ende, durante este paradigma se utilizó la ocupación como medio terapéutico, tratando de solucionar los problemas que afectaban las ocupaciones.

Meyer en su ensayo publicado en 1992, indica un concepto teórico central, donde “identifica la necesidad humana por el trabajo y que la participación en ocupaciones moldea la mente y el cuerpo del hombre” (Meyer Cit. en Kielhofner, 2006, p. 32). Meyer consideraba que era necesario apoyar a las personas en el trabajo, juego, descanso, sueño, etc. potenciando así el

equilibrio de estos, además, de insistir en un trabajo con sentido, reforzando la importancia de la ocupación en las personas. Luego, Meyer y William Rush, refieren un segundo concepto teórico que “la ocupación consiste en la alternancia entre modos de existir, pensar y actuar” (Dunton, et al., Cit. en Kielhofner, 2006, p. 32), aspectos que vinculan la ocupación con la vida de las personas, con su vida cotidiana, siendo Williams Rush Dunton, el primero en concebir y utilizar el término de Terapia Ocupacional, como principal tratamiento de los pacientes mentales.

En EE.UU. durante 1905 Susan Tracy, enfermera de profesión, “observó que los pacientes que durante su internación se involucraban en una actividad estaban mejor que los pacientes que permanecían inactivos” (Licht Cit. en Kielhofner, 2006, p.38), utilizando la ocupación como una herramienta efectiva en el tratamiento de las personas que se encontraban hospitalizadas o en sus hogares.

Pero la formación de carácter biomédico que orientaba el perfil de los profesionales y defendía la práctica de la terapia ocupacional se centraba en la patología (Galheigo, S.M., 2012), esta creencia se fue potenciando a partir de la Primera Guerra Mundial (1914 - 1919) debido a la cantidad de militares heridos a causa de la guerra. De esta manera, la terapia ocupacional comienza a desarrollarse paulatinamente atendiendo a un nuevo abanico de personas con discapacidad de origen físico, heridos de guerra, enfermedades crónicas, etc., en el ámbito de los servicios de Rehabilitación Médica (Santos del Riego, S. 2005) y ampliando la población tratada mediante la ocupación.

Durante la Segunda Guerra Mundial, la disciplina se dedica a las personas heridas de la guerra, por lo que suceden ciertos acontecimientos que fueron cimentando las bases de la profesión. En 1950, la Terapia Ocupacional pasa por una crisis, pues existe poca evidencia objetiva que la Terapia Ocupacional sea efectiva, dando paso a una Terapia Ocupacional con Paradigma Mecanicista en 1960, donde “la capacidad de desempeño estará determinada de manera directa por el grado de integridad del sistema nervioso

musculo esquelético e intrapsíquico” (Kielhofner, 2006 p. 48), organizándose en torno a la enfermedad y la patología, el centro deja de ser la ocupación y comienza a ser la patología, considerando a los pacientes como receptores pasivos de tratamiento, es decir la terapia ocupacional se vuelve reduccionista debido a las exigencias de la medicina relacionadas a bases teóricas y empíricas de la práctica, ya que no se justificaba el uso de la ocupación como medio terapéutico.

Ante esta situación, surge una segunda crisis, donde se critica el reduccionismo, ya que no se encontraba de acuerdo con que el pensamiento holístico fuese reemplazado por el reduccionista (Kielhofner, 2006). Pues el Paradigma Mecanicista se desvía de la importancia y relevancia de la ocupación como medida de recuperación de la salud, al estar determinado por un enfoque biomédico utilizando la actividad sólo como un medio para alcanzar objetivos.

Durante el año 1970 hasta la actualidad, surge el Paradigma Contemporáneo, en el cual se propone el retorno al enfoque en la ocupación “lo nuestro es, y debe ser, el conocimiento básico de la ocupación” (Wiemer Cit. en Kielhofner, 2006 p. 65), este paradigma siguió reforzándose utilizando elementos útiles del paradigma mecanicista, pero centrándose en la ocupación.

La naturaleza ocupacional del ser humano se ve reflejada en el hecho de tener: “un motivo o necesidad básica de la ocupación, la ocupación constituye un dominio específico del comportamiento humano, la ocupación es la fuente primaria del sentido en la vida” (Kielhofner, 2006, p. 66). Por lo tanto, la ocupación no se separa de las personas, nos entrega significados y sentidos, involucrando la experiencia subjetiva, que constituyen la vida de esa persona.

De esta manera, la terapia ocupacional ha cambiado gradualmente, ya que era insuficiente para hacer frente a las necesidades sociales y de salud, presentadas por los/las usuarios y usuarias de los servicios. Ese cambio en la mirada del profesional se ha evidenciado la necesidad de reflexionar sobre las

prácticas cotidianas de la Terapia Ocupacional y sobre sus aportes teóricos y conceptuales (Galheigo, S.M., 2012), lo que permite comprender la pluralidad y diversidad de realidades culturales con las que se encuentra el desempeño de esta disciplina, conduciendo a una Terapia Ocupacional Social.

El reconocido TO, Alejandro Guajardo, en su artículo “Enfoque y praxis en terapia ocupacional: Reflexiones desde una perspectiva Crítica” (2012) describe que a partir de las Ciencias Sociales que concurren a la Terapia Ocupacional teorías generales como el estructuralismo, funcionalismo, marxismo, construccionismo, entre otras, a sistemas teóricos específicos de la Antropología, Sociología y Psicología. De la misma forma, concepciones caracterizadas por un individualismo extremo a lo colectivo, de lo institucional a lo comunitario, de lo a-histórico a lo social. Estos debates se orientan no sólo aquello de la cuestión social, entendiendo como problemas sociales, por ejemplo, migración, calle, salud, discapacidad, violencia, minorías, etc., sino también, hacia el interior de nuestra propia institucionalidad disciplinar y profesional, el propio quehacer del o la terapeuta ocupacional.

Estos cambios, de acuerdo a Alejandro Guajardo (2012), pueden entenderse como una ampliación del conocimiento de terapia ocupacional, como adquisición de nuevos conocimientos teóricos para el quehacer de la/el terapeuta ocupacional, pero no deben ser situados primeramente como resultado de la acción interna de la profesión, sino por el contrario, es el efecto de las realidades socio-históricas de las cuales somos parte, en consecuencia, del campo social en el cual estamos siendo producidos. Así también, lo menciona Sandra Galheigo (2012) donde “los profesionales son construcciones socio-históricas y, depende de cómo, en cada momento histórico, son comprendidas tanto por las necesidades que buscan atender como por las dinámicas socio-políticas locales involucradas en el proceso de enfrentamiento de las cuestiones sociales” (p. 177), es por esto que no solo existe una terapia ocupacional, sino que podemos hablar de ésta en plural y no como una

profesión determinada, sino que se encuentra en una constante transformación y formación.

En congruencia con lo anterior, es que Alejandro Guajardo (2012) manifiesta, de esta manera, que la existencia de terapia ocupacional se debe a diversos problemas sociales, expresados en ámbitos como la salud, educación, trabajo, justicia, protección social siendo así una institución que emerge bajo condiciones históricas. Lo que hoy ha adquirido centralidad es la experiencia, la racionalidad, lo intersubjetivo, desapareciendo los meta-relatos, las realidades homogéneas y estandarizadas, solo habiendo conocimientos situados, específicos y locales. El relativismo cultural gradualmente comienza a ser preeminente en estos nuevos escenarios, como también lo son los derechos humanos, lo político y la comunidad, dando paso a una nueva forma de hacer la terapia, más holística, más abierta a comprender cómo se desarrolla el sujeto y desde donde debe plantearse un abordaje que permita una mayor efectividad de acuerdo a sus propias características.

Todo lo anterior, ha traído grandes desafíos a las prácticas de TO, las demandas de asistencia, inclusión y participación social de las personas en situación de discapacidad, con trastornos mentales o en situación de desafiliación, o con necesidades de cuidados de la salud, requieren ser analizadas a partir de sus historias personales y colectivas y de los contextos que son producidas (Galheigo, SM., 2012), en definitiva, se torna indispensable la importancia de las subjetividades, particularidades y construcciones sociales e históricas de las personas.

Los contextos previamente señalados de la TO han tenido un carácter positivista, cuya centralidad es el individuo disfuncional y su manifestación de la ocupación como exterioridad del mismo y como única vía de mediación con el medio social, gradualmente ha ido siendo superado por una comprensión más subjetiva de la persona, donde lo central pasan a ser los significados y sentidos de las ocupaciones en contextos socioculturales particulares (Guajardo, A., 2012). Así también, las relaciones sociales construyen y producen un

determinado modo de vida, una forma particular de vida cotidiana, en momentos socio-históricos particulares y cargados de subjetividad, siendo relevante conocer el sentido que las personas otorgan a sus ocupaciones y a su vida cotidiana, en determinados momentos de su vida que se encuentran en contextos de Unidades de Corta Estadía, los cuales pueden verse modificados o no, pues se desarrolla en un contexto completamente diferente al usual, bajo condiciones socioeconómicas diferentes o similares y enfrentados a compartir espacios comunes en interacción con otros, ya sea profesionales o usuarios/as, siendo relevante escuchar sus opiniones y reflexiones al respecto que son parte de su subjetividad que le dan sentido a la vida de la persona.

Actualmente, la Rehabilitación Psicosocial ha demostrado ser, en la historia reciente de la psiquiatría y la Salud Mental, un ingrediente clave en la eficacia de los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas afectadas por trastorno mental grave y persistente, contando con estrategias para afrontar las dificultades para el desempeño de la vida diaria (Hernández, M., 2011). Dado el interés por una rehabilitación y desarrollo integral de la persona con problemáticas de orden psiquiátrico, ha permitido la incorporación de la Terapia Ocupacional como una disciplina de la salud que despliega todas sus potencialidades en función de las necesidades contextuales y diversos marcos ideológicos, contribuyendo con esto a la recuperación psicosocial de la población afectada. Se ha encontrado en la Terapia Ocupacional la oportunidad de cambiar su condición de “pa(de)cientes o afectados”, a verdaderos agentes de su propia rehabilitación. Ellos, en gran medida, han colaborado desde su rol protagónico en la confirmación del éxito de los medios terapéuticos (Rueda, L., Valdebenito, C., & Lolas, F., 2005). De este modo, construir la praxis de la terapia ocupacional en conjunto y no solamente de quienes serían los expertos, permitiendo considerar subjetividades, contextos, socio-historicidad y cultura de las personas.

Es así como la ciencia ocupacional y diversos autores han contribuido a la resignificación del concepto de ocupación a través de los años, generando y

desarrollando el conocimiento en torno a la Ocupación, enriqueciendo de manera significativa la práctica de Terapia Ocupacional. Este conocimiento contribuye al saber de esta ciencia, saber que se encuentra en las propias prácticas de las ocupaciones, en los mismos sujetos, comprendiendo que las ocupaciones son prácticas sociales, relaciones y que en ellas se construyen los sujetos. De esta manera, damos paso al siguiente eje de nuestra investigación.

2.3.2 Desde el trabajo a la ocupación significativa.

A largo de la historia, diversos autores han aportado a la comprensión del concepto de ocupación, los cuales han sido utilizados ampliamente en los escritos de Ciencia Ocupacional, la cual “apunta a una comprensión ocupacional del ser humano, lo que traspasa las fronteras profesionales, posibilitando ampliar las habituales dimensiones de comprensión” (Da Silva, et al., 2011, p. 2), favoreciendo y enriqueciendo práctica de diversas disciplinas, es así como podemos encontrar diferentes definiciones de Ocupación.

Al buscar el concepto de ocupación en el diccionario, como La Real Academia de la Lengua Española (2014), éste se encuentra definido “como una acción y efecto de ocupar u ocuparse, trabajo de cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa, trabajo, empleo, oficio, actividad, entretenimiento”, siendo definida como sinónimo de trabajo y actividad, por ende de producción y desde la funcionalidad del sujeto, lo cual no sería atingente a la creencia del hacer una Terapia Ocupacional Social, debido al enfoque funcionalista otorgado a este concepto.

En el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (2006), la palabra ocupación “emana del concepto general de ocuparse a uno mismo y de ejercer control en la vida propia. La ocupación se refiere a grupo de actividades y tareas de la vida diaria, nominadas, organizadas y a las que se les da un valor y significado por los individuos y su cultura” (Simó, et al., 2006, p. 12). Por lo tanto, esta ocupación, debe ser significativa para la persona, pero al mismo tiempo culturalmente adaptada. Similar a la propuesta por el Comité de Ciencia

de la Ocupación de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile, la cual propone como definición de Ocupación a “aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura” (Álvarez, et al., 2007, p. 4). La cual no se entiende como simples actos motores, ni tampoco considera que todas las actividades forman parte de una ocupación, pero como criterio para ser ocupación, es que debe ser culturalmente aceptada, lo cual limita las opciones de la persona en decidir cuál es para ella una ocupación con sentido, llevando a la norma la actividad realizada por la persona.

En el documento “Ocupación: Sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al Sujeto, la Sociedad y Medio Ambiente” de Alicia Trujillo et al (2011), enfatiza que los sentidos y significados de las ocupaciones son fundamentales. Comprendiendo la ocupación “como una relación constituyente del sujeto”, “como un campo, que produce sujetos ocupados y permite la relación entre ellos, por lo tanto, somos ocupación, entonces el sujeto y la ocupación son equivalentes” (p. 17), donde el quehacer de:

La ocupación humana no es un quehacer aislado. Si bien el sujeto se encuentra en juego con su ocupar-se, la ocupación es relacional. Comunica, se encuentra influenciada por condiciones socioculturales y ambientales, al mismo tiempo que crea/recrea esas propias condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales.

(Trujillo A., et al., 2011, p. 23)

Pues al ser sujetos contruidos socialmente, estamos determinados por condiciones socio-históricas, culturales, económicas, etc. Es por esta razón que los sentidos y significados atribuidos a las ocupaciones, pueden verse afectadas según el contexto, tiempo, espacio en el cual nos desenvolvemos. Lo

cual está relacionado con la propuesta de Alejandro Guajardo (2013), el cual refiere que la ocupación “no es una cosa, un indeterminado. No es un mineral, una piedra, una molécula, un tejido. La ocupación son las personas.” (p. 30). Por lo tanto, comprenderemos la ocupación no como algo separado de las personas, representando un campo histórico y situado, “la ocupación como campo produce sujetos ocupados y la relación entre los sujetos. En este sentido somos la ocupación” (Guajardo, 2013, p. 30). Es decir, que la ocupación representa el *ser* de las personas, al realizar una ocupación las personas están siendo producidas como sujeto, por tanto, no son algo externo a nosotros o de las relaciones que nos constituyen. “La ocupación en uno, es la expresión de las ocupaciones colectivas, de la práctica social, de las relaciones sociales históricamente producidas que se han encarnado, materializados en las singularidades” (Guajardo, 2011, p. 16), ya que, la ocupación se encuentra en la misma realidad y prácticas sociales que el sujeto, es por esto que se dice que somos la ocupación, por lo tanto, ésta también hará referencia a un contexto, a los significados y sentidos de la persona junto a su cultura e historia.

En el área de Salud Mental, la práctica Terapia Ocupacional era destinada para:

Cuidar del ocio de los pacientes, disminuir los conflictos de los patios de recreo y cuidar de personas afectadas en su salud mental, se valorizó, principalmente tras el surgimiento de propuestas volcadas a la reinserción social y laboral, que propiciaban la horizontalidad de las relaciones entre el usuario, su familia, el equipo de salud y la comunidad.

(Da Silva, et al., 2011, p. 8)

En la actualidad, comprendemos la ocupación, como un campo relacional, determinado por condiciones socioculturales y ambientales, donde

somos ocupación. Por lo tanto, en Terapia Ocupacional se busca favorecer y promover la participación social e inclusión social de las personas, no solo en UCE sino en diversos ámbitos de la práctica, contribuyendo a la participación plena de las personas en ocupaciones que tengan un sentido y significado para ellos/as, donde puedan mejorar su calidad de vida y el acceso a bienes y servicios adecuados a sus necesidades, donde fortalezcan sus redes familiares y sociales, manteniendo una escucha activa, recabando sus reflexiones y opiniones desde su propia subjetividad, vivencias e historias de vidas, como procesos socialmente construidos, así comprender de manera significativa sus ocupaciones y su día a día.

2.3.3 Construyéndonos y construyendo: Vida Cotidiana.

Habitualmente y debido a las demandas que la sociedad y el sistema esperan que consigamos, inmersos en una sociedad de consumo y de atender a estándares de producción, exigen cada vez más recursos humanos, que no nos percatamos de los pormenores de nuestra vida cotidiana, en la que: “nos reproducimos a nosotros mismos y a nuestro mundo” (Heller, 1998, p. 27) dado que, no somos sujetos aislados y estamos cargados de subjetividad construida a partir de vivencias socio-históricas y, por consiguiente, sujetos inmersos en relaciones sociales, resulta necesario profundizar en cómo la vida cotidiana permite reproducirnos y construirnos, puesto que nos constituye como sujetos sociales. Para Ágnes Heller “la vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social” (1987, p. 19), de aquí radica la importancia de la vida cotidiana, su existencia es vital para reproducir la sociedad, entendiendo que el proceso de vida cotidiana se desarrolla en un cuadro comunitario, en el cual están presentes las relaciones interpersonales, tal como menciona Ana de Quiroga y Josefina Racedo “La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento, pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social y compartido, porque es un mundo que vivo con otros” (2007, p.12) por tanto, la vida cotidiana adquiere sentido para las personas.

El permanente vínculo e interacción con otros, nos concibe como sujetos constructores de la sociedad y la vez somos construidos por ésta, considerando las experiencias de los sujetos en el mundo son, antes que cualquier otra cosa, procesos sociales y se comprende la interacción en la vida cotidiana como la determinante de conocimientos incorporados por los sujetos (García, M., 2015) y que, a su vez, se representa parte de nuestra historia y la del resto de las personas, precisamente en la vida cotidiana.

De acuerdo a Lefebvre, la vida cotidiana está compuesta por un “espacio, tiempo, pluralidad de sentido, lo simbólico y las prácticas” (Lefebvre Cit. en Lindón, 2004, p. 41), por lo que se comprende la vida cotidiana en su totalidad, junto a su historicidad, por lo tanto no se reduciría sólo al conjunto de acciones aisladas, las que suelen confundirse con áreas ocupacionales que son parte de rutinas diarias y de la cotidianidad, “sobre todo porque su encadenamiento se efectúa en un espacio social y en un tiempo social” (Lefebvre Cit. en Lindón, 2004, p. 44). De esta manera, se da importancia al contexto donde se reproduce la cotidianidad y las relaciones sociales que lo constituyen.

Al ser subjetiva e intersubjetiva, la vida cotidiana es heterogénea, histórica y continua. Esta heterogeneidad implica el cómo se vive el día a día, las habilidades, capacidades, aptitudes, tipos de actividades, afectos, sentimientos, formas de actividad y la importancia que se le otorga a cada forma de actividad, asumiendo también que esta importancia cambia según el ángulo en el cual se les considera (Heller, 1987). Esto es debido a que la realidad no se agota ante la organización de la vida cotidiana en torno a un *aquí* y un *ahora*, ya que también abarca fenómenos vivenciados en el pasado, de esta forma “los sujetos puedan experimentar la vida cotidiana en grados distintos de proximidad y lejanía, tanto en el terreno espacial como en el temporal” (García, 2015, p. 25).

La heterogeneidad de la vida cotidiana, se desarrolla debido a la interacción con otros sujetos, como se propone desde la Teoría del Reconocimiento de Honneth, “el ser humano sólo se constituye como tal en

relación con otros seres humanos en un medio intersubjetivo de interacción, es por ello que el reconocimiento es el elemento fundamental de constitución de la subjetividad humana” (Tello, 2011, p. 46), para que se construya la identidad del sujeto, debe haber experiencia de reconocimiento intersubjetivo (Honneth, 1997). El reconocimiento de la identidad, para Hegel, es una necesidad social, de aceptación de las instituciones que garantizan la libertad, ya que favorecen su expresión plena (Honneth, 1997). Esta teoría avala el reconocimiento del sujeto como ser social y construido socialmente, mediante las interacciones que van construyendo intersubjetividades y otorgando identidad al sujeto.

Desde una perspectiva centrada en la construcción significativa del mundo social, Berger y Luckmann (1967) sostienen que *"la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente"* (p. 36), pero ¿qué sucede cuando este mundo social coherente deja de serlo, cuando la vida cotidiana se ve interrumpida por diagnósticos psiquiátricos, sumado a una desvinculación del contexto habitual? Esto puede suceder en situaciones donde las personas son hospitalizadas en Unidades de Corta Estadía (UCE) y viceversa, al momento de retomar la vida cotidiana fuera del contexto hospitalario. Mariana Moraes y Sonia Barros (2009), en su investigación “La vida cotidiana de la enfermedad mental: un reto para la atención de la salud mental” desde el relato de las propias personas, pone de manifiesto en los sujetos con sufrimiento psicológico, que la enfermedad mental provoca una ruptura en la vida diaria de la gente, marcada por las pérdidas materiales y emocionales. A su vez, la enfermedad está relacionada a la falta de voluntad, la inacción, la restricción de las posibilidades y capacidades, donde la falta de posibilidades, la situación de falta de interés en una vida cotidiana monótona en una condición de aislamiento, marcado por el acceso a un espacio diferente del cotidiano, en el que rigen otras normas y se producen experiencias particulares, en el que se establecen otros compromisos (Talavera, 2004) y se comparten espacios con otras personas.

Existe un quiebre, un cambio en la vida cotidiana, pero de qué manera se produce, esa es la cuestión, los significados que adquieren para la persona es lo que nos interesa conocer en Unidades de Corta Estadía en la presente investigación.

Por consiguiente, es relevante comprender por qué, como Terapeutas Ocupacionales, necesitamos conocer la vida cotidiana de las personas hospitalizadas en UCE y qué sucede con ellas, durante los periodos de hospitalización. Al respecto, Sandra Galheigo (2006), menciona que:

Los Terapeutas Ocupacionales necesitan utilizar sus propias perspectivas en los temas de la vida cotidiana, en el hacer de las personas y en sus contextos de vida. La singularidad del sujeto se manifiesta así misma en la práctica cotidiana determinada por la impronta cultural y los medios de producción de una sociedad particular. (p. 94)

Por ende, es fundamental considerar la vida cotidiana en las prácticas de Terapia Ocupacional, comprendiendo su día a día, su vida social, su experiencia personal e historia de vida, además de su subjetividad (sentidos y significados), que se expresa en la praxis humana, como resultado de la interacción con otros. También es importante considerar “el modo en que las personas experimentan sus vidas cotidianas y qué representaciones hacen de su condición” (Galheigo, 2006, p. 93) lo que nos permite acceder a sus significados.

Por lo tanto, la práctica de Terapia Ocupacional se ve mucho más enriquecida cuando nos acercamos a la vida cotidiana de las personas, a su contexto habitual y social, más que en los sistemas tradicionales de salud (de un box).

En la actualidad existen muchas poblaciones vulnerables, que ven limitadas sus redes sociales por falta de cohesión social, influyendo en la vida cotidiana de las personas, es por esto que la Terapia Ocupacional social también debe contribuir al fortalecimiento de los vínculos familiares y sociales que mejoren la vida cotidiana de las personas.

3. Marco Metodológico

3.1 Diseño de la investigación.

3.1.1 Tipo de estudio.

La presente investigación consiste en un estudio cualitativo, ya que se centra en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir desde una perspectiva interna (subjetiva) (Pérez, 2001). De tal forma, nos interesa indagar en las vivencias relatadas por las propias personas que se encuentran hospitalizadas en la Unidad de Corta Estadía, sobre el impacto que ejerce este servicio en el desarrollo de sus vidas cotidianas y de posibles ocupaciones significativas, considerando el marco institucional y las intervenciones llevadas a cabo dentro de estos lugares.

Esto nos permitió producir información de carácter subjetivo y que, por ende, no se puede cuantificar ni estandarizar, ya que para cada persona sus experiencias podrán tener un significado y sentido diferente a la de un otro, son estas diferencias y experiencias subjetivas las que se abordan y se establece un análisis respecto al significado otorgado a la vida cotidiana y ocupaciones desarrolladas dentro de estos Servicios. En congruencia, con lo que nos permiten estudiar las investigaciones cualitativas, las cuales aprehenden la realidad en su contexto habitual, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas (Rodríguez, Gil & García, 1999), es decir, desde un

carácter subjetivo. Por lo tanto, esto nos permitirá aprehender, analizar y describir las características respecto del desarrollo de la vida cotidiana y la ocupación al interior de una institución durante el proceso de hospitalización experimentado por la persona y como significan estos procesos, pudiendo dar cabida a un proceso de resignificación de las ocupaciones significativas y de su propia cotidianidad, de acuerdo a la institución en la que se encuentre la persona y el abordaje que se le entregue.

3.1.2 Enfoque de investigación

La presente investigación se sitúa desde el Construccinismo Social liderado por Kenneth Gergen, el cual surge en 1985, en respuesta a la crisis de la Psicología Social. Éste analiza cómo se generan los conceptos y la utilización que se les da a éstos, a través de convenciones lingüísticas, las construcciones culturales y sociales, incorporando la historicidad. Donde todo significado no sería “un producto de la mente”, sino que sería creado y solo posible en el contexto del discurso que lo sustenta (Gergen, 1985). Comprendiendo así al sujeto a partir de la socio-historicidad que lo ha construido, que ha determinado su locura, considerando el origen de ésta como un malestar social y no algo netamente propio del sujeto. Además, se apuntará a un abordaje social de la persona al interior de las instituciones, analizando cómo se le comprende y la intervención a la que es sometido, considerando o no sus intereses, ocupaciones y deseos, los cuales en ocasiones pueden no sustentarse dentro del contexto hospitalario.

Por lo tanto, la generación de conocimiento y significados es externa al sujeto, siendo este entendido como el resultado de las relaciones sociales y el contexto en que se desarrollan éstas. De esta forma se analizará cómo la comprensión de locura que ha sido construida a partir de las creencias sociales impacta en el proceso de rehabilitación y en el tipo de abordaje brindado a las personas, las cuales son alejadas de sus contextos cotidianos por largos periodos. Además, de comprender como lo social, las relaciones de poder, los vínculos, los tratos que se dan en las instituciones, se han creado a partir de las

construcciones dentro de los mismos, las cuales se han reproducido a lo largo del tiempo y han impactado de una u otra forma dentro de los procesos que viven las personas en Servicios de Corta Estadía.

3.2 Diseño Muestral

3.2.1 Participantes de la investigación.

En congruencia con el enfoque metodológico cualitativo y el tipo de investigación, la muestra está constituida por un total de 6 mujeres. Del total de 6 personas, se conformaron 2 grupos, uno de 4 y uno de 2 personas, las cuales hayan transitado por diferentes Unidades de Corta Estadía.

Para la realización del grupo de discusión se esperaba contar con la participación de 4-5 personas⁶, sin embargo, debido a las dificultades de reclutamiento en el primer grupo sólo fue posible contar con 4 personas y para el segundo grupo con 2 personas, como fue mencionado anteriormente.

De acuerdo con lo anterior, se estableció como criterio de inclusión mínimo el “Estar o haber estado hospitalizado/hospitalizada en una Unidad de Corta Estadía en los últimos 12 meses”, para su participación dentro de la investigación.

Grupo 1 → COSAM El Bosque

Estar o haber estado hospitalizado/hospitalizada en una Unidad de Corta Estadía en los	Criterio	Género	
			Mujer

⁶ Se denominará con una E a cada entrevistado, diferenciándolos con un número.

últimos 12 meses	Mayor de 18 años	e1, e2, e3, e4	-
	Estadía mínima 15 días	e1, e2, e3, e4	-
	Estabilidad (no episodio de crisis)	e1, e2, e3, e4	-
	Que posean comunicación verbal	e1, e2, e3, e4	-
	Total de entrevistados por género	4	-
	Total de entrevistados	4	

Grupo 2 → COSAM El Bosque

Estar o haber estado hospitalizado/hospitalizada en una Unidad de Corta Estadía en los últimos 12 meses	Criterio	Género	
		Mujer	Hombre
	Mayor de 18 años	e5, e6	-
	Estadía mínima 15 días	e5, e6	-
	Estabilidad (no episodio de crisis)	e5, e6	-
	Que posean comunicación verbal	e5, e6	-
	Total de entrevistados por género	2	-
	Total de entrevistados	2	

- El criterio de homogeneidad se ve reflejado en que todos/todas los y las participantes debían tener en común los criterios de inclusión propuestos anteriormente.
- En cuanto al criterio “Mayor de 18 años”, fue considerado en función de que la persona pueda decidir de forma autónoma su deseo de participar

o no dentro de la investigación, sin tener que depender de un tutor para esto.

- El criterio de “Estadía mínima de 15 días”, es en razón de que este es un largo tiempo, considerando que la persona debe estar dentro de un lugar aislada, donde incluso no puede salir de la institución. Por lo que, el estar al menos 15 días, se generaría un impacto importante en las personas, ya que las priva de la vida y contextos en los que se desenvolvían previo a la internación, alejándolas aún más de la realidad que ellas conocían y reemplazándola por una desconocida, sin sentido de pertenencia y ajena.
- El siguiente criterio de “estabilidad”, es considerado para evitar interferir en un proceso de crisis que pueda estar cursando la persona, en la que se puede encontrar alejada de la realidad y no tenga las capacidades en ese momento de entregar un relato acorde a lo solicitado.
- Y, por último, el criterio “que posean comunicación verbal”, se considera con la finalidad de poder obtener un relato comprensible para su posterior análisis.

Todo esto con la finalidad de contemplar y analizar tanto las diferencias como las similitudes de los relatos de las personas, permitiendo la riqueza de la información obtenida.

Los criterios de inclusión considerados permitieron el acceso a relatos comprensibles y analizables, con diversos contenidos y percepciones desde las diversas subjetividades y con percepciones sustanciales respecto a cómo la estadía al interior de estos servicios ha influido en su significación de la cotidianidad y de las ocupaciones significativas.

Todas las personas pertenecientes a la muestra fueron usuarios de servicios de corta estadía.

3.2.2 Estrategias de muestreo

La estrategia de muestreo seleccionada para la presente investigación es no probabilístico de tipo intencional, ya que las personas participantes debieron coincidir con los perfiles definidos conceptualmente con anterioridad. Al ser no probabilístico “lo interesante es seleccionar aquellos casos que proporcionen una mayor cantidad de información, con el máximo de calidad que sea posible.” (Alaminos & Castejón, 2006).

El muestreo intencional es homogéneo, debido a las dificultades enfrentadas al momento del reclutamiento de la muestra. Ya que, se debió enfrentar a limitaciones burocráticas y de concentración de los/as participantes.

Sin embargo, el muestreo esperando era de tipo heterogéneo, para buscar las máximas diferencias posibles en el campo, representando la complejidad del fenómeno estudiado e identificar coincidencias y diferencias en el discurso, de acuerdo a lo propuesto por Azócar y Mayol (2014).

3.3 Técnicas de producción de información

Para la presente investigación, se hizo uso de la técnica de Grupo de Discusión, debido a que al ser una técnica que estudia el habla estaremos estudiando el nudo crítico en donde lo social se reproduce y se cambia (Canales, M., Binimelis, A., 1994), lo cual es fundamental para comprender la subjetividad de los/las participantes respecto a cómo significan la vida cotidiana y las ocupaciones significativas al vivir un proceso de hospitalización.

Esta técnica permite la investigación de tópicos y espacios comunes que recorre la intersubjetividad y en los que ésta se reproduce, permitiendo que el habla investigada se articule con el habla investigadora teniendo así la forma de conversación. Por lo tanto, el investigador habla con un grupo que se encuentra dialogando (Canales, M., Binimelis, A., 1994). Así es, como esta técnica permitió la aprehensión de las opiniones en común de los participantes,

brindando una instancia de libre expresión y discusión en torno a las temáticas propuestas.

3.4 Técnicas y procedimientos de análisis de información

3.4.1 Método de análisis utilizado

El análisis cualitativo de la información obtenida se realizó bajo el Análisis de Contenido, este es “un conjunto de técnicas sistemáticas interpretativas del sentido oculto de los textos” (Andréu, 2000, p.22), esto porque implica un análisis, en el cual se pueden inferir significados, en definitiva, explicar y deducir, considerando el carácter inductivo de los estudios cualitativos basado en la lectura (textual o visual) como instrumento de recogida de información (Andréu, 2000). Este tipo de análisis tiene una serie de presupuestos, la información que está en forma de texto, se convierte en un soporte, que tiene un sentido simbólico, este sentido o significado puede variar según la perspectiva y contexto de quien lo lee, es decir, es una construcción social y política (Olabuénaga, 2012), ya que el análisis de contenido combina intrínsecamente la observación y producción de los datos, y la interpretación o análisis de los datos, por lo que cualquier análisis de contenido, debe realizarse en relación con el contexto de los datos y justificarse en función de éste mismo (Andréu, 2000). Cabe destacar que “el denominador común de todos estos materiales es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social” (Andréu, 2000, p.2). Todo esto relacionado a las experiencias propias de cada persona entrevistada, que es parte de una Unidad de Corta Estadía, de tal forma obtener conocimientos sobre de los significados y subjetividades en torno a la vida cotidiana y ocupaciones en el contexto de este recinto.

Las categorías y subcategorías pertinentes para el análisis de contenido son las siguientes:

Categoría 1	Subcategorías
<p><u>Actividades en la Unidad:</u> <u>Aislamiento y efecto “Malla Kiwi”</u></p> <p>Las actividades serán consideradas como todas aquellas acciones terapéuticas o no llevadas a cabo por los usuarios dentro de la UCE. El nombre otorgado a esta categoría va en relación al aislamiento de la persona que genera la institución a través de las diversas actividades que entrega o no entrega a los/las usuarios/as. La malla representa...tal y tal... ¿qué les dice la metáfora?</p>	<p>1.1. Actividades grupales e individuales</p> <p>Se describirán actividades individuales o grupales (2 o más personas), gestionadas por la institución o autogestionada. Por ejemplo: atención terapéutica individual, visitas de familiares, talleres.</p>
	<p>1.2. Actividades según interés y expectativas</p> <p>Corresponderá a actividades realizadas de acuerdo a gustos, a su motivación, si responden a lo que ellos pensaban y/o esperaban, si responden a sus objetivos o cubre sus necesidades.</p>
	<p>1.3. Actividades según voluntariedad y obligatoriedad</p> <p>Se describe el carácter de la participación en la actividad.</p>
	<p>1.4. Actividades según el sentido y lógica institucional</p> <p>Se apunta al sentido/significado/finalidad/justificación que otorga la institución a la actividad impartida desde la percepción de cada usuario (normativa, terapéutica, estandarizadora).</p>

Categoría 2	Subcategorías
<p><u>Necesidad de estar ocupado</u></p> <p>En esta categoría serán consideradas las actividades que posean un significado y sentido, por ende ocupaciones llevadas a cabo dentro de la Unidad de Corta Estadía o fuera de ella. El nombre va en relación a la necesidad humana de estar ocupados para lograr un bienestar subjetivo.</p>	<p>2.1. Sentido otorgado a las actividades y ocupaciones</p> <p>Esto corresponderá a la apreciación y entendimiento que le otorgue la persona a las diversas actividades realizadas en UCE o fuera de ésta, considerando sus historias de vida, valores, con la finalidad de determinar si la actividad corresponde a una ocupación o solo una actividad.</p>
	<p>2.2. Cambios de ocupaciones significativas</p> <p>Esto hace referencia a posibles transformaciones que puedan sufrir las ocupaciones históricas de la persona al momento o luego de vivenciar una estadía en una Unidad de Corta Estadía.</p>

Categoría 3	Subcategorías
<p data-bbox="310 342 706 417"><u>Aspectos de la vida cotidiana en UCE</u></p> <p data-bbox="310 464 706 856">La vida cotidiana será comprendida como todas aquellas acciones desarrolladas durante el quehacer diario en un espacio y tiempo social compartido por una sociedad, la cual se encuentra sujeta a diversas condiciones socio-históricas.</p>	<p data-bbox="725 310 951 338">3.1. Espacio social</p> <p data-bbox="725 354 1515 525">Según Lefebvre espacio, “es el entorno de un individuo o grupo, es el horizonte dentro del cual se sitúan y viven los individuos”. (p. 41, cit. Lindon), no solo vista como un espacio físico, sino cargados de sentidos y significados por las personas.</p>
	<p data-bbox="725 567 1029 594">3.2. Pluralidad de sentido</p> <p data-bbox="725 611 1515 781">La pluralidad de sentidos es entendida según Lefebvre como los, “sentidos que coexisten como una polifonía, polisemia, polivalencia” (p.42, cit. Lindon). No existe un sentido, existen muchos sentidos otorgados por las personas en la vida diaria.</p>
	<p data-bbox="725 823 932 850">3.3. Simbolismos</p> <p data-bbox="725 867 1515 1121">“El símbolo implica una comunidad que lo reconoce, es connotativo y denotativo”. (Lindon, p.43). “...identifica parcialmente a dos seres, evoca uno a partir del otro”, se entenderán los simbolismos asociados a qué representa la hospitalización para cada ser y, particularmente, la intervención de terapia ocupacional.</p>
	<p data-bbox="725 1171 883 1199">3.4 Prácticas</p> <p data-bbox="725 1215 1515 1470">Para Lefebvre, “las prácticas sociales son concebidas como totalidad social”, por lo tanto, se rechaza la idea del “hacer” al entenderse como operaciones individuales, en cambio la praxis involucra símbolos, cultura, representaciones e ideologías. Existiendo dos tipos de praxis, una repetitiva y otra inventiva o creativa. (p.43)</p>

Categoría 4	Subcategorías Emergentes
<p data-bbox="310 1673 613 1749"><u>Resignificación de la vida cotidiana post UCE</u></p> <p data-bbox="310 1808 706 1835">La resignificación se entenderá</p>	<p data-bbox="725 1673 1032 1701">4.1. Relaciones familiares</p> <p data-bbox="725 1717 1515 1835">Hace referencia a todas las situaciones familiares desembocadas por el paso en UCE del usuario/a, situaciones de diversas connotaciones.</p>

<p>como un proceso de deconstrucción y construcción de los significados otorgados a la vida cotidiana a partir de la experiencia del cuerpo vivido en Unidades de Corta Estadía, por ende, comprendiendo la socio-historicidad de la persona.</p>	<p>4.2. Rutinas Se consideran las rutinas que las personas llevaron o llevan a cabo al momento de salir de UCE y que anteriormente no tenían.</p>
	<p>4.3. Impacto de la experiencia de hospitalización en la reincorporación a la vida cotidiana post-hospitalización Se considera el impacto y/o resultado que ha tenido este proceso en las relaciones de la vida laboral, social, familiar, etc. a mediano y largo plazo.</p>

Categoría 5	Subcategorías
<p><u>Terapia Ocupacional en UCE</u> Comprendido como las oportunidades de acción de la Terapia Ocupacional en un contexto institucional de UCE.</p>	<p>5.1. Actividades terapéuticas Toda acción propia o no de la práctica dirigida por el/la Terapeuta Ocupacional del establecimiento.</p>
	<p>5.2. Posibilidades de acción: acogedoramente alejado Espacios físicos y recursos humanos destinados a la práctica propia de la/el Terapeuta Ocupacional de acuerdo con el contexto institucional. El título fue determinado de acuerdo a la propia descripción realizada por las usuarias de la relación que se mantiene con el Terapeuta Ocupacional de la institución.</p>
	<p>5.3. Sugerencias para la práctica Toda opinión y aporte desde la voz de usuarios y usuarias del servicio, orientadas a contribuir con la práctica de la Terapia Ocupacional en contextos de UCE.</p>

3.4.2 Técnica y procedimientos a través de los cuales se analizará la información

En primer lugar, las discusiones grupales, fueron registradas a través de una grabación de voz y se hizo registro de notas en un cuaderno de campo.

Una vez realizadas las discusiones grupales con las personas, parte de la institución, se procedió a su transcripción, centrándonos en su experiencia y la significación otorgada a la vida cotidiana y a las ocupaciones significativas.

El estudio, en un inicio, fue eminentemente descriptivo en cuanto a cómo se desarrolla la cotidianidad al interior de estos lugares y de la posibilidad de realizar actividades consideradas como ocupaciones significativas, para luego analizar el impacto que provoca el cambio de cotidianidad y posiblemente de ocupaciones en las personas dentro de sus procesos terapéuticos, y considerar una posible resignificación de estas concepciones al vivir un proceso de hospitalización.

3.5 Consideraciones éticas

Cabe mencionar que la presente investigación mantiene el resguardo ético pertinente, donde se le informó a cada uno de los participantes los objetivos de la investigación, los procedimientos que se llevaron a cabo para conseguirlos y se les brindará la oportunidad de recibir la devolución de la investigación con los resultados una vez finalizada, tanto a los participantes como al equipo del COSAM El Bosque.

En adición a esto, se le comunicó a cada persona convocada que es libre de aceptar participar en la investigación, con la finalidad de asegurar un clima en que la disposición del trabajo sea de forma voluntaria. Pudiendo retirarse de forma voluntaria de ésta cuando lo estime pertinente.

Y, por último, se resguardó con absoluta confidencialidad la identidad de los participantes que se entrevistaron, procurando no revelar sus nombres reales en el texto de la investigación. Todo lo anterior, se encuentra estipulado en un consentimiento informado de acceso a participar de la investigación.

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en torno a las siguientes categorías: aislamiento y efecto “*Malla Kiwi*”, Necesidad de estar ocupado, Aspectos de la vida cotidiana en UCE, Resignificación de la vida cotidiana post UCE y Terapia ocupacional en UCE.

1. Actividades en la Unidad: aislamiento y efecto “*Malla Kiwi*”

Esta categoría considera las actividades como toda acción de índole terapéutica o no llevada a cabo dentro de las unidades de corta estadía. El concepto de “malla kiwi” hace referencia al espacio en donde las personas se encuentran, ya que algunos de los espacios en los que ellos se desenvolvían se encontraban cubiertos y cerrados con esta malla. La cual se puede usar tanto para proteger como para aislar, por tanto, evidenciando la lógica de aislamiento y reclusión de los espacios psiquiátricos que se ha mantenido a lo largo de los años. Además, este aislamiento no sólo se encuentra dado por aspectos materiales, sino que también por el tipo de actividades brindadas o no a los usuarios/as. Lo anterior, se ha desarrollado en 4 subcategorías:

1.1 Grupales e individuales

En esta subcategoría se describen las actividades individuales o grupales (2 o más personas), gestionadas por la institución o autogestionadas.

Dentro de las actividades mencionadas por las participantes se pudo identificar sólo una actividad de índole individual gestionada por la institución, que eran las sesiones terapéuticas con diversos profesionales (psicólogos y psiquiatras). Estas actividades no se encontraban establecidas, sino más bien se desarrollaban en función del tiempo del profesional, reflejando la escasa

cercanía con los usuarios/usuarios y la poca atención especializada entregada por parte de éstos.

En cuanto a las actividades gestionadas por los mismos usuarios, existían personas que organizaban su propia rutina de gimnasia y la realizaban en sus habitaciones, buscando espacios de privacidad, otras personas realizaban sopas de letras o dibujos de forma individual. A pesar, de que los usuarios/as buscaban ese espacio de privacidad, las actividades más frecuentes eran aquellas en donde se compartía con el resto, por ejemplo, karaoke, mandalas, ejercicios, entre otras:

“Generalmente había gente que llevaban juegos de mesa entonces uno jugaba juegos de mesa con alguien, o una conversación”. E5

Estas actividades grupales, eran gestionadas tanto por el personal como por los usuarios/as, de acuerdo a las posibilidades de acción dentro del espacio. Al contar con escasos recursos materiales y humanos, se debía hacer votación para llegar a un consenso respecto a las actividades que iban a ser llevadas a cabo por los usuarios y usuarias, lo cual, no a todas las personas les parecía, debido a que no podían muchas veces realizar la actividad de su interés. De acuerdo a lo referido por las participantes:

“No se podía proponer mucho porque todo eso dependía de votación, de votación de toda la gente si es que daban la oportunidad de proponer algo, se daba la oportunidad de proponer, pero tenía que ser grupal” E5.

Este discurso fue ampliamente repetido por las diversas participantes, por tanto, podemos decir, que en numerosas ocasiones las usuarias requerían como parte de su terapia actividades que respondiesen más a sus intereses

personales que a un interés colectivo, lo cual no era posible debido al contexto institucional en los cuales se encontraban.

Otra actividad grupal vivenciada por las participantes era una asamblea llevada a cabo por el Terapeuta Ocupacional una vez a la semana, el cual se encargaba de brindar un espacio de expresión para los usuarios/as con la finalidad de dar cuenta de sus molestias, preocupaciones o sugerencias respecto al espacio institucional. De acuerdo a lo referido por las entrevistadas:

“Hacían una, como un grupo, donde los pacientes decían lo que le faltaba, lo que le molestaba a la terapia, a UCE.” E4.

Por tanto, en esta asamblea se evidenciaba que este profesional era el único que brindaba estos espacios grupales de expresión y respeto por la opinión del resto, espacio que brindaba la posibilidad de conversación y reflexión entre los propios usuarios/usuarios del servicio. Un lugar que permitía a las personas empoderarse y problematizar su proceso dentro de esa institución, rompiendo con el control y alienación que pretende lograr este tipo de establecimientos a través de *“ordenar el desorden del loco”* (Saraceno Cit. en López, Laviana & García-Cubillana, 2006, p. 4).

1.2 Según intereses y expectativas

En esta subcategoría se encuentran comprendidas las actividades realizadas de acuerdo con los intereses y la motivación de los usuarios/usuarios. Además, considerando si éstas respondían a lo que ellos/ellas pensaban y/o esperaban, a sus objetivos y/o cubrían sus necesidades.

En cuanto al interés que generaban las actividades en los usuarios/usuarios, señalan que era alto, debido a las pocas actividades que se

daban en ese contexto. A pesar de que no fuese una actividad de su interés era un espacio de participación y distracción, esperado con ansias por las personas. En palabras de una entrevistada:

“Al menos yo, no hallaba la hora que llegara la hora de que llegara ese día, porque era el único día en que hacíamos algo. Yo preguntaba: ¿cuándo es?, ¿cuándo es?, porque a mí se me confunden los días” E4.

Lo expuesto anteriormente por la participante, da cuenta de la falta de actividades y recursos invertidos para su realización. Reflejando así el modelo de funcionamiento de los espacios psiquiátricos, un modelo más bien manicomial que uno comunitario, de acuerdo a lo propuesto por el actual Plan Nacional de Salud Mental. Estas actividades de interés se encontraban limitadas ya sea por el espacio físico, social, por las normas o reglas y horarios establecidos, ajustándose a una rutina donde la mayoría de las actividades llevadas a cabo se encontraban bajo una programación prefijada. De acuerdo con lo referido por las propias participantes:

“No, lo fome era que a veces uno alcanzaba a hacer un poquito de algo y ya se terminaba y se daba el almuerzo y luego la once. Uno quedaba entusiasmada y no le dejaban las cosas porque uno podía ahorcarse con un pedazo de lana” E3.

Por tanto, los intereses de las personas también se veían limitados por el control ejercido desde la propia institución en relación a la seguridad de los usuarios/usuarios. A pesar de estas limitaciones, se destaca la labor del personal, para brindar una mejor calidad de vida a los usuarios/usuarios durante

la hospitalización, brindando espacios de autocuidado, lo cual era altamente valorado sobre todo por las participantes, las cuales mencionan lo siguiente:

“Auxiliares, los enfermeros, paramédicos, entraban en acción de que “ah tengo que hacerte una trenza a ti” y “yo te voy a hacer esto a ti”, “te voy a pintar las uñas” E5.

Se brindaban espacios que permitían lograr un bienestar subjetivo, aunque fuese por un tiempo limitado. Por otra, parte el terapeuta ocupacional cumplía una labor importante para los usuarios/as, ya que, éste se preocupaba por realizar actividades modificadas según las capacidades de los usuarios/as, debido a que algunos tenían dificultades en la motricidad fina, deterioro cognitivo, entre otros, considerando sus particularidades e intereses para fomentar su participación y lograr un aporte a su proceso terapéutico.

1.3 Voluntariedad y obligatoriedad

En esta subcategoría se considera el carácter de la participación en las actividades dentro de la unidad, ya sea voluntario u obligatorio. Dentro de ésta se pudo identificar que las personas no eran obligadas a participar activamente de las diversas actividades llevadas a cabo en el servicio. Por ejemplo, ir a la asamblea organizada por el Terapeuta Ocupacional era obligatorio, sin embargo, no era necesario hablar en esos espacios, de acuerdo a lo referido por la participante:

“Por lo menos en UCE, había un día que obligatoriamente se hacía una asamblea, donde se preguntaba uno a uno sin obligar a contestar lo que preguntaba el TO (...) pero no era necesario contestar” E5.

En la experiencia de otra participante, cuando no tenían ganas de asistir, se encontraban con la insistencia por parte del profesional para hacerlo. Más nunca se veían obligadas a participar finalmente de la actividad. De acuerdo con lo mencionado por la participante:

“Sí, insistía sí que uno participara, pero como que yo no soy muy buena para participar en esas cosas.” E4.

Por lo que, en relación con los discursos de las participantes se destaca la libertad para elegir que tenían las personas dentro de ese espacio, ya que, a las sesiones con psicólogos o psiquiatras tampoco asistían obligadas, pudiendo referir que no tenían interés en ese momento. Por tanto, se respetaba su decisión, sin someterlas a participar a través del abuso de poder en la tradicional relación profesional-paciente.

1.4 Sentido desde la lógica institucional

En la siguiente categoría se apunta a significado/finalidad/justificación que otorga la institución a la actividad impartida desde la percepción del propio usuario/usuario.

De acuerdo, con lo referido por las participantes, se obtiene que, a pesar de la lógica voluntaria de las actividades, ellas comprendían que la institución trabajaba desde la lógica de realizar un aporte para el proceso de tratamiento a través de éstas, las cuales buscaban mantenerlas estables. Según las propias palabras de las entrevistadas sobre la participación:

“El día se hace más corto y a uno lo saca de la tontera que está pensando. Nos sacaba un rato de eso.” E4.

“Yo creo que nivelarnos, es como de paso y después pasar al Hospital de Día o COSAM.” E1.

Por tanto, había una concepción positiva en torno al objetivo que tiene la institución al realizar diversas actividades para las personas hospitalizadas en Corta Estadía. Sin embargo, el “nivelar” a las personas podría ser un intento por homogeneizar las conductas de éstas a lo que es socialmente aceptado, llevando a las personas a la “normalidad” o bien a la mutilación del yo (Silva, 2012, p. 27).

2. Necesidad de estar ocupado

La presente categoría comprende las actividades que posean un sentido y significado, por ende, ocupaciones llevadas a cabo por los usuarios/usuarios dentro o fuera de una Unidad de Corta Estadía. El nombre de esta categoría hace referencia a la necesidad humana de estar ocupados para apuntar a un bienestar subjetivo. Por lo tanto, se consideraron las siguientes subcategorías:

2.1 Sentido otorgado a las actividades y ocupaciones

Esta corresponde a la apreciación y entendimiento que la persona le otorgaba a las diversas actividades realizadas en UCE o fuera de ésta, considerando sus historias de vida, valores, con la finalidad de identificar si la actividad corresponde a una ocupación o solo una actividad.

En congruencia con los discursos de las participantes, se evidencia que la ocupación es un campo relacional, determinado por condiciones socioculturales y ambientales, de acuerdo a lo propuesto por Guajardo (2014), las ocupaciones no son un quehacer aislado y por ende, brindan un espacio de expresión y sanación del yo a las personas dentro de su contexto, como menciona una de las participantes:

“Siento que si uno está con algún problema mental en ese minuto, lo que menos necesita es estar pensando en ese problema, porque te persigue, te persigue. Entonces necesitas estar ocupado” E1.

Por tanto, llevar a cabo una ocupación en relación con el entorno, permite realizar un aporte constructivo al proceso terapéutico que vivencia cada persona. Ya sea ocupaciones desarrolladas previas al ingreso a UCE o actividades dentro de UCE que se convierten en ocupaciones para algunas personas, como menciona una de las participantes:

“Había una chica que aprendió a hacer estos mandalas de lana, pero los aprendió a hacer nivel Dios, entonces al final los empezó a vender y ahí se expandió un poco esto de que ya la TO servía en su vida diaria, porque ella empezó a vender estas cositas y le servían para subsistir y mejorar su calidad de vida” E5.

Evidenciando que, a pesar de la escasez de recursos para llevar a cabo actividades, el Terapeuta Ocupacional, lograba en ocasiones dar respuesta a las necesidades e intereses de las personas, lo cual permitía que llevaran a cabo actividades cargadas de sentidos y significados diferentes, posibilitando la reproducción de estas prácticas en contextos externos a una unidad de corta estadía, contribuyendo a sus vidas cotidianas. Sin embargo, existían prácticas que en ocasiones se veían limitadas por este contexto, ya sea por los usuarios/usuarias o por el personal, ocupaciones cargadas de sentido como:

“Dibujar para mí, es crear, crear algún escenario que yo me imaginé (...) es como bien entretenido porque uno se imagina una

escena y la recrea, entonces eso hace sentir bastante bien porque uno está creando” E5.

Esta ocupación, por ejemplo, en la situación de la participante se veía limitada debido a que ella trabajaba con materiales costosos y todos los usuarios/usuarias se acercaban a ella a pedirselos, por tanto, ella finalmente optaba por cuidar sus pertenencias y dejar de lado su ocupación o en el caso de otras participantes, ellas se veían limitadas para pintar, ya que, no podían estar sin la supervisión de un profesional, debido a que el lápiz podía representar un arma para las personas. Reflejando cómo el contexto puede ser un favorecedor o una limitante al momento de reproducir las ocupaciones.

2.2 Cambios de ocupaciones significativas

La siguiente subcategoría hace referencia a posibles transformaciones que puedan sufrir las ocupaciones históricas de las personas al momento o luego de vivenciar una estadía en una Unidad de Corta Estadía.

De acuerdo a los relatos de las participantes, se evidencia un quiebre en las ocupaciones de las personas luego de vivir una experiencia de hospitalización en UCE, donde se puede apreciar una posible falla en el servicio otorgado para el abordaje de los usuarios/as, ya que, se generan cambios y pausas en ocupaciones, las cuales han tenido gran importancia para las personas para posteriormente pasar a un segundo plano, en las palabras de las propias participantes:

“Para mí era un escape leer, me gustaba mucho leer.... Y leo muy rápido y no lo soltaba hasta que lo terminaba y me iba de un viaje: desesperada por sacarlo en un día, me encantaba. Ahora tengo un montón de libros en espera” E1.

“Porque yo por ejemplo estoy en pausa, porque estoy detenida en mis ocupaciones, porque no me interesa hacer ninguna de ellas”

E1.

Lo anterior va en congruencia con la comprensión de ocupación, propuesta por Guajardo (2014), donde somos la ocupación y la ocupación es el sujeto, se evidencia un malestar social en el sujeto el cual no logra expresar a través de la ocupación, ya que, pierde interés por realizarla. Dando cuenta, que el proceso terapéutico desarrollado en UCE no fue el más atingente a las necesidades de la persona, ya que, ésta no lograba expresar su interioridad a través de un eje fundamental del ser como es la ocupación.

3. Aspectos de la vida cotidiana en UCE

La vida cotidiana responde a todas las acciones llevadas a cabo durante el quehacer diario en un espacio y tiempo compartido por una sociedad, la cual está sujeta a diversas condiciones socio-históricas. Los aspectos considerados dentro de la vida cotidiana corresponderán a los propuestos por Lefebvre: espacio social, pluralidad de sentidos, simbolismos y prácticas. Los cuales están comprendidos en las siguientes subcategorías:

3.1 Espacio social

Esta categoría, de acuerdo con Lefebvre, se considera el entorno de un grupo o sujeto como “...el horizonte dentro del cual se sitúan y viven los individuos”. (p. 41, cit Lindon), no solo vista como un espacio físico, sino cargados de sentidos y significados por las personas.

Dentro de lo obtenido, se evidencia que en el espacio social compartido aún persisten características medievales, manteniendo el principio del encierro y ocultamiento, ya que, las construcciones prácticamente se han mantenido desde su creación, intactas y con mínimas modificaciones, que continúan

respondiendo a la lógica del control social, sin pensar en brindar un espacio acogedor para el proceso terapéutico de las personas. En palabras de las propias participantes respecto a los espacios para fumar, lugares altamente valorados por los usuarios/usuarias del servicio:

“Porque para mí fue muy lúgubre, muy tétrico. Pondría más plantitas, para darle más color, más acogedor” E2.

“Bueno, yo lo vi ayer no más y está cambiado porque están trabajando y pusieron unas mallas y no se ve nada para adentro, ni nada para afuera. Están poniendo techo donde no había, pusieron reja donde estaban los dormitorios donde daban las piezas para afuera” E4.

Lo señalado, da cuenta de la precariedad de esos espacios, a pesar de ser altamente concurridos por los usuarios/usuarias. Por tanto, se evidencia una despreocupación importante respecto del bienestar que pueden provocar los espacios físicos sobre las personas que se encuentran en un periodo agudo de su malestar social. Y se evidencia como se continúa con la lógica del aislamiento al poner mallas que impiden la visión desde cualquier ángulo. En adición a lo anterior, se revelan las diferentes socio-historicidades de cada persona, ya que, cada uno de ellos otorgaba un sentido y significado diferente al espacio en donde se encuentra, donde muchos de ellos no respetaban este espacio social, en palabras de las participantes:

“Yo siendo fumadora, hay gente que bota las cenizas en todas partes, a pesar de que hay miles de tarros. Y lo otro es que los

hombres escupían en cualquier parte y eso uuuy me mata, me mata” E1.

Se refleja entonces la falta de sentido de pertenencia con el espacio terapéutico y la poca empatía hacia el resto de las personas que transitaban por aquel lugar, lo cual generaba malestar en los pares y la pérdida de familiaridad y comodidad con la vida cotidiana usual (fuera de UCE), interfiriendo de diversas formas en el proceso terapéutico de las personas. Lo anterior, no es otra cosa que una forma de contaminación física, “suplementaria, por el contacto interpersonal forzado y, en consecuencia, por una relación social forzada” (Goffman, 1988, p. 39), puesto que la persona debe compartir su espacio social con otros/otras que, probablemente en su vida cotidiana fuera de la UCE no lo haría, teniendo que convivir con ella y con sus costumbres.

3.2 Pluralidad de sentido

En esta subcategoría se comprenden los “sentidos que coexisten como una polifonía, polisemia, polivalencia” de acuerdo con Lefebvre (p.42, cit Lindon). No existe un *sentido*, más bien existe una multiplicidad de sentidos otorgados por las personas en la vida diaria.

De acuerdo con lo obtenido, se evidencia que existen *sentidos* compartidos tanto por usuarios/usuarias como por el personal o sentidos correspondientes a uno de los dos grupos. Una de las situaciones que se evidencia respecto a esto, es la verticalización de las relaciones dentro del espacio, ya que, había *sentidos* compartidos sólo por los expertos por profesión. Los cuales, desde su posición y conocimientos, consideraban que sus propuestas de actividades eran las más adecuadas, sin embargo, desde la posición de usuarios/usuarias no lo era. En las palabras de la participante:

“Hacían talleres los doctores. Y ese taller de fotografía todos los encontrábamos fome. Y nosotros le dijimos al encargado, el psicólogo y decía “no, si es bueno”. Él estaba súper entusiasmado y nosotros no le hallábamos ni un brillo” E1.

Lo mencionado por la participante da cuenta de lo propuesto por Bornhauser y Andahur, donde se considera “un determinado tipo de subjetividad, considerado respetable, en oposición a aquellos sujetos que hay que excluir” (2009, p.116) por ende, la subjetividad del profesional se imponía por sobre las creencias de los usuarios/usuarioas del servicio.

Otro de los *sentidos* compartidos por el personal era respecto al comportamiento de los usuarios, considerando que se encontraban cursando un período de agudización del malestar social, por lo que, se esperaban ciertos patrones de conductas en todas las personas, a pesar de tener diferentes orígenes o causas, como refiere la participante:

E5: “Llegó un auxiliar a decirme, ..., me dijo que le daba un poco de nervios porque yo nunca había estallado en corta estadía, nunca había hecho una escena ni nada, entonces le daba un poco de susto que algún día me montara tremenda escena...”

Por tanto, lo anterior da cuenta de que la homogeneización de creencias genera a su vez homogeneización de prácticas del personal y de tratamientos brindados a las personas, desconociendo la socio-historicidad, particularidades y necesidades de cada sujeto.

Otro *sentido* en común de las participantes es el uso del pijama, lo cual, de acuerdo a sus relatos, se encontraba asociado a la desmotivación y desánimo producido por el malestar social. Sin embargo, se refleja que el espacio social genera que las personas no se encuentren pendientes del todo

de su autocuidado y autoimagen, de acuerdo con lo referido por las participantes:

“Y allá dije yo, este es mi uniforme diario... E3

Institucional (risas) E4

El pijama... (varias)”

Por ende, de forma inconsciente los usuarios/usuarios del servicio homogenizan su apariencia, a través del establecimiento de un uniforme, o parecido asociado a la lógica del encierro de una cárcel, donde todos los reclusos poseen la misma vestimenta. De forma tal que se va produciendo una desfiguración personal, porque el espacio genera que las personas se vayan desprendiendo de sus prendas habituales, lo que contribuía en la expresión de su identidad, impidiendo que se muestren ante los demás con su imagen habitual (Goffman, 1988).

3.3 Simbolismos

De acuerdo con Lefebvre, “el símbolo implica una comunidad que lo reconoce, es connotativo y denotativo” (Lindon, p.43). Por tanto, los simbolismos a considerar serán aquellos que representen la hospitalización y, particularmente, la práctica de terapia ocupacional.

En relación a las experiencias relatadas por las participantes, aún dentro de estos espacios, se mantiene una lógica manicomial y de control social, si bien, no se explicita hacia los usuarios/as y sus familias, la vivencia que experimentaban los primeros al interior de estos lugares, da cuenta de un orden manicomial:

“Cuando yo estuve ahí, lo que hacíamos con un señor que estaba ahí, era que caminábamos como presos, yo lo tomaba de un brazo y caminábamos ese pasillo y después “vueeeelta” y caminábamos y conversábamos o nos poníamos a trotar” E2.

Esta metáfora utilizada por la participante evidencia la asociación que existe por parte de los mismos usuarios/as del servicio a estar recluidos dentro de estos espacios, al igual que personas privadas de libertad. Por ende, en función de mantener el control social y de controlar a los locos por mantener un pensamiento divergente. A través, de la reclusión y no de la realización de intervenciones efectivas, manteniendo a las personas *des-ocupadas* durante gran parte del tiempo. Por lo que, a pesar de haber avanzado el conocimiento respecto a la locura y en políticas de salud mental, este espacio sigue reproduciendo de la misma forma la lógica asilar desde tiempos medievales.

Otro simbolismo, asociado a las actividades de la vida diaria es el autocuidado considerado como el reflejo del bienestar. Ya que, de acuerdo a lo referido por la participante:

*“M: Usted E2, ¿se mantuvo como nos decía, su interés, la belleza?
Los primeros días no, a la tercera semana sí. Ya quería hacer algo porque dije: si yo no le pongo tinca, no voy a salir de esta” E2.*

Por tanto, lo anterior permite reconocer que la belleza asociada al autocuidado tiende a representar el bienestar, la “buena” salud. Es por esto, que este espacio debiese tomar un rol fundamental al interior de la UCE, brindando más instancias que permitan a las personas que les interesa el poder desarrollarlas con más frecuencia y libertad, ya que, puede favorecer el proceso interventivo.

Otros de los simbolismos asociados a la hospitalización, es la sensación que provoca en cada una de las personas el recuerdo de su paso por la Unidad, dando cuenta de que ese lugar genera un quiebre en el propio sujeto y en cómo se ve a sí mismo/a dentro de ese espacio, según lo referido por la participante:

“Es no volver, no volver porque ahí uno se ve más débil, más frágil...” E5.

Evidenciando que el espacio de UCE, genera que la persona se vea a sí misma como la “enferma”, donde el problema solo responde a su condición personal en vez de una serie de situaciones contextuales y de su historia de vida. Esto se desarrolla de esa forma debido al enfoque del abordaje entregado a las personas, donde aún la etiqueta diagnóstica va primero que el sujeto como tal, donde los servicios, el manejo y lo que se espera de ellos gira en torno al diagnóstico otorgado por el profesional a cargo.

3.4 Prácticas

En esta subcategoría las prácticas sociales, en congruencia con Lefebvre, “son concebidas como totalidad social”, por lo tanto, se rechaza la idea del “hacer” al entenderse como operaciones individuales, en cambio la praxis involucra símbolos, cultura, representaciones e ideologías.

Algunas de las prácticas evidenciadas responden a la mantención del control y de la delimitación de paciente v/s institución, denotando que la institución es la que posee el poder y control. Esto se evidencia en la libertad para el uso de diversos espacios, en especial, el patio para fumar. Considerando que dicha actividad era de las más valoradas entre los usuarios/as del servicio, ya que, servía de distracción y para pasar los largos tiempos de espera entre comida o actividades. De acuerdo con lo referido por las participantes, respecto de los horarios de uso del patio:

“M: ¿Y el patio siempre lo tenían abierto para salir a fumar?”

No, no, no. E2

M: O ¿tenían horarios?”

Horarios o cuando uno ya empieza a leerse” E3.

Se evidencia que ni siquiera aquellos espacios de distracción para las personas podían ser de libre uso, a pesar, de la importancia que estos le otorgaban. Lo cual generaba molestia y disconformidad en los usuarios/as del servicio, por lo que, debían de trabajar en conjunto para ejercer presión al personal y que así les abrieran nuevamente el espacio, a pesar de ser recurrente esta situación, la *práctica* se continuaba reproduciendo.

Otra de las prácticas vivenciadas por las participantes, refleja la verticalización de la relación entre profesional-paciente, en sus palabras:

“Yo me daba cuenta que en realidad me decían, trataban de convencerme “no si tú vas bien...” y yo no me sentía bien, pero yo me daba cuenta que eran órdenes de otra persona, de la persona que mandaba ahí...” E5.

Según las participantes, se priorizaba la opinión del personal, respecto al bienestar o malestar de la persona, por tanto, se generaban prácticas poco éticas para con los usuarios/as con la finalidad de liberar camas e ir ingresando a otras personas, para poder dar respuesta a la demanda del sistema. Esta reflexión no se genera a partir de la razón de uno o del otro, si no de la validez de ambos discursos que deben ser considerados y complementados para el bienestar de la persona, considerando los diálogos que surgen a partir de las

vivencias de los/las usuarios/as, siendo conscientes de las particularidades y problemáticas de cada situación que se presenta en este servicio.

4. Resignificación de la vida cotidiana post UCE

En esta categoría la resignificación será comprendida como un proceso de deconstrucción y construcción de los significados que son otorgados a la vida cotidiana a partir de la experiencia del cuerpo vivido en unidades de corta estadía, considerando la socio-historicidad de la persona. Se ha desarrollado a partir de 3 subcategorías:

4.1 Relaciones familiares

En esta subcategoría, se consideran todas las relaciones familiares desembocadas por el paso en UCE del usuario/a, situaciones de diversas connotaciones.

Dentro de los discursos de las participantes, coinciden que el paso por corta estadía generó diversos impactos dentro de sus familias. Siendo ésta una de las redes de soporte con más importancia para ellas a pesar de haber tenido diversos niveles de cercanía con sus familias en esos momentos. Algunas de las situaciones vivenciadas por las participantes, generó que ellas se sintieran visibilizadas, apoyadas y queridas por parte de sus familiares, donde incluso éstos pudieron reconocer su malestar social, en palabras de una de ellas:

“Sí, por lo menos mi hija, una de mis hijas, pudo entender que lo que yo estaba pasando, no era porque yo quisiera, ni a mi conveniencia, sino que porque mi mente realmente está enferma”

E4.

Por tanto, el impacto a nivel familiar tuvo una connotación positiva en algunos casos, favoreciendo el desarrollo cotidiano de sus vidas. Sin embargo,

en otras situaciones se evidenció un desequilibrio familiar provocado por esta vivencia de las participantes, el cual ha interferido en su vida cotidiana e impactado en su estado emocional, dando cuenta de que la locura es un malestar social y no biológico. Algunas de estas situaciones de acuerdo a lo referido por las participantes:

“Mi hijo, según él tiene una teoría en la que la depresión no existe y yo estoy haciéndome la enferma, me pongo a llorar cuando me conviene, que trato de actuar como una niña chica para manipularlos a todos. Me partió el alma y lloré todo el rato. No le hablé más, pero él sigue manteniendo su postura” E1.

“Después de que yo salí de Corta Estadía, yo esperaba que ellos (familia), fueran de otra forma conmigo, de ver que pucha “fue fuerte, aguantó ese proceso, ha cambiado en hartas cosas” y la verdad es que se pusieron peores, no mi mamá, no digo mi mamá, pero mis hermanos, mi papá, todos se pusieron peores...” E5.

Por lo que, se revela que la hospitalización en UCE, está llena de significados, tanto para el usuario/a como para la familia de éstos/as, debido a que algunas de las participantes llevaban tiempo con su malestar social y episodios asociados a esto. Sin embargo, coincidentemente todas las rupturas y cambios familiares fueron desencadenados luego de que las participantes ingresaran a UCE. Es por esto, que una terapia ocupacional social podría ser un aporte a la respuesta de estas problemáticas a través de un abordaje integral del usuario y su contexto, no solo centrando la intervención en la persona, ya que, el malestar tiene un origen social y no individual. En congruencia, con lo planteado por Salvador Simó y Sánchez (2014) los cuales mencionan que “vivimos un proceso de psiquiatrización del mal social, donde

problemas originados por causas sociales son medicalizados”, por ende, los abordajes suelen realizarse desde una mirada biomédica, sin dar cabida a una intervención social, la cual es fundamental desde la terapia ocupacional social planteada para ser llevada a cabo dentro de estas unidades.

4.2 Rutinas

Se consideran las rutinas, en esta subcategoría, que las personas llevaron o llevan a cabo al momento de salir de UCE y que anteriormente no tenían. Ante esta contextualización, comprendemos que somos personas construidas por relaciones sociales y aportamos en la construcción de estas relaciones sociales, de acuerdo a los significados que otorgamos a situaciones cotidianas, ocupaciones, vivencias, etc.

La familia es parte de la construcción de significados que le otorgan a la situación de salud de las personas. La familia puede o no flexibilizar ante ciertas acciones, en esta ocasión, la mayoría de las participantes en su discurso, relataban que habían replicado ciertas estructuras de la rutina de UCE, con el fin de mantener su bienestar:

“Bueno yo tengo el mismo horario que tenía en corta estadía, mi marido que se encarga del almuerzo, él me da el remedio a la misma hora que en corta estadía y me hace dormir a la misma hora. Él a las 10 apaga la tele y yo tengo que estar lista para dormir”. E1

“Cuando yo llegué a mi casa, le dije a mi marido que por favor durmiera más allá y que me dejara la mitad de la cama pa’ mi sola sin meterse a mi lado. Porque yo llegué exactamente los mismos

horarios que tenía en corta estadía, todo igual, después y fui adaptándolo”. E1

Sin embargo, enfrentar la realidad fuera de UCE también lleva consigo desafíos considerables para la persona: el tránsito de un lugar donde se está en constante compañía de un otro, tanto de las personas hospitalizadas como de los profesionales del servicio, hacia una rutina y cotidianidad diferente, donde los integrantes de las familias llevan consigo diversos roles y ocupaciones, por tanto, desvaneciéndose este acompañamiento con el que contaban cuando estaban hospitalizadas y más aún al haber encontrado una compañía significativa y preocupada, la cual es escasa como recurso social de apoyo fuera de las Unidades de Corta Estadía, generando una ruptura a la rutina adquirida dentro de estos espacios.

4.3 Impacto de la experiencia de hospitalización en la reincorporación a la vida cotidiana post-hospitalización.

En esta subcategoría se considera el impacto y/o resultado que ha tenido este proceso en las relaciones de la vida laboral, social, familiar, etc. a mediano y largo plazo.

En este contexto, se reflexiona sobre las UCE, las cuales suelen ser consideradas y estigmatizadas como instituciones donde se “cura a los locos o las personas locas deben estar ahí”. Esto ha sido una construcción social desde las instituciones manicomiales con el fin de ocultar, sanar y controlar a las personas con alguna problemática en su salud mental, pero ¿qué pasa cuando las personas vivencian una o más instancias en estas instituciones?

Dado por el relato de las personas, la UCE es significada como un lugar de protección y de seguridad, hasta el punto de sentir la necesidad de regresar, ya que, enfrentarse a la realidad y cotidianidad se torna inseguro y desafiante,

donde el temor de sus propios actos y del manejo de situaciones de crisis, es inseguro. Lo anterior es evidenciado por el discurso de las propias personas:

“Lo que me pasó la primera vez: yo tuve una inseguridad horrible en la casa, me sentía extraña, mal, nerviosa, acelerada y quería volver”. E1

“En mi caso era como contradictorio: me quería ir a mi casa, pero me daba miedo ir a mi casa. Lo único que quería era volver luego a la UCE, porque sentía que ahí estaba segura, que si me venía alguna crisis, que iban a estar ahí”. E3

De cierto modo, la estadía y el servicio entregado en estas instituciones genera cierta dependencia y necesidad de regresar por temas de seguridad, protección y compañía, pero a la vez surge una paradoja: donde día a día las personas se enfrentan a una lucha cotidiana constante para no regresar a estas unidades, de la propia voz de la participante:

“Yo ahora podría decir, que para mí es una lucha constante, es una lucha todos los días, porque yo no sé cuándo, de verdad que estoy muy insegura todos los días, de verdad yo digo no sé cuándo podría volver a estar ahí, me da pánico, pero me autoconvenzo también yo sola de que no puede ser, no puedo, no puedo dejarme estar así”. E5.

Así también, la lucha se torna no solo en la propia persona, sino también en sus relaciones sociales más cercanas: la familia. Sin embargo, la familia, en ocasiones, no logra generar la contención y comprensión necesaria para abordar y colaborar con el bienestar de la persona que ha transitado por una Unidad de Corta Estadía.

5. Terapia Ocupacional en UCE

Esta categoría comprende las oportunidades de acción de la Terapia Ocupacional en unidades de corta estadía de diversos contextos institucionales. La cual fue desarrollada a partir de 3 subcategorías:

5.1 Actividades terapéuticas

Esta subcategoría hace alusión a toda acción propia o no de la práctica dirigida por el/la Terapeuta Ocupacional del establecimiento.

De acuerdo con los relatos de las participantes, se refleja el rol que posee el Terapeuta Ocupacional dentro de esos espacios, en sus palabras:

“La segunda vez que yo estuve, hacían collares y cosas así; y si se querían pintar tenía que estar el TO presente”. E1

“No se podía ocupar ningún material, sin que él no estuviera”. E3

Lo anterior da cuenta de que su rol se encontraba asociado a control, siendo más bien un gendarme social, que cumpliendo su rol de profesional. Debido a que su presencia era necesaria en razón de evitar cualquier accidente posible con los materiales que permitían entregar un autocuidado a los usuarios/as del servicio, además, no se apreciaba la figura del Terapeuta como un participante más de la actividad, sino que ajeno a ésta.

Por otra parte, se reflejaba el rol del Terapeuta como tal, en acciones simples pero significativas para los usuarios/as, ya que, éste se encargaba de buscar actividades u ocupaciones que respondieran a las necesidades y capacidades de los usuarios. En palabras de la participante:

“Es que cada terapeuta ocupacional se preocupaba de buscar algo que a la persona le interesara o algo que a la persona pudiera hacer porque hay gente con menos motricidad, otras personas que a lo mejor tienen más problemas con las manualidades...” E5.

Estas acciones permiten visualizar que había espacios que permitían al profesional llevar a cabo una Terapia Ocupacional Social, considerando la socio-historicidad de las personas y, por tanto, sus subjetividades al momento de brindar opciones terapéuticas.

Otras de las acciones llevadas a cabo por el profesional, permitían generar una reflexión respecto del proceso que vivenciaban, en instancias como la asamblea semanal, de acuerdo a lo referido por la participante:

“... el TO era el que estaba a cargo de la asamblea donde se preguntaba cómo iba la mejora, qué planeábamos hacer, cuánto nos quedaba de tiempo, si nos habían dicho” E5.

Se brindaba un rol más activo a los usuarios/as, más problematizador y empoderado de su propio proceso. Además, permitían que el terapeuta se viese involucrado dentro de la actividad de forma activa y sin el rol de gendarme social, ejerciendo el control sobre los usuarios/as a través una relación vertical, con escaso vínculo y preocupación por la entrega de intervenciones atingentes a cada persona. Sino que logre brindar una escucha activa sobre las opiniones de los usuarios/as.

5.2 Posibilidades de acción: acogedoramente alejado

Se consideran los espacios físicos y recursos humanos destinados a la práctica propia de la/el Terapeuta Ocupacional de acuerdo con el contexto institucional. El título va en relación a la descripción realizada por las usuarias de la relación que se mantiene con el Terapeuta Ocupacional de la institución.

De acuerdo a la narrativa de las participantes de los grupos de discusión, la falta de recursos humanos y espaciales limitaban las posibilidades de acción del Terapeuta Ocupacional, tanto para actividades como para espacios de significativos de participación, evidenciado en el propio discurso de las participantes:

“Es que no tenía tiempo, no era porque él no quisiera: tenía que recibir, llamar a la gente que ingresaba, cuando llegaba los tenía que recibir y hacer los ingresos, y cuando llegaba la gente, tenía que recibirlos, explicarles y todo eso. Entonces las personas le quitaban tiempo que era nuestro, pero era parte de su pega. Esas horas las tenía ocupadas para recibir ingresos”. E1

A su vez, los espacios destinados a realizar reuniones con las personas que transitaban por este servicio de Unidades de Corta Estadía no resultaban ser los más adecuados, dado a diferentes situaciones contextuales narradas por las participantes:

M: Y el lugar donde hacían las reuniones con el TO: ¿Cómo era el lugar físico?

“En el comedor”. E2, E3

M: ¿Y les parecía adecuado ese lugar?

“No, porque estaba todo sucio”. E1

M: ¿Cómo era ese espacio terapéutico?

“Pura bulla”. E3

“Entraban y salían. No era tranquilo”. E1

“Los que no participaban se dedicaban a meter bulla, prendían la tele. No era como para estar ahí”. E3

La carencia de un espacio físico adecuado para realizar este tipo de actividades, como las asambleas, donde las personas tenían la posibilidad de participar y ser agentes activos dentro de su proceso interventivo, se veía interferido por situaciones del contextuales las cuales no favorecen la fluidez del diálogo entre personas usuarias del servicio y terapeuta ocupacional, lo cual también podía interferir en la motivación a participar de estas instancias, donde la persona puede adquirir un rol activo dentro de su proceso de tratamiento.

Las posibilidades de acción no solo se veían limitadas por el espacio físico, sino también por la falta de recursos materiales para llevar a cabo las propuestas de las personas usuarias de la UCE, desde el discurso de la participante:

Muchas veces cuando yo le proponía cosas nuevas, podríamos hacer esto y él me decía: “Es que aquí no se puede porque no hay recursos, aquí no hay de esto”. E5

Esto nos permite reflexionar sobre los escasos recursos económicos gubernamentales destinados a Salud Mental, equivalente a un 2,16% desde el año 2012 y muy por debajo del 5% propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental el año 2010, presupuesto que ha estado estancado desde hace 5 años. Además, la carencia de Políticas Públicas que garanticen la calidad de atención

dentro de servicios de Unidad de Corta Estadía, debido a que si no se cuenta con los recursos necesarios, tanto a nivel económico, personas y espacios, se ve interferida la atención adecuada y óptima para que cada persona que transita en este servicio, limitando espacios para generar diálogos tanto a nivel personal y grupal, que promuevan una terapia ocupacional social orientada a conocer y comprender la socio-historicidad de cada persona que participa de este servicio, sus vivencias cotidianas y significaciones que otorgan a actividades, ocupaciones y a su estadía en UCE.

5.3 Sugerencias para la práctica

Será considerada toda opinión y aporte desde la voz de usuarios y usuarias del servicio, orientadas a contribuir con la práctica de la Terapia Ocupacional en contextos de UCE.

Dentro de las sugerencias obtenidas, el discurso que más se repitió fue respecto al tiempo destinado a hacer Terapia, ya que, al profesional se le asignaban diversas tareas que no son propias de su profesión e interferían con su labor para con los usuarios/as, evidenciando que el profesional también vivencia la institucionalización al ir tomando estos diversos cargos. Sin embargo, es posible que éste genere una ruptura dentro de esta lógica a través de la problematización de su quehacer. De acuerdo a lo referido por la participante:

“Yo lo que haría es darle el rol de TO al joven y quitarle los otros roles que le están dando que no corresponden, para que él pueda organizar y hacer actividades y cosas y cosas súper lindas. Darle el espacio al TO para que realiza la actividad, porque siento que si uno está con algún problema mental en ese minuto, lo que menos necesita es estar pensando en ese problema, porque te persigue, te persigue” E1.

Por tanto, es el contexto institucional el que muchas veces genera barreras que impiden el desarrollo de una TO social, ya que, a pesar que el profesional actúa desde su formación y propias creencias, estos espacios suelen generar la necesidad de trabajar desde lo social para dar respuesta de forma efectiva a las necesidades de las personas. Además, son los propios usuarios/as los que reconocen la efectividad de la Terapia Ocupacional dentro de sus procesos. De acuerdo, a la propia participante:

“... porque es un trabajo súper esforzado, súper lindo y encuentro que, en mi caso insisto, es como el 70% de la terapia.” E5

Reflejando que, si el TO dispusiera de mayor tiempo y recursos para trabajar directamente con los usuarios/as, sería una terapia aún más significativa para la persona.

Otra sugerencia propuesta, para la práctica, es la realización de una terapia que permite la interacción entre subjetividades más que una terapia individual. De acuerdo a lo referido por la participante es:

“Yo pienso que esto debería ser como Alcohólicos Anónimos, en qué sentido, en que cada enfermo debería apoyar a otro enfermo y vigilarte y conversar. Porque no hay nadie más que hable tu idioma que alguien que ha pasado por lo mismo...” E1

Lo anterior, podría llegar a ser altamente beneficioso para aquellos que quisieran participar, ya que, permitiría considerar la socio-historicidad de las personas y que en muchas ocasiones puede ser compartida entre varios. Brindando un mayor soporte social a las personas en servicios de corta estadía

los cuales generan un alejamiento de su cotidianidad familiar y otras redes, siendo esto fundamental desde el abordaje de la TO social.

5. Discusión final

El propósito de esta investigación fue analizar el significado otorgado por los usuarios y usuarias a la vida cotidiana y ocupaciones desarrolladas durante y después de un periodo de hospitalización en una unidad de corta estadía. En general, los resultados del estudio concuerdan con lo revisado en la bibliografía respecto al abordaje brindado en estos espacios tanto desde la terapia ocupacional como desde otras profesiones, reproduciendo prácticas manicomiales y de psiquiatrización del malestar social, reflejando el precario sistema de salud implementado a nivel nacional en salud mental y los escasos recursos destinados a esta área, tan solo un 2,16% (2012) del 5% ideal propuesto por la OMS (2014). Se continúa, entonces, reproduciendo antiguas creencias y significados otorgados al concepto de locura, manteniendo prácticas de aislamiento que naturalizan la institucionalidad, destinando poca importancia y recursos por parte del Estado y sus políticas públicas de salud mental.

A pesar de las prácticas a-históricas, es decir aquellas que solo ven la realidad instantánea de la persona, como una Polaroid, que ingresa a la UCE y sin vislumbrar los sucesos y vivencias de la persona en diferentes momentos de su vida, es posible visualizar en uno de los grupos de discusión, ciertas particularidades que esbozan un acercamiento hacia una Terapia Ocupacional Social. Específicamente, el/la terapeuta ocupacional logra considerar las necesidades de las personas, ya que existen quienes mencionan la necesidad de mantenerse alejados de su familia durante su proceso, siendo la figura del Terapeuta quien hizo respetar esta decisión, considerando sus vivencias subjetivas. Así también, en espacios sociales como las asambleas, donde se otorga la posibilidad de conocer y acoger las dificultades, necesidades y propuestas particulares de cada persona dentro de su periodo de

hospitalización, dependiendo de los recursos y posibilidades de acción dentro de este servicio. De esta manera, se percibe un esbozo de la concepción respecto de la Terapia Ocupacional como un facilitador de la oportunidad de cambiar su condición de “pa(de)cientes o afectados”, a verdaderos protagonistas y agentes activos y participativos de su propia rehabilitación.

Otra de las características en la intervención destacada por las participantes, es que las herramientas entregadas en actividades o las ocupaciones desarrolladas dentro de UCE pudieron ser reproducidas en el contexto externo, favoreciendo y facilitando oportunidades en el desarrollo y desempeño en ocupaciones del interés de cada persona, en su proceso al interior y exterior de la unidad. No obstante, esto se visualiza como un leve acercamiento a una Terapia Ocupacional Social, pues si bien algunos profesionales consideran relevante los intereses y necesidades de cada persona esto no necesariamente da cuenta de una comprensión socio-histórica de la persona, que va más allá de una categoría diagnóstica, se requiere que exista un reconocimiento como sujetos sociales y de derechos, lo que implica el respeto por su autonomía, historia de vida, proyectos de vida, la plena participación, sus saberes y vivencias.

Por tanto, a la luz de los resultados obtenidos se evidencia la escasa posibilidad de llevar a cabo una Terapia Ocupacional Social dentro de contextos institucionales, los cuales coartan el accionar del Terapeuta Ocupacional, tanto por la estructura de funcionamiento como por la sobrecarga de trabajo que no corresponde propiamente al quehacer del profesional, de acuerdo a la evidencia obtenida en las discusiones.

Lo anterior, repercute en la cotidianidad y ocupaciones de las personas, pues muchas de las actividades propuestas en estas instituciones no surgen ni responden a los intereses de las personas, limitando así su participación, siendo relevante considerar el valor otorgado al hecho de estar ocupado, más allá de la realización de un trabajo, sino que, como una actividad cargada de significados y sentidos. Esta condición es fundamental para el desarrollo de un

bienestar subjetivo, en congruencia con lo planteado por Guajardo, “somos la ocupación y la ocupación es el sujeto” (2014, p. 164). Por ende, toda nuestra subjetividad se encuentra vertida en el *hacer* de una ocupación, incluso en estos contextos donde se encuentra en constante relación con un otro o donde el *hacer* se encuentra limitado por escasos recursos con los que cuenta, el estar ocupado de acuerdo a las participantes otorga la posibilidad de no pensar en el problema o cómo el tipo de ocupación tiene un impacto en la vida cotidiana, pudiendo reproducir actividades u ocupaciones fuera de este contexto institucional.

En este sentido, las prácticas llevadas a cabo por la Terapia Ocupacional de las instituciones en donde fueron hospitalizadas las participantes son incongruentes con la práctica social de esta profesión, pudiendo reflejar escasos espacios de acción con características ligadas a la intervención social y más cercanas a una práctica institucionalizada, respondiendo más bien a la demanda impuesta por la institución que a las necesidades de las personas que ingresan a este servicio. Esta incongruencia entre una Terapia Ocupacional Social y la práctica en estos espacios se debe a diversos condicionantes que se entrelazan, generando barreras que deben ser deconstruidas para llevar a cabo lo propuesto, a través de cambios en la perspectiva teórica y práctica sobre la comprensión y abordaje de los sujetos. Los condicionantes involucrados, son la falta de recursos destinados desde el Estado al área de Salud Mental, siendo sólo un 2,16% como fue mencionado anteriormente, por tanto, esto deriva en la carencia de recursos dentro de las mismas instituciones, tanto humanos como materiales, limitando el accionar de la Terapia Ocupacional. Debido a la falta de recursos humanos, se deben realizar tareas administrativas que restan tiempo para intervenciones con los usuarios/as y al tener escasez de recursos materiales, se ven limitadas las diversas actividades que pueden llevar a cabo las personas. Además, en el posicionamiento paradigmático de las instituciones de carácter público se mantienen arraigadas creencias de un origen biomédico respecto a la comprensión de locura y las prácticas que deben ser llevadas a

cabo para “mejorarla” y “controlarla”, como la aplicación de técnicas de contención violentas y terapias de electroshock, entre otras.

Debido a las características mencionadas anteriormente, las personas hospitalizadas en estas unidades tienden a institucionalizarse, pero bajo una cierta dicotomía entre el estar dentro y fuera de este espacio social. Por un lado, se desarrolla una dependencia hacia el servicio, el cual es visto con un carácter protector y de acompañamiento, donde perciben la constante preocupación y disposición ante su situación de malestar, pero a su vez genera un rechazo en relación al estigma e incompreensión de su situación por parte de sus redes sociales más cercanas como la familia, así también redes vecinales, escolares, laborales, de amigos/amigas y grupos comunitarios.

Esta paradoja entre la necesidad de estar dentro y fuera de la UCE, genera una creencia común a todas las participantes respecto de la vida cotidiana, considerando ésta como una lucha constante y que no es aislada o reducida a la propia persona, sino que está sujeta a construcciones y relaciones sociales contextualizadas, enmarcadas y vivenciadas dentro de la vida cotidiana de los sujetos que se desarrollan en un espacio comunitario. De acuerdo con esto, una vez más se hace relevante la consideración de las significaciones subjetivas e intersubjetivas que configuran tanto a la persona que transita o transitó por una UCE, como a su contexto social, el cual forma parte de las relaciones sociales de ésta.

En relación a nuestra experiencia durante el proyecto de investigación, fue posible dar respuesta a la pregunta de investigación y llevar a cabo nuestra propuesta metodológica para obtener información, sin embargo, nos enfrentamos a ciertas limitaciones dentro del proceso. Entre ellas, la variabilidad en la participación de las personas y limitaciones burocráticas de las instituciones de interés, lo cual generó que la información no pudiese ser enriquecida aún más por otros grupos de discusión, de carácter más heterogéneo.

A pesar, de los resultados de esta investigación, creemos que es posible llevar a cabo una Terapia Ocupacional Social en Unidades de Corta Estadía, generando un cambio paradigmático en relación a la concepción de “paciente”, pasando a ser considerado como un sujeto social; sopesando la posibilidad de deconstruir las prácticas manicomiales y biomédicas aún presentes, para así generar la oportunidad de desarrollar una intervención desde una perspectiva social y comunitaria que contemple íntegramente a la persona y no precisando solo en la sintomatología del “paciente” que debe ser estabilizado. Es importante considerar que no existe un sujeto “tipo” con un trastorno psiquiátrico de libro, con una etiqueta que categoriza los diversos “síntomas”, como menciona Doadrio (2014). Si no que es un malestar social, por ende, las características y desarrollo de éste se van a encontrar sujetas netamente a la socio-historicidad e interacciones sociales que hayan constituido a la persona.

No obstante, creemos que es posible proyectar una Terapia Ocupacional Social, en contextos de Corta Estadía, a través de cambios en los Planes de Salud Mental desarrollados por el Estado, basando la comprensión de locura desde un modelo social, lo cual permitiría reestructurar el funcionamiento de servicios psiquiátricos, facilitando el cambio de paradigma que guía las prácticas de estos espacios. Además, la inyección de recursos en esta área permitirá contar con mayores recursos materiales y humanos al interior de las Unidades, brindando mayor libertad de acción al Terapeuta Ocupacional, siendo posible así considerar abordajes no sólo centrados en el sujeto, sino que también abarcando su contexto y redes sociales, su socio-historicidad, resguardando vínculos significativos y, por sobre todo, valorando la construcción subjetiva de cada una de las personas que transitan en estos servicios, como parte de la diversidad y pluralidad que nos caracteriza como seres sociales. Así poder generar intervenciones atingentes a cada sujeto, suscitando un impacto constructivo, respecto al significado que le otorgan a su vida cotidiana y ocupaciones tanto al interior de la unidad como después de ser dados de alta, disminuyendo así las posibilidades de reincidencia en servicios de esta índole. El rol del Terapeuta Ocupacional permitirá “la expresión de la

acción humana entrelazada con la manifestación de la cultura y de la acción colectiva” (Galheigo, 2006, p.92), esto significa que en el quehacer del Terapeuta Ocupacional se encontrará expresado las múltiples intersubjetividades que han configurado la construcción del sujeto de una u otra forma, reconociendo las vulneraciones y dificultades a las que se ha visto enfrentado la persona a lo largo de su historia, incidiendo directamente en la generación y el curso del malestar social.

Esto, nos permitió acercarnos de forma directa a una realidad a la cual no nos encontramos ajenos/as, pues formamos parte de esos fenómenos sociales, económicos, políticos, que aquejan a las personas. Es por esto que toda práctica de terapia ocupacional debe preservar y respetar la dignidad humana, la diversidad y el reconocimiento de un otro, validando así la autonomía de las personas, más allá de cualquier categorización que minimiza su opinión, lo que implica un trabajo horizontal y de co-construcción. El/la terapeuta ocupacional deber ser un sujeto más en la intervención, no desde la lógica de poder, sino cumpliendo un rol de articulador social y no de adaptador social; donde la persona debe habituarse a la sociedad, debido a la normalización y exigencias del entorno. Es fundamental, el ser conscientes de la realidad chilena y de la existencia de múltiples barreras a nivel social, educacional, laboral y ambiental que no solo influyen en la subjetividad de la persona sino también en su cotidianidad y ocupación, promoviendo el ejercicio de ocupaciones libres y colectivas al interior de Unidades de Corta Estadía.

Si bien nos encontramos frente al cierre de un proceso investigativo, todo esto se podría traducir en la apertura de nuevas puertas a la investigación en el ámbito de la Terapia Ocupacional Social en espacios de hospitalización psiquiátrica, como el rol de los usuarios/as dentro del proceso, el rol del Terapeuta Ocupacional en esos espacios, los tipos de acciones interventivas llevadas a cabo por éstos, todo lo anterior desde una perspectiva social, enfoque de derechos humanos, intercultural y/o de género, permitiendo la problematización de esta práctica en el área de Salud Mental y donde la

demanda colectiva va en aumento cada día, sin contar con los recursos suficientes. Además, permite el cuestionamiento de los Planes de Salud Mental implementados en el país, los cuales aún distan del modelo social, centrando sus propuestas desde un enfoque biopsicosocial y de psiquiatrización del malestar social. Por tanto, se evidencia la necesidad de futuras investigaciones en esta temática desde la voz de los/las Terapeutas Ocupacionales, quienes realizan las intervenciones, permitiendo vislumbrar las problemáticas con que se encuentran a diario y que podrían interferir en su actuar. De tal forma, considerar la comprensión de diversas situaciones desde paradigmas sociales que faciliten el diálogo entre diferentes realidades vivenciadas respecto del propio quehacer de la Terapia Ocupacional.

6. Bibliografía.

- Abraham, A., Bernal, S., & Rodríguez Salgado, C. (2004). De la locura y marginación social. En S. M. Malvarez, & R. Ferro, *La Función Social de la Locura: una mirada desde el poder* (pp. 152-153).
- Almarcha, A. (1977). Goffman, E. (1972). Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. *Papers. Revista De Sociología*, 6, 202-207.
- Álvarez, E., Gómez, S., Muñoz, I., Navarrete, E., Riveros, M., Rueda, L., Salgado, P., Sepúlveda, R., & Valdebenito, A. (2007). Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Recuperado en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/81/62>
- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de Mayo
- Aroca, A. (2006). "Historiografía de la locura. El péndulo de la historia". Buenos Aires, Argentina: *Psikeba revista de psicoanálisis y estudios culturales* (2).
- Aztarain, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. Recuperado de <http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/75a3f123-4396-4bdf-b487-299ef1c5ec36/146494/asistenciapsiquiatrica.pdf>
- Basaglia, F. (1970). *La institución Negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral

- Basaglia, F. (1972). La utopía de la realidad. Recuperado de <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/10236/1/La%20utopia%20de%20la%20realidad.pdf>
- Basaglia, F. (2008). La condena de ser pobre y loco: Alternativas al manicomio. Buenos Aires, Argentina: Topía.
- Basaglia, F., Langer, M., Szasz, T., Caruso, I., Verón, E., Suareíz, A. & Barrientos, G. (1978). Razón locura y sociedad.
- Basaglia, F. & Ongaro, F. (1977). La mayoría marginada (La ideología del control social). Barcelona: LAIA.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1967) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bornhauser, N & Andahur, E. (2009). Acerca de la configuración de la locura en el Chile decimonónico. Concepción, Chile: *Revista Austral de Ciencias Sociales* (17), pp.111-126. Recuperado de
- Canales Cerón, M., & Binimelis Sáez, A. (1994). El grupo de discusión. *Revista de Sociología*, 0 (9). Recuperado de <http://www.revistadesociologia.uchile.cl/index.php/RDS/article/view/27647/29314>
- Centro de Acción Crítica en Salud Mental. (2013). De la enfermedad a la diferencia. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(3), 213-217.
- Cooper, D. (1979). El lenguaje de la locura. Barcelona, España: Ariel
- Da Silva Araújo, L., Fierro Jordán, N., Guitérrez, Monclus, P., & Rodríguez, O. (2011). Ciencia de la ocupación y terapia ocupacional: sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Recuperado en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/File/17084/17821>

- Dasuky, S., Mejía, A., Rivera, G., Martínez, D. & Fernández, L. (2007). La dimensión del Pathos en la Filosofía y en la Psiquiatría clásica. *Informes Psicológicos* (9), pp.149-182.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua española (2014). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>
- Doadrio, C. (2014). *Medicalización, psiquiatrización y tratamiento del malestar*. (Master). Universidad Rey Juan Carlos.
- Eberhard Aguirre, A., & Torrico Mayol, P. (2013). Terapia ocupacional en salud mental de corta estadía en clínica de atención privada. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 13(2), pp. 47-50. <http://dx.doi.org/10.5354/0717-6767.2013.30214>
- El primer manicomio del mundo. (2009). *Medica Blogs*. Recuperado de <http://medicablogs.diariomedico.com/psiquinfantojuvenil/2009/03/01/el-primer-manicomio-del-mundo/>
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P., & Calvo, E. (2015). *Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente*. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n9/art11.pdf>
- Escobar M, Enrique. (2014). Las publicaciones psiquiátricas nacionales y sus autores en 150 años de la especialidad: los primeros cincuenta años (1852-1902). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(4), 274-280. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v52n4/art05.pdf>
- Figueroa, C. (2011). Eje 1: Identidades. Alteridades. Individuación, locura y medicina en el Chile decimonónico. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata S. L.

- FONASA. (s.f.). *80 Patologías*. *Fonasa.cl*. Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/auge/patologias>
- Forti, L. (1976). *La otra locura*. Mapa antológico de la psiquiatría alternativa. Barcelona, Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Argentina: Museos de Buenos Aires.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). El panoptismo. En *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión* (2ª ed., págs. 227-261). Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.
- From Bethlehem to Bedlam - England's First Mental Institution. Historic England*. Recuperado el 8 Junio 2017, desde <https://historicengland.org.uk/research/inclusive-heritage/disability-history/1050-1485/from-bethlehem-to-bedlam/>
- Galheigo, S. M. (2006). Terapia Ocupacional en el ámbito social. Aclarando conceptos e ideas. En F. Kronenberg, S. Simó Algado, & N. Pollard, *Terapia Ocupacional Sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Buenos Aires: Panamericana.
- Galheigo, S. (2012). Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. En S. Montes, C. Esmerode, & C. Touceda, *Ocupación, cultura y sociedad, compromiso de la Terapia Ocupacional* (págs. 176-189). A Coruña: Revista TOG.

- Garafulic, J. (1957). Evolución de la Psiquiatría en Chile. *Rev. Neuropsiquiatría* XX(1), pp. 60-75. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/revneuropsiquiatr/JGarafulic.pdf>
- García, M. R. (2015). Construcción de la realidad, Comunicación y vida cotidiana-Una aproximación a la obra de Thomas Luckmann. *Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, 38(2), 19-38.
- Gergen, K.J. (1985) The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275
- Gobierno Transparente - Otros Trámites*. (2017). *Gobierno Transparente Ley N° 20.285 - sobre Acceso a la Información Pública*. Recuperado 8 junio 2017, desde <http://transparencia.redsalud.gov.cl/transparencia/public/AO100/tramites.html>
- Goffman, E. (1988). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González, H. & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Grimson, W., et al. (1973). *Nuevas perspectivas en Salud Mental. Instituciones y problemas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Guajardo, A. (2011). Construcción de identidades, episteme y prácticas de Terapia Ocupacional en América Latina. Conferencia de clausura XII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional, IX Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional.
- Guajardo, A. (2012). Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva Crítica. En S. Montes, C. Esmerode, & C.

- Touceda, *Ocupación, cultura y sociedad, compromiso de la Terapia Ocupacional* (págs. 18-29). A Coruña: Revista TOG.
- Guajardo, A. (2013). *Terapia Ocupacional. Apuntes de una historia inconclusa.*
- Guajardo, A. (2014). Una terapia ocupacional crítica como posibilidad. En V. Santos & A. Galassi (Eds.), *Questões contemporâneas da terapia ocupacional na américa do sul* (pp.159-164). Curitiba, Brasil: Editora CRV.
- Heller, Á. (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. (2ª ed.). Barcelona, España: Península.
- Hernández Monsalve, M. (2011). Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología*, 16(3).
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona, España: Crítica
- Iguales. (2012). La homosexualidad nunca debió haber sido incluida en las clasificaciones internacionales de las enfermedades. Recuperado de <https://www.iguales.cl/la-homosexualidad-nunca-debio-haber-sido-incluida-en-las-clasificaciones-internacionales-de-las-enfermedades/>
- Inostroza, C. (2015). *Construccionismo social*. El Construccionismo y Post-Construccionismo (pp. 1-4). Concepción, Chile: Cipra.
- Katiai, B. (2013). *Historia Terapia Ocupacional*. Obtenido de Historia Terapia Ocupacional: <https://historiadelato.wordpress.com/historia-de-la-terapia-ocupacional/>
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3a ed. Buenos Aires: Médica panamericana.
- Laing, R. (1980). *Los locos y los cuerdos*. Entrevista de Vincenzo Caretti. Barcelona: Crítica.

La Persona y los Derechos Humanos. (2016). *Bcn.cl*. Recuperado el 23 junio 2017, desde https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45661

Leader, D., Groves, J., & Appignanesi, R. (2010). *Lacan para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente.

Lindón, A. (2004). Las huellas de Lefebvre sobre la vida cotidiana. *Veredas, Revista del pensamiento sociológico*, Recuperado de: <http://www.lefthandrotation.com/museodesplazados/download/Lindon%20-%20Las%20huellas%20de%20Lefebvre%20sobre%20la%20vida%20cotidiana.pdf>

Linn, L., Eberwine-Villagran, D. and Oliel, S. (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es [Acceso 13 mayo 2017].

Livingstone, C. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: glosario y criterios y diagnóstico de investigación*. Madrid: Panamericana.

López, M., Laviana, M., & García-Cubillana, P. (2006). Los Hospitales Psiquiátricos en la (s) reforma (s). Notas para orientar una investigación necesaria. *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica, AEN*, 237-273.

Mantilla, J. & Aldana, A. (2012). *Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio departamental de Antioquia: 1875-1930* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Colombia.

Memoria chilena. *La Casa de Orates de Santiago (1852-1891) - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. Memoriachilena.cl*. Recuperado el

26 octubre 2016. Obtenido de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-3502.html>

Ministerio de Salud. (2000). IV.- Red de servicios de salud mental y psiquiatría. En Plan Nacional de Salud Mental. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2011). Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante. Propuesta para una Construcción Colectiva. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2014). *Sistema de Salud Mental de Chile*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2015). *Plan Nacional de Salud Mental 2016-2020*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2017). Modelo de Gestión. Centro de Salud Mental Comunitaria. Santiago: MINSAL.

Ministerio del Desarrollo Social. (2015). Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad.

Minoletti, A., Rojas, G., & Sepúlveda, R. (2010). Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile. En M. Armijo (Ed.), *La psiquiatría en Chile: apuntes para una historia*. Santiago, Chile: Royal Pharma.

Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 346-358. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

Montenegro, M. (2001). *Conocimientos, Agentes y Articulaciones: Una mirada situada a la Intervención Social* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

- Morte L. & de Castro, D. (2001). *Monos como Becky. La lobotomía como eje de reflexión sobre locura, medicina y ética a partir del documental de Joaquín Jordá y Nuria Villazán.* Barcelona: Virus.
- Muñoz, Pablo D. (2008). El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan. *Anuario de investigaciones*, 15. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100041&lng=es&tlng=es.
- N, Cristina. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. *Madrid: Editorial Médica Panamericana.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la Salud Mental. Informe Compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *10 datos sobre la salud mental.* *Who.int.* Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.
- Paganizzi, L. (2007). *Terapia ocupacional psicosocial: Escenarios clínicos y comunitarios.* Polemos Editorial, Buenos Aires.

- Paganizzi, L. (2015). Medios Terapéuticos.
- Porter, R. (2002). Breve historia de la locura. México: Fondo de Cultura Económica
- Quiroga, A., Racedo, A. (2007). *Crítica de la Vida Cotidiana (7ª ed.)*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cinco.
- Rueda, L., Valdebenito, C., & Lolas, F. (2005). La ocupación: ciencia y técnica de terapia ocupacional para la intervención en psiquiatría. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(1), 33-40.
- Sacristán, Cristina. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es.
- Salles, M., & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 11-16. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a02v22n1.pdf>
- Santos del Riego, S. (2005). Terapia ocupacional: del siglo XIX al XXI. Historia y concepto de ocupación. *Rehabilitación*, Vol. 39(4), 46.
- Santos del Riego, (2006). Carta de apoyo a distintas Organizaciones. Recuperado en: http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/CNDEUTO_peticion_area_conocimiento_terapia_ocupacional_febrero_2006.shtml
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms- *World Psychiatry*, 3, 1-5.
- Saraceno B. (1995). La fine dell'intrattenimento. Manuale de rehabilitazione psiquiatrica. Milano: Etas Libri

- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, Vol.38 (Núm. 224), 27-28.
- Simó, S., Urbanowski, R. (2006) El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. *Revista TOG (A Coruña)*. Recuperado en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf>
- Simó, S., Galheigo, S. (2012). Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: La poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. *Revista TOG (A Coruña)*, 11(5), 1-41. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/maestros.pdf>
- Simó. S., Sánchez, O. (2017). *Salud Mental, Estigma y Ocupación*. Óscar Sánchez: Una vida ocupándose de aprender para construir el bienestar. *Revista TOG (A Coruña)*, 11(20), 1-30. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4893298.pdf>
- Szasz, T. (1994). El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, T. (1994). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu.
- Talavera, M. (2003). Terapia Ocupacional. La ocupación en las unidades de hospitalización psiquiátricas. II jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del país Vasco. A Coruña. Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Unidades_Hospitalizacion_Psiquiatrica_TO.shtml
- Talavera, M. (2004). Terapia ocupacional en las unidades de hospitalización breve. El encuentro de las ocupaciones. Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/TO_unidades_hospitalizacion_breve.shtml

- Tello, F. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. *Revista de sociología* (26), 45-57.
- Radio Polar. (2012). *Terapia Ocupacional es esencial en la recuperación de la salud mental de pacientes*. Recuperado 9 junio 2017, desde http://radiopolar.com/noticia_65387.html
- Torres, J. (2013). Sobre el desprecio moral: Esbozo de una teoría crítica para los indignados. *Espiral (Guadalajara)*, 20(58), 9-35. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652013000300001&lng=es&tlng=es.
- Trujillo, A., et al. (2011). Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. *Ocupación: Sentido, Realización y Libertad. Diálogos ocupacionales en torno al Sujeto, la Sociedad y el Medio Ambiente*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Universidad de Chile. (2011). Análisis del documento "Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante. Resultados del Trabajo en Comisiones
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, 30(2).
- Vazquez, A. (s.f.). Historia de la Locura. Roy Porter, Breve historia de la locura, 2002. Resumen/Reseña. UIPR.

Anexo 1: Pauta de preguntas

Antecedentes Personales. (Solo para conocimiento del grupo, se resguardará la identidad e información personal)

Nombre:

Edad:

Nacionalidad

Escolaridad:

Estado civil:

Número de hijos:

Trabajo, oficio o profesión:

Unidad de Corta Estadía.

Nombre de la Unidad de Corta Estadía:

Privada o pública:

Motivo de Ingreso a Unidad de Corta Estadía:

Fecha de ingreso a la UCE:

Fecha estimada de salida de la UCE:

Cuántas veces ha estado en UCE:

Cat 1: Actividades en UCE:

1. ¿Qué actividades desarrollan en este espacio? (grupales, individuales, obligatoriedad, etc.)
2. ¿En qué lugar físico se realizan? ¿cómo creen que es el lugar en que se realizan las actividades, sugieren algunas modificaciones?
3. ¿Para qué les han servido a ustedes participar de estas actividades?
4. ¿Qué finalidades u objetivos creen que tienen dichas actividades desde la lógica de la institución?

5. ¿Cuál es el rol que tienen ustedes en las actividades? (solo participantes, participan y dirigen/guían la actividad, participan y proponen, etc., responde a expectativas y/o intereses) (¿cuáles propondrían?)
6. ¿Cómo se sienten cuando realizan estas actividades? ¿Hay alguna que tenga un mayor significado para ustedes? ¿Nos podrían contar? ¿Qué valor les atribuyen? (influyen en su salud)
7. ¿Qué sucede si no participan de la actividad propuesta?
8. ¿Creen que existe alguna actividad que los identifique como grupo o que les otorgue identidad? ¿Cuál/cuáles? ¿Por qué?
9. ¿Cómo creen ustedes que influye a mediano/largo plazo estas actividades que proporciona la UCE?

Cat. 2: Significados de las actividades

1. De acuerdo a esta comprensión de la ocupación, ¿les permite considerar las actividades realizadas en UCE como una ocupación? (entendiendo la ocupación como: “la ocupación son las personas, su representación, son la expresión de la práctica social, de las relaciones socio-históricas que se materializan en singularidades” (A. Guajardo))
2. Y antes de ingresar a este lugar, ¿qué ocupaciones realizaban ustedes? ¿Las realizaban de forma esporádica o era algo frecuente en sus vidas?
3. ¿Qué importancia tienen para ustedes esas ocupaciones?
4. ¿Desde el momento en que usted ingresó (una o más veces) a una UCE notó algún cambio en sus ocupaciones? Si la respuesta es sí ¿Qué cambios notó?
5. Los que están acá por primera vez, ¿consideran que este momento en sus vidas puede tener un impacto después? ¿Cómo sería este impacto?
6. ¿Qué significado le dan a este momento que están viviendo?

Cat. 4: Proceso de resignificación VC

1. ¿Cómo comprendes la vida cotidiana? (luego se define vida cotidiana de ser necesario, si dista mucho de nuestra comprensión).
2. ¿Qué sentido/significado tiene la VC?
3. Durante este proceso o anteriores, ¿ha habido algún cambio en esa comprensión?
4. ¿Ha habido alguna ruptura/cambio drástico dentro de su vida cotidiana? (un antes y un después, un hito) (antes, durante o después de ingresar a la UCE).
5. ¿Cómo ha sido esa ruptura y/o cambio?
6. ¿Cómo ha impactado en su entorno cercano? ¿Cómo los demás perciben la vida cotidiana?
7. ¿La hospitalización en UCE se ha vuelto parte de su cotidianidad?
8. ¿Tiene alguna importancia para ustedes el pasar cada cierto tiempo por una hospitalización? ¿Por qué?

Cat. 3: Aspectos de la Vida Cotidiana en UCE:

1. Para contextualizar su vida cotidiana en UCE, ¿cómo son los espacios compartidos con los usuarios y/o personal? (descripción física, de sentidos y significados, por ejemplo: X sala representa el miedo para todos)
2. ¿Cuáles son las mayores diferencias para c/u con respecto a su vida cotidiana antes de ingresar/previa a la hospitalización? (positivas o negativas)
3. Dentro de las prácticas del lugar, ¿cómo se estructura su rutina?
4. ¿Qué sentido otorgan a todo esto? (el estar acá, la locura, hospitalización, terapia)
5. ¿Hay una discusión en torno a esto con los demás usuarios? (¿reflexionan la vida cotidiana?)

6. ¿Y esa discusión es posible tenerla con el personal? De ser así, ¿parte del personal comparte esto?
7. ¿Cómo son sus relaciones con el personal de la Unidad?
8. ¿Cómo influye en su vida cotidiana la relación con el personal?
9. ¿Qué simbolismos asocian a la hospitalización? (pueden ser asociaciones metafóricas)
10. ¿Y el proceso terapéutico se encuentra asociado a algún simbolismo?
11. ¿Qué significa para su entorno cercano su hospitalización?
12. En caso de haber pasado por otra hospitalización, ¿las prácticas se reproducen en diversos lugares?

Terapia Ocupacional

1. En cuanto al espacio terapéutico compartido con los TO, ¿cómo lo describirían?
2. ¿Qué intervención se realizan?
3. Las actividades o intervenciones llevadas a cabo en TO, ¿qué importancia han tenido para ustedes? (cuales más o menos)
4. ¿Cómo definiría la relación con los TO?
5. ¿Tienen mayor libertad en este espacio? ¿Es posible incorporar actividades de su interés? Se reconocen las diferencias en este espacio (ser hombre, mujer, edades, intereses, etc.)
6. ¿Qué espacios de conversación, reflexión y problematización se generan con los TO? (qué temas, en qué instancias)
7. ¿Comparten opiniones los TO con ustedes?
8. ¿Crees que este contexto permite la libertad de acción del TO? (diferencias con otras UCE)

Anexo 2: Entrevista grupo 1

M: moderador

E: entrevistada

M: Para comenzar, la idea es conocer sus experiencias en UCE. Entonces lo primero que queremos es saber y conocer: ¿Qué actividades ustedes realizaron en ese espacio, durante su tiempo de hospitalización?

E2: Ninguna

E1: Ninguna

M: ¿Ninguna actividad? ¿De ningún tipo?

E1: Era la queja que más grande tenía yo, por ejemplo: yo decía ¿Cómo podemos recuperarnos, la primera vez que estuve fueron 2 meses?, ¿cómo podemos recuperarnos si no tenemos nada que hacer y estamos todo el día mirando el techo? Lo único que había era gimnasia. Yo en esa época estaba tiesa, yo no podía hacer gimnasia. Había varias personas que tenían dificultades para hacerlas. Pero de ahí el TO era como “circo pobre”, era como así: recibía a la gente que llegaba tenía que llamar avisar...

E3: Terapeuta Ocupacional.

E1: El Terapeuta, entonces no... No había terapia, en general lo que se hacía era el X que era un Tens, que traía Karaoke y cantábamos, pero eso era del Tens, que a él no le correspondía.

M: Y por ejemplo, ¿Del psiquiatra o del psicólogo que los veía, él les ofrecía la oportunidad de alguna actividad?

E1, E2, E3: No...

M: Y las terapias que hacían ¿Eran individuales?

E3: No hacíamos nada, o sea no hacíamos terapia, nada.

M: Ninguna terapia, ¿nada?

E1: O sea, a mí sí me hacían terapia. Yo hablaba con el psicólogo, con el...

E4: Cuando nos llamaban para saber cómo estábamos.

E3: Cuando pasaba el psiquiatra en la mañana.

E1: Que uno lo hallaba inconsistente las conversaciones, porque era como informal. A mí me daba la impresión como informal.

M: ¿Había como un día que estuviera predeterminado: como los lunes a cierta hora, tengo terapia?

E1: No.

M: En el fondo era al azar.

E3: Sí. En la mañana pasaba preguntado cómo amaneciste.

E2: Cuando yo estuve ahí, lo que hacíamos con un señor que estaba ahí, era que caminábamos como presos, yo lo tomaba de un brazo y caminábamos ese pasillo y después “vueeeelta” y caminábamos y conversábamos o nos poníamos a trotar. Pero era muy, muy aburrido. Entonces eso, nos daba a

nosotros más qué pensar, más meternos en tonteras. Por ejemplo, a mí, más me psicoseaba: ¿Cómo estará la casa? Porque acá era salir a fumar y uno decía: “Abrieron el portón al patio” y allá iba yo. Yo no fumaba, pero me puse fumadora.

E1: Yo me puse fumadora allá.

E2: No hallaba la hora de salir. A nivel de los profesionales, no tengo nada qué decir médicos y todo eso. Nos dolía algo, ya, nos ponían una “chiquitolina”.

E1: O te desactivabas. Cuando te descompensabas, te ponían una inyección.

E3: Y te decían: ya, vaya a dormir.

M: ¿En el fondo, ninguna pudo acceder a una terapia más formal o establecida?

E1: No.

E4: Hacía mucha, mucha falta una actividad en la mañana y una actividad en la tarde.

E1: La segunda vez que yo estuve, hacían collares y cosas así; y si se querían pintar tenía que estar el Camilo presente.

E3: No se podía ocupar ningún material, sin que él no estuviera.

E1: Era como difícil, la segunda vez que yo estuve, había una máquina para hacer ejercicio, hay dos, en la blanca me dediqué a estar todo el día en esa máquina.

E3: Habían mesas de ping pong.

E1: Es que yo no sabía jugar ping pong.

E3: El taca taca

E1: Y llega a dar vergüenza intentar porque los chiquillos eran muy buenos para jugar.

M: Y allá, ¿no se preocupaban de enseñarles a ocupar esos elementos?

E1, E3, E4: No

E3: Lo que salían al patio, como nosotras, se dedicaban a puro estar en el patio.

E4: Había solo un día en que iba a hacer gimnasia, pero como yo tuve el tratamiento del goteo, de una pastilla que era para la depresión, tenía que estar tres horas el goteo, yo no podía ir. Pero no veía a nadie entusiasmado por ir o para hacerlo.

M: ¿Y alguna actividad en la que ustedes participaran que fuera autogestionada entre ustedes: como por ejemplo hoy nos vamos a juntar a conversar afuera en el patio?

E1, E2, E3: No.

E4: Hacían una como un grupo donde los pacientes decían lo que le faltaba, lo que le molestaba a la terapia, a UCE.

E1: Una vez a la semana.

M: Y eso ¿Quién lo gestionaba?

E1: Terapeuta Ocupacional era el único.

M: ¿Era el único que lo realizaba?

E1: Es que ahí uno le comentaba, por ejemplo, yo le hice un comentario de los tachos que hay para las cenizas de los cigarros y yo siendo fumadora, hay gente que bota las cenizas en todas partes, a pesar de que hay miles de tarros. Y lo otro es que los hombres escupían en cualquier parte y eso uuuy me mata, me mata.

M: ¿Lo encontraba una falta de respeto?

E1: Sí.

M: Entonces en el fondo, como contacto con otros usuarios ¿no había mucho?

E1: Yo hacía mi propia actividad, sacaba una colchoneta y hacía ejercicio en mi pieza.

E3: Yo tuve más contacto con una enfermera, que no me acuerdo cómo se llama, X. Ella era un amor de enfermera, pero con la Srta. X para mí fue lo peor que me pudo haber pasado ahí.

M: ¿Ella también era enfermera?

E2, E3: Sí

M: ¿Para todas era así?

E4: No, para mí no.

E3: Es que a mí me pasó algo muy puntual: Me fue a ver mi vecina y me fue a ver con el bebé, entonces ellas llamaron antes de ir, para avisar que iban con la niña y después cuando llegaron allá, no la dejaron entrar. Mi vecina tiene la boca grande y estábamos en visita y en la misma visita ella (enfermera) me llama, y ahí me empieza a decir y yo le pido disculpas, pero en ningún momento me las aceptó y de ahí como que le dio conmigo. Estaba por darme de alta y ella (enfermera) me cambia a una sala en la que estaba una niña que había llegado con crisis de matar y cosas así. Entonces le dije: ya le dije yo, ningún problema. Entonces me dice que va a llegar otra paciente y necesitamos tenerla al frente para verla cómo está, pero a la niña que llegó mal, nunca la tuvieron al frente para saber cómo estaba y yo le dije “ya, no importa”. Entonces cuando fue mi pareja a verme y yo le dije: me están poniendo con ella, se supone que me dan de alta, porque se supone que yo estoy bien y con ella yo no voy a dormir con ella en la noche. Entonces se paró la asistente social, fue a hablar con ella (enfermera), no sé qué pasó. La vi pasar con los psiquiatras y todo, y me dijeron: No hay problema, se va a cambiar otra niña para allá. Yo le dije: no, yo quiero mi alta hoy día. Así que la tramitaron y a las 4 de la tarde me dieron de alta.

M: ¿Y con los otros profesionales, ¿cómo fue la experiencia?

E3: No, yo con los otros profesionales con ninguno tuve problemas.

E1, E2, E4: No.

M: ¿Todo bien con las demás?

E1, E2, E4: Sí.

M: Y el lugar donde hacían las reuniones, las reuniones con el TO: ¿Cómo era el lugar físico?

E2, E3: En el comedor.

M: ¿Y les parecía adecuado ese lugar?

E1: No, porque estaba todo sucio

M: ¿Quizá había mucho movimiento?

E4: Sí, porque es la entrada y salida al patio.

E1: El que quería participaba.

E3: Nos abría la puerta a cada rato, como cada 10 min.

M: ¿Qué cambios podrían sugerir para ese lugar de reunión? ¿Cambio de lugar?

E1: Es que no hay otro lugar. En vez de cambio de lugar, yo haría como sale en la pizarra ahí, ponen una pizarra: ponen la hora del TO, lo que van a hacer, se ve hermoso, pero nunca se cumple. Yo lo que haría es darle el rol de TO al joven y quitarle los otros roles que le están dando que no corresponden, para que él pueda organizar y hacer actividades y cosas y cosas súper lindas. Darle el espacio al TO para que realiza la actividad, porque siento que, si uno está con algún problema mental en ese minuto, lo que menos necesita es estar pensando en ese problema, porque te persigue, te persigue. Entonces necesitas estar ocupado.

M: ¿Todas las demás están de acuerdo?

E2, E3, E4: Sí.

E1: No estar sentados fumando.

E3: Sí, yo me fumaba 3 cigarros de un viaje ahí.

E1: Yo empecé sin fumar y terminé fumando una cajetilla diaria.

E3: Si es que no era más, porque eran tres cigarros para poder salir. Ya cuando me dieron las crisis muy fuertes como a las 3 am y otra que no me acuerdo. Pero esa de las 3 de la mañana yo me quería ir, me quería ir y ahí estaba el TENS y me empezó a calmar y me decía: ¿vamos a fumar? y yo le decía: ya. Y después yo le decía: ¿Me puedo fumar otro? y él me decía que sí, pero de ahí le decía: me quiero ir, me quiero ir. Él me decía que esperara al médico. Y después una que me dio a las 6 am, no me acuerdo y me inyectaron.

M: ¿Cómo describen este lugar en el cual salían a fumar? ¿Ameno, acogedor? ¿Qué les producía este lugar?

E2: Lúgubre, para mí al menos.

E1: Reja forrada con malla kiwi.

E4: Bueno, yo lo vi ayer no más y está cambiado porque están trabajando y pusieron unas mallas y no se ve nada para adentro, ni nada para afuera. Están poniendo techo donde no había, pusieron reja donde estaban los dormitorios donde daban las piezas para afuera.

M: Están haciendo cambios, que en fondo es para mejor.

E4: Sí.

E1: Para mayor seguridad.

M: Y ustedes, ¿Qué cambios le harían a ese lugar, por lo menos cuando ustedes estuvieron?

E1: Que separaran mujeres de hombres.

M: ¿Por qué lo haría usted?

E1: Porque están todos juntos y a veces llega gente enferma, hombre, que llega más enfermo que uno y se pasean por delante de uno o llegan y pasan a las piezas.

M: Las demás, ¿qué piensan de eso?

E3: Sí.

E4: Yo estuve 21 días y nunca me pasó nada.

M: Usted no tuvo una mala experiencia con eso. Y usted señora E2. ¿Qué piensa de eso? ¿Sería bueno poder separar hombres de mujeres?

E2: Sí, sería mejor.

E3: A parte que uno llegaba dos días y ya estaba pololeando. (Risas)

M: Por ejemplo, ¿pintarían o le pondrían algo?

E2: Sí. Porque para mí fue muy lúgubre, muy tétrico. Pondría más plantitas, para darle más color, más acogedor.

E3: Como lo hacían en el Hospital de Día, a ellos los sacan.

M: A ustedes les sirvió participar en estas actividades que mencionaban, ¿Aportó en algo para ustedes?

E4: Al menos yo, no hallaba la hora que llegara la hora de que llegara ese día, porque era el único día en que hacíamos algo. Yo preguntaba: cuándo es, cuándo es, porque a mí se me confunden los días.

E1: Cuando el TENS hacía el Karaoke, también.

E4: Sí, también.

M: ¿Entonces las motivaba más ese día?

E1, E2, E4: Sí po'

E3: Vamos a hacer esto y partíamos para allá.

E4: El día se hace más corto y a uno lo saca de la tontera que está pensando. Nos sacaba un rato de eso.

M: En el fondo tenía un impacto en su salud.

E2, E4: Sí

M: Como algo positivo. Y desde la lógica de la institución en la que estaban, ¿qué finalidad creen ustedes, que tenían estas actividades que realizaban?

E1: Yo creo que nivelarnos, es como de paso y después pasar al Hospital de Día o COSAM.

E4: A mí, se suponía que me iba a seguir tratando el mismo médico tenía, pero nunca más lo vi.

E1: A mí se supone que me iban a mandar a Hospital de Día y mientras esperaba otra vez la hospitalización, pero no quise. Porque si en este es aburrido, en el otro iba a ser peor. Por lo menos puedes dormir, acá es horrible. Lo única actividad que tenían era los días jueves que hacíamos alfajores para venderlos.

E2: En Hospital de Día era peor, yo nunca le encontré sentido.

E1: Hacían talleres los doctores. Y ese taller de fotografía todos los encontrábamos fome. Y nosotros le dijimos al encargado, el psicólogo y decía “no, si es bueno”. Él estaba super entusiasmado y nosotros no le hallábamos ni un brillo

M. Y dentro de la actividad en la que participaban y estaban con el TO, ¿Qué rol tenían ustedes dentro de la actividad, guiaban o era el TO quien dirigía la actividad?

E4: En mi caso, nunca participé.

E3: No, lo fome era que a veces uno alcanzaba a hacer un poquito de algo y ya se terminaba y se daba el almuerzo y luego la once. Uno quedaba

entusiasmada y no le dejaban las cosas porque uno podía ahorcarse con un pedazo de lana.

M: Entonces las actividades no eran participativas, ¿no era algo voluntario, era más bien impuesto?

E1: Impuesto

M: O bien, dirigido por otro.

E1, E2, E3: Sí.

M: ¿Qué ocurría cuando la terapia era dirigida por el TO, a las que de repente las llamaban, si ustedes no querían ir: pasaba algo o alguna consecuencia?

E1, E2, E3, E4: No.

M: No había problemas.

E4: Yo cuando avisaban, iba no más. Por lo menos hacían algo, algún cambio que iba a haber.

E3: A mí me gustaba la gimnasia, pero era muy cortita.

E4: Yo no participaba de las actividades, por el goteo. Entonces me perdía de todas esas actividades en la mañana.

M: Pero si iba alguno de los profesionales para alguna terapia o conversar cómo estaba, si usted le decía que no o que no quería ¿Había alguna consecuencia o le decía bueno ya?

E4: No, nada. Si insistía sí que uno participara, pero como que yo no soy muy buena para participar en esas cosas.

M: En el fondo no eran obligatorias.

E4: No.

E1: Lo que sí era bueno, era el trato y por lo menos en mi caso, yo tuve una colostomía y a mí me ayudaron mucho, mucho. Cuando yo tenía mis accidentes en la noche, me abrían el baño, me acompañaban, me bañaba y ellas me esperaban tranquilamente, me podía demorar una hora y nunca tuve problemas. Me facilitaron todo: un baño privado, la ducha, todo, todo estaba a favor para no sentirme tan incómoda y eso yo, se los agradecía mucho. Era una de las cosas que yo necesitaba para estar en UCE, era eso. Además, era una de las cosas que me afectaba emocionalmente era mi colostomía.

M: Entonces dentro de estas actividades que ustedes mencionaban, que, si bien fueron poquitas, pero sin embargo había, ¿Sienten que influyó en ustedes en un mediano o largo plazo? ¿Aporte o constructivo o solo fue un momento más? ¿Creen que impactó en algo en sus vidas?

E2: A mí cuando me dan mis crisis, mis tonteras, me da fuerzas para poder luchar, para no llegar allá.

M: En el fondo ha sido una motivación en su vida para no llegar allá y no volver.

E2: Digo para qué voy a ir para allá, y digo no, qué horrible.

E3: Es que aparte la gente que te iba a ver, al menos en mi caso mi hijo y mi pareja, mi pareja no le gustaba ir, porque veía personas mucho más mal que yo. A mí fue muy pocas las veces que él me vio inyectada y que estaba con cara de (zombie). Me decía: tú no eres para estar aquí y se enojaba y mi hijo iba los puros fines de semana y lloraba y me decía: Mamita, yo quiero que estés mejor, pero no quiero que estés aquí.

M: Y ¿Posibilidades de salida, tenían?

E1, E2, E3, E4: Sí, sí.

E1: Yo salí para mi cumpleaños, salí para pagarme y estuve afuera un día y después el fin de semana.

M: ¿Es solo los fines de semana?

E1: Partes con un día primero, donde te dejan quedarte y después ya te dan el fin de semana como para ir viendo la evolución, si te tinca quedarte en la casa, lo que me pasó la primera vez: yo tuve una inseguridad horrible en la casa, me sentía extraña, mal, nerviosa, acelerada y quería volver.

E3: Eso es lo que yo le decía: yo jamás le había tenido miedo a mi casa, a mí me gusta estar sola. Pero ahora siento que abren mi puerta y siento y me despierto muchas veces en la noche. Como que están en la ventana y siento que caminan por el pasillo y antes no me pasaba.

**M: ¿Las demás también aprovecharon de salir cuando pudieron?
¿Disfrutaban esa instancia?**

E4: En mi caso era como contradictorio: me quería ir a mi casa, pero me daba miedo ir a mi casa. Lo único que quería era volver luego a la UCE, porque

sentía que ahí estaba segura, que si me venía alguna crisis, que iban a estar ahí. Por ejemplo, yo le decía a mi hija: apúrate que se nos va a hacer tarde. A las 19 tenía que volver y yo a las 16 estaba lista y vamos que nos podemos atrasar. Era algo como que yo ni siquiera podía controlar la respiración. Me daba una sensación de angustia.

E3: Yo almorzaba y me iba. También me sentía como protegida.

E2. Ah!, yo no. No me gustaba.

E3: De que me aburría, me aburría.

M: Aun así, le daba (UCE) el sentido de protección.

E1: Yo la segunda vez que estuve, fue mejor que mi primera vez. Bueno la primera vez yo me había intentado suicidar 12 veces, entonces cuando entré cuando me buscaran el cupo, pasó hartoo tiempo. Entonces cuando llegué, hice el tratamiento para estar mejor y de no seguir haciendo lo mismo. Pero la segunda vez que ingresé fue el mismo motivo, pero ahí fue caótico. Entonces cuando yo llegué me recibieron bien y yo creo que me ayudó para no llevar a cabo todos esos pensamientos. Esos dos meses que estuve ahí, me controlaron el tema de los medicamentos, tomo 19 en la noche y 7 en la mañana. Yo creo que eso me ha ayudado a mantenerme, por ejemplo, dos o tres semanas sin pensamiento suicida. Yo se lo debo acá obviamente (COSAM El Bosque), pero primero a la UCE, la segunda vez. Siento que el grupo que me trató por segunda vez fue mejor que el primero y en la Hospital de Día, no hay caso, los profesionales me cargaron y aquí tuve un problema con un psiquiatra que me dijo: si usted se suicida, usted no va a llegar al cielo, ¿no ha pensado en eso? Y le dije: Bueno si yo pensara en eso, no intentaría suicidarme, tengo un hijo y podría pensar en mi hijo más que en la reencarnación y de eso no tiene nada que ver. Si cuando estás así estás como hipnotizado y no ves nada,

solo el objetivo que quieres lograr. Me había empezado a volver, pero ya no está. Se fue.

M: Y de las actividades que mencionaron con el TO: ¿fueron importantes para ustedes, hubo alguna importancia?

E3: A mí cuando empezamos a hacer las mandalas me gustó y fue importante para mí, pero empecé a hacer una y me dieron el alta.

M: ¿Eso era con el TO?

E3: Sí.

E2: ¿Ud. conoció a una paciente que nos hacía el taller? Ella nos hacía el taller pero pasaban 5 min y pedía permiso para ir a fumar, que se iba a cambiar para otro lado. Pero era más loca que cabra de cerro.

M: ¿Alguna otra actividad que hayan hecho con el TO?

E1: Yo me acuerdo que la segunda vez, los chiquillos estaban haciendo pulseras con macramé: pulseras collares y eso, pero yo en ese momento no estaba con capacidad de concentración.

E4: Yo no, no hice ninguna actividad con los TO.

M: Y las que compartieron el espacio con el TO, ¿cómo era ese espacio terapéutico?

E3: Pura bulla.

E1: Entraban y salían. No era tranquilo.

E3: Los que no participaban se dedicaban a meter bulla, prendían la tele. No era como para estar ahí.

E1: Daba rabia.

M: Y dentro de ese espacio con el TO, ¿ustedes se sentían un poco más libre de expresarse, hacer cosas o siempre había un control?

E1: No, uno podía dar opiniones de los que se podría hacer, pero nunca se hacía. Se hacía lo que la mayoría quería.

M: ¿Pero ustedes podían proponer algo?

E3: Sí, pero nada que fuera con alambre o con aguja.

E1: Yo nunca me sentí sin libertad ahí. Así que no tenía ese problema. Lo que sí, me daba seguridad estar ahí y yo creo que me influyó porque me iban a ver todos los días. Iba mi marido y mi mamá. Todas las noches, iba mi marido a darme las buenas noches y por un hoyito. Por eso yo no me sentía tan sola y uno siempre se hace un partner adentro o una compañera o compañero.

E3: Yo me hice amiga de la que nos hacía el curso de mandalas, pero era más loca: se metía con sostenes y calzones a mi cama y yo le decía: no, sale de mi pieza. (entre risas)

E1: ¿Era una mujer?

E3. Sí.

E1: Es que cuando yo estuve, me tocó con un travesti, pero él era mujer por donde lo miraras. Así que no te sentías ni incómoda con él, ni para entrar al baño. Era mujer.

M: La relación que tenían con el TO, ¿cómo era? ¿cómo la definirían?

E3: Atento, cariñoso.

E4: Hola, chao, cómo estás y eso.

E2: Acogedoramente alejado

E4: No era como para sentarse a hablar con él.

M: ¿No tenían el espacio para hablar con él?

E4: No.

E3: Uno lo llamaba para decirle algo y él decía: Espéreme, voy y vuelvo. Y nunca volvía.

M: Entonces no había espacio para hablar con él.

E1: Es que no tenía tiempo, no era porque él no quisiera: tenía que recibir, llamar a la gente que ingresaba, cuando llegaba los tenía que recibir y hacer los ingresos, y cuando llegaba la gente, tenía que recibirlos, explicarles y todo eso. Entonces las personas le quitaban tiempo que era nuestro, pero era parte de su pega. Esas horas las tenía ocupadas para recibir ingresos.

M: Entonces, ¿ustedes considerarían que el contexto institucional era el que influía en el actuar del TO?

E1: No solo eso, sino ambas cosas. También era su voluntad porque estábamos todo el día ahí y él se iba a las 7 y él podría decir: les dejo esto para la noche.

M: Entonces de las dos partes en el fondo.

E4: Yo lo veía en la mañana y en la tarde. No lo veía para nada.

E1: No, si se iba a esas pegas administrativas, parece o iba a otro lado. No sé.

M: Para profundizar en estas actividades, la idea es que manejemos una idea en común de los que son las “ocupaciones” (texto e imágenes)

E1: ¿O qué fue importante? Porque yo por ejemplo estoy en pausa, porque estoy detenida en mis ocupaciones, porque no me interesa hacer ninguna de ellas.

E3: A veces no tengo ganas de nada: me levanto y me acuesto.

E1: No me gusta ninguna actividad que me ensucie las manos o uñas.

E3: Lo que nunca había hecho era queque: hice queque de manzana, zanahoria y me subían hartos.

M: Usted E4, ¿Qué imágenes eligió?

E4: Hacer ejercicio.

M: ¿Para usted, qué significado tiene?

E4: Salud

M: ¿Lo realiza frecuentemente?

E4: No, empiezo mañana. Lo haré sola con mi hija en la plaza, porque hay unas máquinas y con mi hija, ella me va a llevar.

E3: Son buenas esas. Yo tengo cerca unas.

E4: Mi hija me va a llevar, porque el médico me dijo que tenía que hacerlo, porque yo paso sola.

M: Usted señora E2, ¿qué eligió?

E2: Yo elegí la manicura. Mi nieta me la hace. Tenemos esa actividad nosotras: viene a la casa y me hace limpieza.

M: ¿Qué representa para usted?

E2: Belleza. Que una siempre debe andar arregladita. Yo me acuerdo mucho de mi hijo, de uno de ellos, que uno está en el cielo y me decía: Te pintas o no te pintas, te arreglas o no te arreglas. Porque a veces he estado con la raíz muy larga la del pelo y me decía: No pos mamá, no tienes que andar así. Siempre echándome un poco de labial. Cuando ella me hace la manicura, me levanta la autoestima.

M: ¿Y eso lo hacen frecuentemente con ella?

E2: Una vez a la semana.

M: Usted E1, ¿Qué escogió?

E1: ¡Ay! Yo escogí varias. Viaje porque siempre me ha gustado viajar, pero no a un lugar fijo. Salir en el vehículo y que nos indiquen las flechas, para allá ir. Pero lo he hecho solo una vez, porque me cuesta mucho salir. Me siento complicada, sobre todo si va a llegar la noche, me duele el cuerpo, con los viajes largos bajo como un robot y al otro día me cuesta recuperarme.

M: ¿Y el viaje qué representan para usted?

E1: Los viajes para mí representan felicidad y libertad, porque me gusta sentir el aire y ojalá que también hayan árboles. Me gusta la naturaleza, mucho.

M: Cuéntenos, ¿Qué más?

E1: Ésta, la lectoescritura: porque es mi fascinación, yo soy especialista en esto. Soy profesora, pero ya no hago clases. Representa una felicidad profesional, un orgullo.

La otra, es manualidades y lectura. No hago ninguna de estas.

M: Pero las considera como ocupación, eso es lo importante. Y la lectura ¿qué es para usted?

E1: Para mí era un escape leer, me gustaba mucho leer. Yo podía hasta sentir el aroma de la descripción que hacía la persona, el espacio. Me metía tanto en el libro, que vivía su espacio, su olor. Y leo muy rápido y no lo soltaba hasta que lo terminaba y me iba de un viaje: desesperada por sacarlo en un día, me encantaba. Ahora tengo un montón de libros en espera.

M: Para usted E3, ¿Cuáles eligió?

E3: Participar en grupo, siempre me ha gustado. Ahora estoy en un curso de cueca, tejido y eso me gusta.

M: Y la participación en grupo, ¿qué le significa a usted?

E3: Estar acompañada y que uno está contenta ahí. Y esta, porque en mi casa tengo muchas cosas que arreglar y no sé nada. De hecho, me inscribí en la OMIL en gasfitería para poder arreglar yo mi departamento, porque todo hay que pagar.

M: De estas actividades que ustedes mencionaron, ¿algunas podían hacerlas en la UCE? Por ejemplo, el ejercicio, ¿pero las otras? ¿Había un espacio para que las propusieran? ¿Podía leer algún libro en la UCE, se lo permitían?

E1: No, porque yo tenía cero capacidad de concentración, yo ahora recién estoy comenzando a concentrarme, pero me cuesta leer una página entera. A tal punto que yo hice un curso de lectura veloz y trato de leer así, cualquier hoja. Pero en este minuto no me atrae mucho, pero es por un tema de tiempo no más, porque yo creo que más adelante voy a lograr a mis intereses.

M: Usted E2, arreglarse en UCE ¿Podía tener sus maquillajes?

E2: Sí, pero lo que no me permitían la pintura de uña, las limas, las pinzas, tijeras, cortaúñas. (opinión compartida) Pero yo llevé a escondidas las pinzas, las tenía fondeada, porque andaba con los cañones largo y fea, con bigotes. Y una máquina de afeitar, porque los pelos de las piernas súper largos.

E3: No, yo las dejaba ahí y cuando la pedía, me la pasaban.

E1, E4: Sí.

E3: Le ponían nombre.

M: ¿Para todas era importante el cuidado, la belleza, era importante en UCE o pasó a un segundo plano?

E3: No, yo no estaba ni ahí con arreglarme.

E2: Para mí fue necesario.

E1: No, yo me levantaba con pijama y me acostaba.

E4: En mi caso, como para pintarme, no.

M: ¿No era algo primordial?

E4: No.

E2: Con la mujer que hacíamos el taller de mandalas, nos pintábamos y nos dejábamos como monos, pero era como el pedacito que teníamos para la risa y liberarnos del estrés.

M: ¿Cada cuánto lo realizaban?

E2: Casi todos los días. Bien pintadas íbamos cuando nos llamaban los médicos.

M: Desde el momento en que ustedes ingresaron a UCE, ¿Hubo algún cambio en sus ocupaciones, intereses?

E4: En mi caso, yo no tenía ganas de participar.

M: Y antes de ingresar, ¿fue algo que se mantuvo o cambió cuando ingresó?

E4: No, se mantuvo, no tenía ganas de hacer nada.

M: Y por ejemplo, el deporte que usted mencionó como ocupación, ¿antes también era así o hubo un cambio al ingresar?

E4: Yo en el verano hice harto ejercicio, pero cuando me empecé a sentir mal, dejé de hacer ejercicio y ahora el psiquiatra me dijo que debía volver a hacer más ejercicio para tener contacto con más gente, salir de la casa.

M: Usted E2, ¿se mantuvo como nos decía, su interés, la belleza?

E2: Los primeros días no, a la tercera semana sí. Ya quería hacer algo porque dije: si yo no le pongo tinca, no voy a salir de esta

(E2 y E4 3^{ra} semana en UCE)

M: Y para usted, E3 ¿Se mantuvieron sus intereses o hubo un cambio al ingresar a la UCE?

E3: El único cambio que tuve yo, fue que mi yerna me llevó un libro de mandalas para pintar, pero pintaba uno a medias y luego me aburría, me llevaban sopas de letras y ahí las hacía en la cama.

E2: Buuuuh. Yo nunca en mi vida hice tanta sopa de letras.

E3: Sí, yo lo único que pedía era que me llevaran sopas de letras, era lo que más hacía. Y luego con una compañera como que nos hicimos amigas y con ella nos poníamos a jugar bachillerato.

M: Y las ganas de pintar mandalas, ¿se mantuvieron?

E3: No, quedaron olvidadas. De repente lo tomo y me arrepiento.

M: Hubo un cambio también en sus intereses.

E3: Sí.

M: ¿Qué impacto en sus vidas, consideran que ha tenido pasar por UCE?

E2: Para mí fue bueno, porque llegué en un momento en que estaba muy mal, porque si no hubiese llegado ahí, no estaría acá.

E1: Yo también lo veo así, me salvaron la vida acá, porque cuando yo llegué a la posta, no me enviaron a la casa, porque yo creo que si me hubieran enviado a la casa hubiese inmediatamente recaído.

E2: Sí

E1: ¿Cierto que pasa eso? (E2 asiente) Me llevaron al tiro a la UCE estaba vigilada.

E2: Es que en mi caso me sentía visible, yo tengo una familia muy grande, pero a la vez me siento muy sola.

E1: Yo igual, a mí nunca me ha acompañado nadie a parte de mi hijo. Entonces eso me decía el primer psicólogo que me vio acá, que necesitaba apoyo familiar

y yo decía de dónde saco, todas tienen problemas y yo no las quiero invadir con mis problemas, si son míos.

E2: Y ahí (UCE) yo sentí apoyo, que yo me le importaba a persona que no me conocían y yo a veces me sentía que era para llamar la atención.

E1: Sí, es verdad. A mí una vez mi hijo me dijo.

E2: A mí también me dijo mi hijo.

E1: Mi hijo me dijo: cabréate.

E3: Mi yerna me dijo déjese de hacer show.

E1: Ah! Mi hijo me dijo lo mismo.

E3: Me quedó tan marcado.

E2: Pero sí cuando a uno lo necesitan, ahí uno debe estar.

E1: Mi hijo, según él tiene una teoría en la que la depresión no existe y yo estoy haciéndome la enferma, me pongo a llorar cuando me conviene, que trato de actuar como una niña chica para manipularlos a todos. Me partió el alma y lloré todo el rato. No le hablé más, pero él sigue manteniendo su postura. Él trabaja como Tens en el Horwitz y sabe que hay gente enferma, pero yo no.

E3: ...acá tengo una vecina que anda en silla de ruedas y es pura depresión.

M: mmm...

E3: Lo mío no es nada comparado con otras personas, pero está ahí po'

E4: Está ahí todo el rato

E1: Yo no caminaba, estuve meses con pijama en la cama, sin querer pararme, nada...

E3: Y allá dije yo, este es mi uniforme diario...

E4: Institucional (risas)

Varias: El pijama...

E3: Voy a ir a la OMIL digo yo, a ver trabajo y ahí me quedo, voy a ir a la muni y ahí me quedo, se pasa el día y ahí me quedo... (risas quedas)

E1: Sabes que, corta estadía para mi significó protección a tal extremo que yo necesito estar ahí de nuevo, yo sé que no me van a mandar, pero siento q necesito estar de nuevo ahí para aclarar el pensamiento porque es la única parte donde tú puedes hacer eso. Porque por lo mismo, como no tienes tantas actividades. Yo en este minuto necesito aclararme, pero sola, es decir yo conmigo misma, yo me hacía amistades, pero así de "hola", a todos los saludaba así, con cualquiera, con uno con este otro, pero yo partner partner no me hice en las pasas' por corta estadía, pero la gente se acercaba a conversar conmigo y yo escuchaba y conversaba. Pero yo siento q me hace falta en este minuto, para ordenar mis ideas, para aclararme, quizás lo lograría si saliera fuera de Santiago, tomarme unos días, pero no puedo...

M: Que sea un espacio consigo misma.

E1: Mmm sí, lo necesito, creo que estoy en esa etapa, como que salí de lo más crítico y necesito ahora organizarme, aclararme la mente y todo. Y como en

corta estadía lo podía hacer porque te acostai' temprano, bueno yo tengo el mismo horario que tenía en corta estadía, mi marido que se encarga del almuerzo..., bueno tú lo conocí como es (mirando a su compañera del frente), ... el me da el remedio a la misma hora que en corta estadía y me hace dormir a la misma hora. El a las 10 apaga la tele y yo tengo que estar lista para dormir. (risas)

M: ¿Y usted no siente que fuera de la corta estadía tiene alguien para poder hablarlo, así como con confianza de lo que le suceda?

E1: Mira aquí yo estoy con psicóloga, con psiquiatra, con terapeuta ocupacional, pero es otra cosa, es... yo aclararme conmigo misma, porque yo estoy tan confundida que no puedo traspasar verbalmente esa confusión.

E4: lo que pasa es que uno ahí en corta estadía se siente protegida en todo sentido, que ya sabes que, si te viene una crisis, van a correr a ver porque tení' la crisis. Pero a mí me pasa que yo estoy en mi casa, lo que decía ella, mi uniforme es el pijama, yo tengo que salir a comprar y me pongo el pantalón, una parka y abajo el pijama, después llego me saco esa ropa y yo ando todo el día en pijama. Lo más malo es q yo me guardo, no expreso, me llevo todo, y eso es más malo me dijo el psiquiatra, porque llega el momento en que aguantas tanto tanto tanto que...

M: Explota

E4: Si, explotas, entonces ahí es cuando yo me mando los condoros

M: entonces en el fondo es un resguardo para usted estar ahí

E4: Sí, porque me tienen que... imagínate con 50 años mi hija tenga que darme los remedios, que mi hija me decía: "mamá, ya quedan por ponerte un ejemplo:

2 quetiapinas, tiene que ir a pedir los medicamentos”, porque les da miedo que yo tenga un... ‘toy cocinando, ‘toy haciendo algo y ellas creen que no me doy cuenta, pero van porque yo estoy ocupando un cuchillo.

M: La van a ver

E4: Sipo, viste que ahora ya me estaba llamando

M: La llamaba para saber en qué andaba

E4: Sí, “mamá son las 12.30, ¿dónde estás?”

E1: Yo pasé por eso mismo que tú, me vigilaban, bueno, todavía mi marido todavía maneja mis medicamentos. Pero ellos siempre están alerta.

E4: Sí.

E1: Yo ocupo cuchillo ahora, porque igual trate de matarme con un cuchillo, pero ahora ocupo cuchillo y están más relajados. Pero es un espacio que te ganai’ después de mucho tiempo con la familia, para que te vuelvan a tener confianza.

M: Y esa transformación que hubo, quizás en su vida cotidiana, con su familia, ¿fue de antes de ingresar a corta estadía o al momento del ingreso, cuando salieron hubo un cambio?

E4: en mi caso fue después que entré la primera vez a corta estadía, a pesar de que yo tengo... yo toda la vida he sido depresiva, mi hijo, los 3, siempre me vieron. Una vez traté de envenenarme, me vieron botá’ en el piso, botá’ en el jardín, botá’, desmayá’, me había tomado las pastillas. Siempre ellos lo vieron.

M: Pero más que nada, ¿el ingreso a un lugar marcó un cambio?

E4: Claro, sí, sí.

E3: Yo pienso en mi familia, porque yo cuando estuve mal, en coma. Nooo... con la reanimación, no, no...

M: ¿reaccionaba?

E3: No, con el lavado de estómago tampoco y después cuando veo a mi hijo ahí se me partió el alma y dije yo: "por lo que lo hago pasar". Y llegó toda mi familia allá, ahí llegaron todas mis hermanas (se emociona).

M: ¿Y eso fue cuando ya estaba ingresada en corta estadía?

E3: Acá en el Barros Luco

M: Ah ya, acá entró primero

E3: Y después dije yo: "no tengo porque hacer pasar por esto a mi hijo, no se lo merecen, los problemas son míos, soy yo la que estoy mal". Y mi hijo lloraba y lloraba y me dice: "mamá, prométeme que no lo voy a hacer más". Y después cuando volví la segunda vez me decía: "mamá, tú me prometiste que no lo ibai a hacer más" y yo le decía: "pero es como algo más fuerte que le pasa a uno".

E4: No tiene voluntad uno.

E3: Nooo. Y me decía "mamá mi tía Juani (es la mayor), está mal mamá, está súper mal allá abajo". Y aparte no los dejaban... aparte allá en el Barros Luco daban 10 minutos de visita y entraba él o entraba mi hija, pero era él el que siempre estaba ahí. Después cuando me decía que me llevaron en el auto,

cuando me sacaron acá en la casa él no estaba, me sacaron entre 2 personas. Y llegó mi nuera porque ellos no podían entrar y llegó mi nuera a buscarle ropa a mi hijo porque se iban a quedar en la casa de ella, como a las 7 de la tarde y esto yo lo había hecho como a las 3 de la tarde. Abren la puerta y ahí me encuentran y partieron conmigo entre 2 y me bajaron (porque yo vivo en el segundo piso), y no me podían, decían que no me podía. Decían que después mi hijo del auto me bajo el sólo y entró al hospital y gritaba que quería una camilla para la mamá, una camilla par la mamá. Yo me imagino todo eso y digo: “noo, porque los hice pasar por esto, a mi hermana que estaba super mal. Después cuando ya salí me dijeron: “prepárate” me dijo, “porque mis tíos se juntaron todos y te llevan a la playa”. ¡Uy! yo de solo pensar como estaba mi hijo me llegan a dar como escalofríos.

E4: Pasa eso. A mí me pasó ahora en esta hospitalización, yo estaba muy bien con ese goteo, pero salí a la realidad, porque uno está en una burbuja y me vine pa’ debajo de nuevo. Entonces mi hija me dice: “mamá, tu nos prometiste nunca más”. Mi nieta a mí me pilló, ella me encontró, tiene 4 años, cuando yo estoy durmiendo ella me dice: “quelita, quelita, quelita” tiene 4 años, no cierre los ojos me decía. Entonces uno dice de nuevo como puedo volver a sentirme mal otra vez.

M: Entonces tuvo un antes y un después en el fondo, entonces fue tanto en usted como en su familia.

E4: Si.

M: Y para usted señora E2, ¿hubo un antes y un después?

E2: si, yo sentía que había un apoyo inmenso, que les interesaba yo, que ellos querían que yo me sanara. Eh, me sentí muy acogida.

M: Y antes de eso, ¿usted se sentía más sola en su familia?

E2: Sola. Aunque todavía a nivel familiar es soledad, todavía. Pero, o sea, la mamá existe pa' cuando una necesita no más. Y me quedo muy muy muy claro esta vez para mi cumpleaños, yo me acuerdo de todo, yo les dije: "yo no quiero regalo", pero que, si se hubiesen acordado, se acordaron, pero fue como que uhm...

M: Como que fuera un trámite quizás...

E3: Como que es una obligación que tienen que ir a verlo porque es una fecha puntual.

E2: Así lo siento yo de mi hija.

E1: Yo igual.

E3: Y mi hijo, yo salí del hospital y como a las 2 semanas se fue. Y ahí me había dado todo de nuevo, así que dije yo: "no no, tengo que empezar a superarlo".

E2: Tengo a mi hijo, uno de mis hijos, el que me da harto de dolor de cabeza, lleva un mes hospitalizado y todavía no lo operan, se fracturó el pie, está en el Barros Luco, se supone que después tiene que volver a la casa, pero no. Me dijo: "pero como me voy a dejar en la calle", no es problema mío, no más. Acá hay asistente social, dile que estoy en situación calle, que no teni' a donde irte, pero tú a mí me hací mal. Pero a él yo le digo: "tú necesitai ayuda".

E1: ¿Tiene vicios él?

E2: Sí. El alcoholismo. Y estoy segura que debe hacerle a algo más. Estoy más que segura. Y si tú nos pedí ayuda, además que él es un enfermo, como dijera, es agresivo psicológicamente, la pareja de él lo ha ido a ver una pura vez y dice que estos tiempos que lleva el hospitalizado ha sido el mes más tranquila que ha vivido. Tampoco lo quiere. Y me dice: “usted va a tener que encargarse de él”. No, porque no es mi hijo, no es mi hijo chico.

M: O sea para usted fue una ruptura con la familia también, al ingresar...

E2: Sí, así que dije yo: “nada más”. Él me dice que me quiere que me ama, que me adora.

E1: Pero te va a hacer mal.

E2: ... pero me hací' daño le dije yo. Porque tu estay peor que yo, estay' peor. Así que con esto que yo hice ya de soltar, de liberarme, yo siento que voy a mejorar y el apoyo que tengo aquí, con el apoyo que recibí allá, tengo que salir adelante.

M: Sí. Y para usted señora E1, ¿hubo un antes y un después entonces? No sé si al ingresar a la primera o la segunda quizás.

E1: Eh la primera vez yo mantuve, me mantenía igual que la primera vez estuve hospitalizada, me sentaba en el patio, fumaba el pucho, me costó mucho y no quería salir. Quería volver a esta hospitalizada y de ahí me fui al hospital de día. Entonces, mucho cambio no tuve, yo seguí con ideaciones suicidas. La segunda vez siento que me hizo mejor, porque tenía otro psiquiatra y eh me puse a hacer ejercicio y eso me subió increíblemente la endorfina y me ayudó enormemente con el ánimo, pero eh con esa cosita de que siento de repente que me hace falta porque me da mucha seguridad, me dan ganas de correr, ir a meterme ahí y quedarme ahí así en la cama un rato.

E4: a mí me pasó ayer. Porque con la Terapeuta fuimos a corta estadía a buscar un remedio, como que yo ya me entraba.

M: Mejor se quedaba ahí.

E4: Si, sí. Porque ahí todas mis pesadillas, mis sueños, mis miedos no están. No están po'.

E3: Hay personas que llegan pero así, digo yo pero cómo pueden dormir tanto, yo ojala durmiera así. Y las miro y duerme con una tranquilidad así (risas).

E4: Pasa eso. Bueno, lo que me decían las chiquillas, bueno yo hice un grupo bien bueno ahí, que tenemos un WhatsApp ahora las 4 que nos hicimos muy amigas. Yo le decía: “yapo chiquillas no duerman, acompáñenme”. Porque yo despierto muy temprano, no duermo siesta...

E3: Yo igual.

E4: Me cuesta conciliar el sueño, entonces si están durmiendo ¿qué hago?

E3: No meterles bulla, las veo yo tan relajadas.

M: No despertarlas (risas). Para no aburrirse.

E4: Sipo, sí.

E3: A mí me pasó ahora hace poco. Me da rabia, porque uno va a la posta y como sale el historial de uno. Me dicen: “por la depresión”, me duele la cabeza es la depresión, me duele un brazo es la depresión. Y digo yo: “¿por qué?”. Pase toda una semana, SAPU, hospital, SAPU, hospital y me tenían que

pinchar y me decían que eran angustia depresiva, que tenía eh no sé qué otra, pero todo lo asimilaban con la depresión. Les decía: pero ¿cómo?, llevo una semana sin fumar y yo que no fumeee... me dolía, vomitaba, vomitaba, tomaba agua y la vomitaba, mal. Y nada, era la depresión nomás.

M: Todo lo asociaban a eso.

E3: Y ahí me volvió el intento suicida. Yo decía: “si voy a estar así, yo no quiero seguir viviendo más”. Y que me veía sola po’, iba sola al hospital iba sola al consultorio. Entonces así dije yo: “ya no quiero más”.

M: Entonces en toda esta reflexión que tuvieron ustedes de su cambio, del antes y después, ¿cómo comprenden la vida cotidiana? Ehm, la vida diaria, en el fondo.

Todas: Uff

E1: ¡Ay! Es un sacrificio.

E3: Una lucha.

E1: Una lucha de todos los días.

E2: Es luchar con fantasmas, con cucos...

E3: con miedos. Yo por mi pasaría durmiendo.

E1: ¡Ay! Yo igual.

E4: Yo también.

E2: Y estaría con pijama.

E3: Yo digo oh que bueno, ya son las 10. Pero son las 3 de la mañana y aun no me he dormido. Y a mí me tienen con 3 quetiapinas de 200. Además, clonazepam y otra él carbamazepina. Y así todo no, y después me despierto 3 o 4 veces en la noche.

M: Y esta comprensión que tienen ustedes, esta lucha diaria, se ha mantenido a lo largo del tiempo o ha sido después de corta estadía, o en que minuto.

E4: Para mí fue después de corta estadía.

M: ¿Y para usted señora E2?

E2: Yo de corta estadía, cuando salí, salí bien, pero después he tenido mis crisis igual y ahí es donde me dan ganas de salir corriendo, de irme para allá de nuevo. Aunque el otro día me dieron la oportunidad de hospitalizarme. Me dijeron la vamos a hospitalizar de nuevo. Pero de acordarme de estar ahí...

M: No le dieron muchas ganas (risas)

E2: Dije yo no, tengo que saber salir adelante. Esta enfermedad es así, para mí ah. Días, pero ¡estupendos! Y días que.... No hay caso.

M: ¿Y para usted señora E1? Cómo fue para usted esto, ¿ha sido transversal a su vida esta lucha? O ¿fue después de corta estadía?

E1: No, lo que pasa es que corta estadía vino a reforzar un diagnóstico, para mí no fue... fue complicado porque yo quería volver a corta estadía. Y... no he recaído por una promesa y porque la última vez quise colgarme, pienso que eso

sería super traumático para la gente que me rodea, entonces la corta estadía para mí fue... yo antes estaba igual, solo que no tenía la cápsula de protección que me dio corta estadía. La segunda vez si me sentí mejor y hubo un antes y un después.

M: ¿Y para usted, señora E3? Esa lucha diaria que nos mencionaba ha sido transversal a su vida o fue después de corta estadía.

E3: Fue antes y después po'

M: Se ha mantenido en el fondo. Y por lo que mencionaban algunas, por ejemplo, E1, ¿la hospitalización se ha vuelto parte de su vida cotidiana? (Asentimiento general)

E1: Sipo, yo siempre quisiera salir arrancando cuando tengo problemas.

E3: Te digo, a mí no me gustó estar ahí, pero la vez que me vio el psiquiatra ahora, le pedí que, si había algo, le pedí que me internara, que yo quería que me internara. Porque no me siento que estoy como segura afuera sola.

M: En el fondo, ¿tendría como una importancia pasar cada cierto tiempo por la hospitalización?

E3: Sí.

E2: No nos gusta, pero de que hace bien, hace bien.

E4: Qué pena da que uno, a ver, yo cuando mi hija me iba a ver a corta estadía a las visitas yo me sentía bien con el goteo, muy bien. Yo le dije que nunca más, le prometía que eso ya era parte de mi pasado, que yo era otra persona. Yo salí de corta estadía y me duro lo bueno como ¿una semana? Y empecé de

nuevo, yo noto, yo noto porque de partida dejo de comer, fumo como contratada y me despierto a media noche. Antes yo dormía, ustedes saben que en corta está a las 10 de la noche ya todos durmiendo. Y claro, yo me tomaba las pastillas me quedaba dormida y en la mañana tempranito antes de las 7 ya nos estaban despertando. Pero aquí en mi casa yo... por ponerte un ejemplo: ayer me acosté super cansada porque limpié toda la casa, me acosté y me quedé dormida y desperté a las 2.05 y me quedé dormida a las 5.53 minutos.

E3: Yo igual miro... Y yo me despierto tanto que me alcanzo a fumar 3 cigarros y de ahí me acuesto, y digo si el cigarro también quita el sueño. Pero no puedo dejar de fumar.

M: Sí, es verdad. Y retomando esto que dicen que a las 10 ya están acostados en corta está, ¿cómo es la rutina que tienen ahí?

E3: Apagan todas las luces.

E4: Apagan todas las luces, a las 10 de la noche se apagan las luces.

M: Y en la mañana ¿a qué hora las despierta o pueden despertar solas?

E3: Si nos despiertan cerca de las 7 de la mañana para tomar los signos vitales y después para empezar a las duchas.

E4: Y hacemos la cama.

E3: Y pasa el médico como a las 8 igual, yo lo sentía al médico cuando estaba acá al lado mío, pero me daba vuelta al tiro. Y me decía oh que tiene el sueño liviano. Y él no me hablaba nada, sino que miraba y yo me daba vuelta.

M: Entonces los médicos pasaban por cada habitación.

E4: Por lo menos cuando yo estuve no. Los médicos estaban ahí en la tarde la llamaban a uno, pero nunca pasaban por las piezas.

E3: No, por lo menos cuando estuve yo, sí, siempre pasó el médico.

E4: No, conmigo no.

E3: Y había uno ecuatoriano también, él también pasó.

E2: Sí.

E3: Pasaban los dos psiquiatras.

M: Entonces las despertaban, les tomaban los signos vitales y de ahí ¿qué ocurría?

E2: A la ducha.

E3: De ahí a tomar desayuno.

M: Y en las duchas ¿tenían tiempo limitado?

E3: Nooo

M: ¿Cada una se tomaba su tiempo?

E3: Sí, pucha, tampoco que se demoraran una hora...

E4: Yo cuando estuve nos entraban de 2 o de 3. Entonces las otras quedaban esperando y mientras uno se salía la otra iba entrando. Y nos bañan ellas, o sea, son supervisadas las duchas, ellas están ahí mirando.

M: Y de ahí desayuno. ¿Y de ahí que hacían?

E2, E3 y E4: Cigarro (risas)

M: ¿Y el patio siempre lo tenían abierto para salir a fumar?

E2: No, no, no.

M: O ¿tenían horarios?

E3: Horarios o cuando uno ya empieza a lesear mucho ya que abran la puerta, ahí la abrían para salir a fumar.

M: Y después del cigarro de la mañana, ¿qué hacían?

E4: Hacer hora para el almuerzo

M: Ahí estaban mucho rato en nada.

E3 y E4: Sí, sí.

E4: Ahí mis compañeras se acostaban a dormir. Yo miraba el techo, me iba a dar tres mil vueltas.

E3: Ahí yo me ponía a hacer sopas de letras y después almorzábamos.

M: Y después del almuerzo, ¿cigarro?

Todas: Sí (risas)

E3: Y de ahí venía la hora de las visitas.

M: Y en el caso de que ese día ustedes no tuviesen visitas, nadie iba, ¿qué hacían?

E1: Fumar

E4: Salir al patio a fumar o en el caso mío, de las 4 amigas, la que no tenía visita, una la llevaba con su visita y compartía y todo o se iban a acostar a dormir las que eran buenas pa' dormir.

E3: ¡Ay no! A mí me daba mucha angustia cuando no me iban a ver. Que decía yo igual quiero ir a fumar pero todos me van a mirar y yo no tengo visita. A mí me angustiaba eso.

M: Y las mayores diferencias que tuvieron ustedes antes de ingresar a la corta estadía y durante con su vida cotidiana, la rutina, ¿cambió mucho?

E3: Parte cambiando desde el momento en que uno despierta, que todo es a una hora, a una hora, o sea, la hora del almuerzo, la hora de la cena y ver cómo es... porque primero a nosotros nos daban la cena y después nos dan la once. Entonces como que es un cambio y los horarios así fijos. De 8.30 a 9.30 el desayuno.

M: O sea en su vida entregó una rutina, una estructura más que nada.

E3: Sí, sí.

M: ¿Para usted señora E2, también hubo un cambio en ese sentido?

E2: Sí, sí, sí. Que era todo tan rutinario, que todos ya estábamos marcados con la rutina (risas).

M: En el fondo era todo muy rutinario comparado con lo que eran ustedes antes.

Todas: Sipo'

E3: Que la hora de los remedios, que la hora de esto, que la hora de esto otro.

M: Y ¿eso fue bueno para ustedes?, el tener una rutina estructurada dentro del lugar.

E1: Yo, para mi después en la casa era... porque en la casa es todo desorden, entonces los remedios, si yo no ponía el reloj y no sonaba, ¡se me olvidaba! Era así como que ya cuando uno tiene que... a uno le dan el remedio es más fácil, pero...

E3: Con la voz que te despertaban: ¡remedioo!

M: ¿Las despertaban gritando así remedio?

E2: Sí (risas) o los ¡chubis!

E3: Una ensalada de pastillas, tantas que me dan, después ya fui bajando, bajando, bajando...

M: Y dentro del hospital, de las áreas a las que ustedes tenían acceso, ¿había algún lugar que tuviera algún significado especial o era como todo igual?

E2: Era todo igual no más. O sea, el comedor, el dormitorio y el patio, no había nada más po'. Esas tres partes.

M: ¿Y algún lugar que fuera mejor o peor para ustedes, que tuviera algún significado?

E4: El de la pieza más por privacidad.

M: Por la privacidad.

E4: Sí, más importante por la privacidad que se da ahí.

M: ¿Y para usted señora E1?

E1: Mi cama. Mi cama era fabulosa, yo dormía súper bien. Cuando yo llegué a mi casa, le dije a mi marido que por favor durmiera más allá y que me dejara la mitad de la cama pa' mi sola sin meterse a mi lado. Porque yo llegue exactamente los mismos horarios que tenía en corta estadía, todo igual, después o fui adaptándolos y algo horrible fue que yo subí... 20, 30... 30 kg, no, 20 kilos, veintitantos kilos subí desde la primera vez de corta estadía hasta el hospital de día y eso me destruyó completamente, la autoestima... porque fueron veintitantos kilos que significan que no te quede nada, nada, nada bueno... Y eso fue súper complejo para mí, el tema del cuerpo... Pero si eh rescato el dormitorio, la cama, no el dormitorio, la cama.

M: Ese era su espacio

E1: Siii, rico, sabí' que me gustaba más que la cama de mi casa, era como maravilloso cuando llegaba la noche para acostarme.

M: O sea es lugar que les brindaba privacidad era lo que más destacaban.

E1: Es que yo soy buena para dormir. Entonces me iba temprano, me fumaba un cigarro y me iba para dentro, no me quedaba dando vueltas, ni viendo tele, ni nada.

M: Sí. Entonces ¿qué sentido tiene para ustedes la hospitalización de corta estadía?

E1: Es como provocarte un quiebre, un quiebre en tu vida diaria. Si pasaste una situación difícil, te hacen un quiebre para tener un antes y un después para poder modificarte y darte... y tenerte también contenida.

M: Pero ¿tanto a nivel personal como familiar es el quiebre? O ¿más que nada personal?

E1: Si... la familia, bueno es que para mí ha sido re complejo porque yo me ha dado cuenta ahora que, para mi mamá, para mi hijo es importante, es decir, para mi mamá y para mi pareja, me he dado cuenta que para mi hijo me estoy haciendo po', como me dijo el otro día y no cambia de opinión. Porque tuvimos una conversación más seria, donde yo no lloré nada y todo y él sigue pensando así.

M: Y ustedes las demás, ¿qué sentido le otorgan a esta hospitalización?

E2: Para mí fue súper bueno...

E4: Sí, por lo menos mi hija, una de mis hijas, pudo entender que lo que yo estaba pasando, no era porque yo quisiera, ni a mi conveniencia, sino que porque mi mente realmente está enferma.

M: Y para usted señora E3, ¿qué sentido tuvo esta hospitalización?

E3: Me sentía más segura.

M: Y estos sentidos que ustedes le otorgan, ¿lo conversaron?, ¿alguna vez tuvieron el espacio para conversarlo con los usuarios/as que compartían ese espacio con ustedes? (murmillos negativos)

E4: Si, yo por lo menos, con mis amigas esas que...

M: ¿Su grupo?

E4: que hice mi grupo, sí, siempre conversábamos y más me impactó un caso de las niñas ahí que nos hicimos amigas, que tenía 6 meses y consumía....

E1: ¿Pasta?

M: ¿Coca?

E4: Cocaína. Pero ella consumió 3 veces, pero aun así ella pidió ayuda, ella pidió internarse. Tuvo que dejar todo un cuento armado afuera, sus hijos, todo, para internarse. Siempre conversábamos y yo le decía a ella: "lo que tu hiciste es algo que hay que tener cojones para hacerlo", porque...

E3: No cualquiera pide ayuda

E4: No po', no pide ayuda.

E3: Dicen no si lo voy a dejar...

E4: Y más por tres veces, 3 veces consumió ella, 3 veces. Y ayer fui y le dije, le pregunté a una de las señoras que estaban ahí, ¿está todavía la Ingrid aquí? y me dice: "si todavía está". Pero lamentablemente el COSAM no permite, o sea el...

E3: Que vayan a visitas después.

E4: No vayan a visitas después, sí.

M: Y usted señora E3, ¿tenía esta discusión del sentido con algún usuario dentro de la corta estadía?

E3: Sí, conversábamos en el... ahí, sí si se conversaba del apoyo que había, que una le parecía bien y a otra no tan bien.

M: Había una reflexión del proceso.

E3: Si, sí, sí.

M: Y usted señora E1, ¿tuvo la instancia también?

E1: Si, yo conversaba con todos.

M: ¿Y esta conversación se podía dar con parte del personal?

Todas: Si, de repente sí.

E3: Con la X era más conversado.

E4: Sí con la Tía X, si, con la X.

E3: Ella vive cerquita mío.

M: Y la tía X, ¿qué cargo tenía?

E3: Enfermera.

M: Ah ya enfermera.

E4: No, era auxiliar.

E1: No, era TENS.

E3: No, ella había pasado a enfermera.

E4: No...

E3: Hizo el curso, cuando yo me vine por lo menos, me mostró la ésta de que ya había pasado el curso y la habían subido a enfermera.

E4: No... ahora no, está igual como seguía no más.

M: Pero con ella podían conversar.

E1: No, lo que pasa es que la subieron de grado, lo que pasa es que andaba vestida igual. Por un tiempo de años de servicio...

M: Con ella más que nada. ¿Y con terapeuta u otro profesional?

E1: Yo conversaba con todos los jóvenes.

E3: Yo con el X y con el otro... él siempre me hacía reír a mí. Me decía: "ya po".

E4: ¿el X?

E1: ¿con el hijo de la...?

E3: No. El X es otro más (risas)

E1: ¿o el TENS?

E3: Con el TENS conversé muchas veces igual, pero con otro más, ¡el X!

E1: Ah el X se fue.

M: ¿Y el X y Q qué cargo tenían?

E4: Son auxiliares.

E1: Sabes que yo tengo una acotación que estaba pensándola cuando estaba en el baño (risas)

M: Se iluminó (risas)

E1: Eh sí. Yo pienso que esto debería ser como Alcohólicos Anónimos, en qué sentido, en que cada enfermo debería apoyar a otro enfermo y vigilarte y conversar. Porque no hay nadie más que hable tu idioma que alguien que ha pasado por lo mismo. Nadie es capaz de entender lo que significa cuando uno queda como zombi y vay' y te tomái' algo o te hací' daño o esto o esto otro.

Nadie lo entiende más que otra persona que haya pasado por lo mismo. Entonces yo pienso que de repente sería bueno el cómo hacerse, apadrinarse, pero que cada uno tenga un padrino. Es decir, yo soy padrino tuyo pero que a la vez yo tengo un padrino y tú tienes un ahijado. Entonces eso yo pienso que podría funcionar de repente, por que como ella es... sola. Con quién va a conversar sus dramas cuando los tenga, así un teléfono o algo. Oye llama o yo te llamo a ti...

E3: Como con mi vecina del frente, que somos comadres. De repente me dice: "que hay hecho, no te veo". 'Toi ahí. Pero me dice ven para acá. Y yo le digo: "ya de ahí voy a ir".

M: ¿Y ustedes están de acuerdo que podría ser quizás que uno tenga es rol de apadrinar y que alguien las apadrine a ustedes?

E4: Yo no me siento capacitada.

M: Ya, no lo haría.

E4: No, pero no lo haría no porque no quisiera, pero porque no me siento capacitada para hacerlo.

M: Ahá. ¿Y usted señora E2?

E2: Sí.

M: ¿Sí? ¿Cree que podría ser un buen aporte para las prácticas?

E2: Sí, un buen aporte. Sentir una llamada que te digan: "¡Oye! ¿cómo estay? ¡Oye! ¿Por qué no nos juntamos aquí? Y vamos a hacer ejercicio..."

E3: Yo con las chiquillas de tejido me siento así, porque yo me fui, cuando volví a esta hospitalización y de ahí ya no volví más al tejido. Y ellas igual me hablan por face o WhatsApp y siempre están ahí pendiente de uno.

M: Y la hospitalización en sí, ¿la asocian a algún simbolismo? Entendiendo el simbolismo como un conjunto de ideas compartidas por la sociedad, por ejemplo: lo típico que la gente le dicen psiquiátrico y la gente dice: ¡ah locura! Encuentra que tiene alguna posible asociación la hospitalización.

E1: Yo lo asocio con tensión... o intervención. Cualquiera de la 2... yo lo asocio a esos 2 conceptos.

E4: Con seguridad.

M: Mmm con seguridad para usted. ¿Y para usted señora E2 tiene alguna asociación la hospitalización?

E2: Sí po' seguridad.

M: ¿Y para usted, señora E3?

E3: Seguridad.

M: También. Es importante conocer eso desde su opinión, desde su visión como usuarias del servicio, porque en general la gente que lo ve desde afuera es otra cosa, son palabras nada que ver en el fondo. Es súper importante de ustedes poder conocer eso. Las que pasaron por más de una hospitalización en corta estadía, ¿las prácticas que vivieron se reproducen?

E1: Sí.

M: ¿Siempre son como más parecidas?

E1: Sí.

M: Las pocas actividades...

E1: La diferencia que yo hice esta vez, fue ocupar una máquina que estaba ahí, que me obsesioné con el ejercicio, me obsesioné tanto, que cuando me dejaron salir seguí haciendo ejercicio, ejercicio y yo como tengo una colostomía, tenía una pequeña hernia que se transformó en la mitad de mi estómago, la hernia. Y empezó a doler y después caí hospitalizada. Y en el minuto me fui al hospital, porque yo sé que tengo que hacerlo así, es decir, tengo un dolor y tengo que irme al hospital al tiro. Me fui al hospital y me operaron de urgencia con una hernia de casi de la mitad del estómago de tamaño. Pero todo es... darle y darle y darle al ejercicio, porque uno tiende a... yo por lo menos tiendo a ser obsesiva con las cosas y me da por algo y es eso y tiene que ser eso y nada más que eso. Después del ejercicio me dio por el café y tenía que tomar café e ir a un restaurant y servirme un buen café, nooo fue horrible. Ahora ya estoy más llegá'. Pero... eh, eso.

M: Y un poco cerrando toda esta experiencia que ustedes vivieron, ¿qué aprendizaje le otorgó a su vida?

E2: Para mí fue que hay personas que no me conocen, que no son mi familia y que yo les intereso. Porque de aquí me llaman si yo no vengo, me llaman...

M: Son preocupadas.

E2: Se preocupan, porque no vino a control...

E3: No igual uno acá tiene los apoyos. La psicóloga, la X le digo yo, ella para mí ha sido un pilar fundamental en todo mi trayecto acá. Yo llevo ya 2 años aquí ya.

E2: La psicóloga igual la conozco que tiempos, cuando me vine de allá, le dije: "aquí vengo a hincharla de nuevo (risas)... me va ir a ver los días viernes allá. Y ahora me dijo el otro día que estaba, que estoy a punto de que me dé el alta y ahí como que ¡aaay!

E3: Te asustaste

E2: Me vino como un... ¡Si!

M: Y para usted E4, ¿algún aprendizaje esta corta estadía?

E4: Si po', a pesar de que yo siempre he tenido harto apoyo acá, la primera y la segunda... me llaman, o sea si... esta vez que estuve hospitalizada, llegue aquí no sé cómo, con pijama, no sé cómo llegué y ellos me internaron. Es decir, la misma Terapeuta me llama por teléfono para saber cómo estoy. Mi psicólogo que es un tipo así a todo trapo, que podí' hablar con él...

M: Todo.

E4: Todo, todo. Y lo sentí' tan parte tuyo y no porque tú no más lo sientas, sino porque esa persona te hace sentir que es parte de tu vida.

M: Entonces fue para todas, el poder darse cuenta de que hay alguien ahí para ustedes.

Todas: Si, sí.

M: También para terminar, qué les gustaría aportar a la práctica de Terapia Ocupacional, de acuerdo con los ustedes pudieron conocer ahí en la corta estadía.

E1: Yo creo que... que hacer cosas realmente de terapia...

E4: Hacer cosas que a todas nos puedan servir.

M: O sea de acuerdo a sus intereses, dándose el tiempo de conocerlas más...

E1, E2, E4: Si, claro.

E1: eso pa' mí.

E3: Porque de repente cuando iba el Terapeuta a hacer terapia así de alguna cosa, "¿quieren ir? No", "¿Vamos a hacer esto? No".

M: Y las demás, ¿algún aporte que les gustaría hacer a la Terapia Ocupacional? ¿E1?

E1: Que sea realmente Terapia Ocupacional, eso.

M: Más que nada eso...

E1: El día que toca terapia ocupacional que sea terapia ocupacional y que no estemos "chuuuta se fue el terapeuta porque lo llamaron" ahí quedamos.

M: ¿Y algo que les gustaría mantener?

E1: La educación física que la quitaron.

E2: ¿La quitaron? (con expresión de sorpresa)

E1: Si, eso lo habían quitado cuando yo estuve la última vez.

E2: ¡Uuuuh!

E1: Yo eso lo pondría, porque si bien yo no hacía educación física en esa época, educación física, porque estaba tiesa. Yo ahora en la casa puedo recoger un papel del suelo, me puedo sacar los zapatos y yo tenía esta mano tiesa y ahora la puedo mover. Entonces me di cuenta que la educación física sirve como una terapia y te mantiene ocupado la mente.

M: ¿Y otra cosa de la terapia ocupacional que pudiesen mantener?

E1: ¿Mantener? No hay nada que mantener (susurros de aprobación de las demás)

E2: Si no se hace nada... (risas)

M: Chiquillas, en verdad agradecerles muchísimo su tiempo y su confianza por estar acá y también por aportar dentro de todo este proceso. Y por lo mismo como ustedes son un actor fundamental dentro de esta investigación queremos después si nos pueden dar su contacto, porque nos gustaría poder darles la devolución de lo que nosotras podamos obtener. Una vez finalizada, con todos los resultados de la investigación.

M: Nos vamos a poner en contacto con la T.O. y que ella se ponga en contacto con ustedes, para poder hacerles este mismo grupito pero ya

poder contarles de nuestra investigación ya terminada. Y así para que ustedes también nos den su opinión, porque, así como ustedes nos dan información y tan valiosa, queremos que sepan todo lo que nosotras pudimos recabar de esta información. Y como ustedes también pueden contribuir a nuestras prácticas, porque también desde su experiencia, las mejoras o cambios que puedan surgir les van a servir a otras personas. Entonces ustedes como actores fundamentales dentro de nuestra formación como terapeutas. Porque no solamente es ir a la universidad y estudiar, sino poder verlos como desde sus propias miradas y su experiencia.

Todas: ya.

Anexo 3: Entrevista grupo 2

M: ¿Qué actividades desarrollaron en ese espacio?

E5: Yo lo que vi, por lo menos en la última Corta Estadía, que es de la que voy hablar mejor, la otra no tiene caso además no habían terapeutas ocupacionales en la otra así que... pero aquí si en El Pino habían y yo recuerdo que había un horario que se hacía, un programa de lo que se iba hacer pero muchas veces no se cumplían y no era culpa del terapeuta, era culpa o sea no sé si culpa, pero en realidad habían muy pocos recursos yo creo y eso quitaba tiempo, horario y al final muchas veces se postergaba, entonces uno esperaba decía oye hoy día se iba hacer esto y al final no... Entonces nos quedábamos todos ahí solos adentro mirándonos nuestras caras, pero si habían actividades, que se hacían en concreto y realmente los terapeutas ocupacionales estaban más tiempo con nosotros que los médicos que toda gente, por ejemplo, el terapeuta ocupacional se quedaba hasta las 5 de la tarde y los médicos después de almuerzo y listo.

M: ¿Entonces compartían más tiempo con ustedes?

E5: Sí, había tanto trabajo grupal por ejemplo karaoke, cocina, reuniones, asamblea como también trabajo a nivel personal por ejemplo si veían que uno estaba sola en mi caso yo estuve como un mes sin visitas entonces llegaban las visitas y el terapeuta me hacía a mí cosas solas así por ejemplo aprende macramé aprende esto cualquier cosa.

M: ¿Habían talleres de manualidades?

E5: Sí, el terapeuta que estaba ahí hacía bastantes cosas era como personalizado, como que según la persona él se iba preocupando qué necesidad había en cada uno.

M: Y estas actividades respondían a tu interés.

E5: Es que cada terapeuta ocupacional se preocupaba de buscar algo que a la persona le interesara o algo que a la persona pudiera hacer porque ahí gente con menos motricidad, otras personas que a lo mejor tienen más problemas con las manualidades otras personas con mayor nivel de ansiedad por ejemplo querían ir a fumar y no alcanzaba a terminar entonces ellos se acomodaban a lo que la persona podía hacer a lo que le acomodaba y también para evitar estos episodios de que les diera ansiedad.

M: Y usted E6, ¿qué actividades hizo?

E6: Eso de la corta estaba, ahí hacíamos pasteles, hacíamos eh... pintura pintábamos, eh... hacíamos dibujos y los pintábamos hacíamos mandalas.

M: Y ¿esto respondía a sus intereses le gustaba hacer estas actividades?

E6: Sí

M: ¿Quién guiaba esta actividad, el terapeuta u otro profesional?

E6: El terapeuta

M: Y otro profesional de los que ustedes compartieron, ¿hacían alguna actividad?

E5: Es que ahí ya sería por buena onda, como que los que nosotros decíamos tíos, que eran los mismos auxiliares que estaban ahí, los paramédico toda esa gente de repente también nos ayudaban cuando nos veían muy solos o el terapeuta estaba ocupado, ellos de repente decían "oye sabí que yo sé hacer

trecitas” y decían “querí venir a...” ya y yo aprendí, como yo tenía el pelo corto practicaba con gente que tuviera el pelo largo pero eso ya correspondía a la buena onda del equipo.

M: ¿No había nada establecido entonces?

E5: No, por lo menos en corta estaba de El Pino es que es bien difícil encontrar lo que está bien y lo que estaría mal en Corta Estada en hospital público, porque en el Hospital El Pino era como bastante libertad pero estaba ese peligro también de que la gente pudiera hacerse daño por esa libertad, entonces también tenían que estar muy pendientes. O estaba también ese tema que por la libertad de otros habían unos que nos aburríamos, el tema de la música por ejemplo mucho ruido eh... pero por ejemplo yo estuve también en el Barros Lucos y ahí el tema de las libertades no era tanto y era muy represivo todo o de repente porque uno no hacía nada te tomaban de las manos fuertes a uno lo dejaban con marcas y uno no hizo nada, entonces por eso yo digo que es difícil encontrar como el estado así fijo, pero yo encuentro que si en El Pino había mucha preocupación en cuanto a la persona.

M: ¿Cuándo estuviste hospitalizada en el Barros Lucos?

E5: No recuerdo bien con exactitud en que tiempo, pero yo tenía más o menos 20 o 21 años porque estaba trabajando y todo, y tuve que dejar de trabajar.

M: Y estas actividades, ¿en qué lugar físico se hacían?

E5: Eso es interesante porque recuerdo que habían como dos días que se hacían actividades físicas y eso se hacía en la parte de afuera, era una especie de patio, pero la otra actividades eran todas en el mismo comedor que es como la sala principal.

M: Y usted E6, ¿tuvo esa misma experiencia?

E6: Había una salas que habían como cocina, refrigerador para dejar las cosas, porque hacíamos chocolates y los ponías en el refrigerador.

M: Y las otras actividades como los mándalas que dijo que pintaban, ¿dónde lo hacían?

E6: Ahí en la sala.

M: Y esto, ¿les sirvió a ustedes participar en estas actividades en su proceso terapéutico?

E6: Sí

E5: A mí, yo siempre he dicho que por un tema de procedimiento y como son los hospitales como funcionan, el terapeuta ocupacional es una de las partes más importantes del proceso de Corta Estadía sobre todo porque los médicos tanto psiquiatras como el psicólogo no puede estar todo el día con nosotros, ni tampoco pueden interactuar tanto entonces ahí entra el terapeuta ocupacional y yo muchas veces tuve. Como le digo, yo veía que a la gente la iban a ver desde el primer día pero yo estaba en otro proceso, en otro tratamiento donde no podía ver a mi familia a nadie, entonces ahí el terapeuta se encargó de mí, se encargó de hacerme actividades especiales, de llevarme libros, de hacer cosas distintas.

M: Te ayudó en tu proceso.

E5: Sí, demasiado.

M: Y usted (E6) ¿vio que hacían actividades de deporte?

E6: Sí, íbamos donde internaban a los pacientes, haya íbamos hacer gimnasia.

M: Y usted ¿participaba de las clases de gimnasia?

E6: Sí

E5: Yo no.

M: Y ustedes, ¿sugerirían alguna modificación, en cuanto a las actividades?

E5: Yo más que eso, es que mi caso fue como pucha a lo mejor yo no les sirvo mucho para esta... porque mi caso fue muy extraño fue como algo distinto, no estoy diciendo oh soy el caso especial, pero fue por algo distinto que yo caí ahí entonces no puedo decir, yo hablar por los demás por la demás gente que entro por otros problemas pero yo creo que, está bien el único tema es que a veces se confunde el tema de que los hospitales que sean más receptivos al paciente y resulta que al final se gana por una cosa de mayorías, entonces eso a mí como que de repente me dejaba así medio mal, como que me iba a mi pieza a leer hacer cualquier cosa porque por ejemplo en el Hospital El Pino tenían una radio y eso pa' mí era traumático, así cosa que yo decía "ojalá esto no fuera para el grupo y no estuviera esa radio o la tele esas cosas" que para mí era molesto la verdad, a pesar que si una facilidad para el paciente para que no se aburra y todo pero no era a gustos de todos entonces claro si en la tarde todos compartíamos si había partido de futbol todos los veíamos pero no era siempre y a veces en verdad se excedían con el volumen una música, que en realidad era ruido no era música entonces esas cosas yo creo que podrían... pero yo estaría hablando por mí.

M: Entonces, ¿el uso de la radio no era regulado por nadie no había como algún profesional?

E5: Sí, eso a lo mejor una regulación no que la quiten simplemente una regulación porque a lo más llegaban de repente de reuniones de médicos y decían oye bajen la música y era justo cuando yo estaba escuchando y algo muy suavcito entonces claro era porque estaban en reunión y yo decía pucha porque claro todos durmiendo después de almuerzo y yo tenía un problema con dormir entonces me iba y escuchaba alguna música relajadita y decían bajen la música porque estamos en reunión y decía a bueno pero no había una regulación ahí adentro de que dijeran oye bajen esa música porque en realidad era mucho, era mucho.

M: Y usted E6, ¿algo que quisiera cambiar de su experiencia de lo que conoció que fuera diferente?

E6: Ahora estoy yendo a eso, allá en El Pino estoy yendo a reciclaje, venta estoy yendo a otros cursos ahora voy hacer curso de repostería.

M: Y algo de lo que vivió, ¿le gustaría que fuera diferente, cuando usted estuvo en la Unidad de Corta Estadía?

E6: Sí, pero no interna

M: ¿Pero dormía ahí?

E6: No, dormía haya en mi casa.

M: ¿Pero usted se atendía en el Hospital de Día?

E6: No, en Unidad de Corta Estadía.

E5: Pero, ¿estuvo alguna vez en ese lugar donde estaban las mesitas, para la comida?

E6: Sí

E5: Donde estaban las camitas

E6: No

E5: ¿No durmió adentro?

E6: No, yo me quería internar si porque me sentía mal me hacía tira los brazos y me sentía así como súper depresiva mal, harta así como bien depresiva porque me quería internar pero no me dejaron porque decían que estaba bien, que me sentía bien, que era pa' que y no habían camas.

E5: Porque ese lugar sino me equivoco es hospital de día, si donde se hacía chocolatería, todas esas cosas.

E6: Y yo me quería internar porque me sentía mal pero no me dejaron

M: Y las actividades que ustedes hacían, ¿qué rol tenían, podían proponer algo o había alguien que siempre las dirigía?

E6: A mí la terapeuta.

M: Y usted, ¿Podía proponer cosas dentro de las actividades?

E6: Sí, también yo lo converso y ahí hablo con ellos.

E5: Es que según, por ejemplo en Corta Estadía no se podía proponer mucho porque todo eso dependía de votación de votación de toda la gente si es que daban la oportunidad de proponer algo, se daba la oportunidad de proponer pero tenía que ser grupal sino no, no había forma pero en Hospitales de Día si hay posibilidades de hacer uno cosas incluso a uno le dicen si sabe hacer algo, si sabe dibujar, si sabe bailar, hágalo y enseñe, pero adentro de Corta Estadía no está esa posibilidad, salvo que se haga votación y que todos estén de acuerdo.

M: Estas actividades que habían si ustedes no participaban, ¿tenía alguna consecuencia o eran voluntarias?

E5: No, todo era voluntario de hecho lo mismo que yo decía de actividad física que no era en realidad, a mí me gusta bailar y hacer muchas cosas, a mí me gusta bailar y todo pero en realidad yo me despertaba, como estaba bien deprimida yo me despertaba yo decía “no, no quiero hacer eso” y me daba una flojera enorme y me quedaba ahí mirando y me decía el terapeuta “pero anda participa”, pero yo me quedaba ahí mirando desde una esquina.

E6: No participaba en la gimnasia era un poco floja.

E5: Incluso en los karaokes todas esas cosas eran como había días que hacían y yo muchas veces participe, pero había días que simplemente no, no quería nada entonces era totalmente, uno era el que tomaba la decisión.

M: Y de estas actividades que ustedes participaron, ¿había alguna que los identificara como grupo o siempre fueron como individuales a pesar de estar con más gente?

E5: Sí, habían actividades que yo encuentro que eran como bien grupales como por ejemplo el tema del karaoke que a pesar que de repente alguno nos

negábamos a veces otros cantaban y estaba también el tema de la cocina como dice ella, que también era como bien participativo por ejemplo, pucha yo me acuerdo que en Corta Estadía una vez hicimos pizza y siendo que yo soy vegetariana, pero igual yo participé porque me entretuve haciendo, además fuimos a comprar, nos sacaron un ratito entonces allá adentro como que se desespera entonces uno dice ya voy, voy a comprar donde sea pero voy y yo me acuerdo que si eso unía un poco porque ya a pesar de que el plato ya después uno no se lo comiera pero igual lo hacía, igual era entretenido

M: Y para usted E6, ¿alguna actividad que sintiera que uniera al grupo?

E6: Sí, todo unido. Hacíamos todos juntos eso de la cocina todos juntos hacíamos los talleres, todos juntos y a donde estoy ahora en el reciclaje ahora estoy el miércoles jueves y viernes porque me dieron de alta de corta estadía y ahora estoy en el reciclaje y ahí hacen reciclaje de papel de botella y después eso lo vende y ganamos una platita.

M: Y, ¿esto se reparte en el grupo?

E5: Generalmente lo que más se comparte son por ejemplo la clase que se da de psicofármacos cosa así las cocinas, karaoke cosas así películas esas son las cosas que más se comparten en como grupal que la gente no diga a yo no quiero hacer eso, por ejemplo en gimnasia había mucho desorden como que unos no querían otros querían, dibujo también era como que algunos estaban en la mesa dibujando otros se iban no pintaban no eran como para todos esas cosas, pero lo que si unía bastante al grupo yo me acuerdo que era cocina cantar ir de paseo ver una película un documental.

M: ¿Qué otra intervención tenían ustedes con el terapeuta? Aparte de las actividades grupales.

E5: Bueno, yo creo que a ella le toco lo mismo que a mi yo creo que le tocó el mismo terapeuta que a mí.

E6: No, no me tocó. Me tocó con el psicólogo, y dos terapeutas.

E5: Claro, porque estaba en Hospital de Día

E6: Sí, allá en El Pino

E5: Claro, pero por ejemplo él era súper preocupado de cada uno, de los intereses de cada uno por ejemplo había una chica que tenía hijos y la iban a ver los hijos entonces claro como no se dejaban entrar a niños ni nada de eso, él se preocupaba de que de repente ella lo pudiera ver en otra sala de que ella le hiciera regalos apartes cajitas se conseguía cositas para hacerles a los niños. En el caso mío que yo estaba como más sola, más en la mía me conseguía libros por ejemplo pedía que pudiera sacar mis lápices mis implementos de dibujos todas esas cosas, él se las conseguía personalmente según la persona. Por ejemplo había otra, otra chica que era como más, era como se llama... de religión Mormona y le llevaba libros referente a eso, entonces se preocupaba personalmente claro cuando veía que a alguien le faltaba era como bien así, pero no tenía siempre tiempo siempre estaba como corriendo de un lado para otro entonces yo digo que no es un error del lugar en sí, sino que faltan recursos.

M: ¿Podría haber más personal de terapia?

E5: Claro, por ejemplo dos terapeutas bastarían al tiro porque uno solo es demasiado trabajo.

M: Y en cuanto a las actividades o la intervención que fue llevada a cabo por el terapeuta ocupacional, ¿qué importancia ha tenido para ustedes?

E6: Sí, me sirvió. Me sirvió hartito, a sentirme bien no como era antes.

M: ¿Cómo estaba antes?

E6: Antes estaba súper mal, antes engordaba hartito pero ahora, no eso fue porque fui tonta por eso. Me hizo tan bien eso de la terapeuta porque me he sentido bien, ahora estoy tejiendo, me he sentido bien para tejer a mi esposo. Ahora tejo, hago la cama, antes no hacía la cama, ahora lavo la loza como antes que mi suegra es viejita tiene como 80 y más encima tiene diabetes y está quedando cieguita y ella no puede lavar la loza y yo voy empiezo a lavar la loza y así para ayudarla y me he sentido bien lavando la loza la cama súper bien, haciendo el aseo no u ordenar la ropa eso sí que soy floja.

M: ¿Para ti E5 tuvo un impacto?

E5: Súper, de hecho siempre digo que sin desmerecer el trabajo de los psiquiatras y los psicólogos para mí fue más impactante, en mi caso, el tema de los terapeutas tanto como una chica como el terapeuta de corta estadía, porque ellos son al final, en mi caso, en otro caso puede que sea al revés que necesiten más los medicamentos más de la terapia pero para mí, era muy necesario tener TO, porque me sentía encerrada, me sentía mal, como un agobio del mundo y yo encontré que los TOs fueron cruciales en mi vida, yo creo que los necesitaba en mi vida, estuvieron ahí en todo momento, hicieron seguimiento del caso cosa que los psiquiatras y psicólogos no lo pueden hacer porque tiene su horario establecido de que la sesión dura tanto para cada paciente y no pueden dar preferencia ni nada, pero el TO se preocupa de cada caso en particular y eso se agradece hartito.

M: ¿Cómo describirían ustedes la relación con el TO?

E6: Bien, buena, porque nos ayuda, nos ayuda a como estamos nosotros y a veces uno se encariña con ellos también, son tan buenos con nosotros que nos encariñamos.

M: De todos los profesionales con los que compartieron, ¿el más cercano era TO u otro también?

E5: Yo diría que ahí hay dos partes cercanas, bien cercanas, que en todos lados, es como muy cliché y que se da también en las empresas, como que uno se lleva mejor con el del aseo u otro, pero no es que uno tenga más valor que el otro, sino que solo son trabajos distintos. Y pasaba en Corta estaba que yo, por ejemplo, tenía más cercanía con el TO o con los mismos auxiliares que estaban dentro. Y claro, ellos estaban más tiempo que los profesionales que teníamos que ver, los que nos tenían el diagnóstico hecho. Entonces sí, era gran parte del tiempo Terapia Ocupacional y estar con los auxiliares, enfermeros y todo eso.

M: ¿Tenían más libertad con los TO, como hacer actividades de interés?

E5: Depende. Yo creo que uno debe adaptarse, uno nunca puede ser igual a como es uno en la casa, porque es como pasar a llevar la libertad del otro, pero siempre yo recuerdo que había una buena forma de hacer las cosas era por votación, entonces si uno se atenía y no le gustaba lo que estaba haciendo, pero era mayoría y se atenía a eso y acomodarse. Y eso era parte de la terapia también, porque en el fondo a uno lo que intentaban hacer era una reinserción social, entonces uno tenía que aceptar algunas cosas que antes no aceptaba y acostumbrarse acomodarse, encontrarle el lado bueno.

E6: Sí, a mí me pasó del reciclaje que hay que buscar papeles, botellas y son hartos papeles y caminando con esas cosas, que no sé cómo se llama, lo teníamos que llevar al "Principito", con otros TO.

M: ¿Se generaban espacios de conversación o reflexión, problematización que ustedes pudieran conversar con los TOs?

E6: Sí, porque a mí un TO me mandó a ese curso que voy a hacer. Lo otro es que uno se acostumbra a un TO y yo no quiero irme de ahí, ese curso lo hacen ahí en El Pino y yo llevo mi bolsa con comida, porque la clase empieza a las 2 de la tarde.

E5: Retomando ese punto, claro sí habían espacios. Por lo menos en UCE, había un día que obligatoriamente se hacía una asamblea, donde se preguntaba uno a uno sin obligar a contestar lo que preguntaba el TO, porque el TO era el que estaba a cargo de la asamblea donde se preguntaba cómo iba la mejora, qué planeábamos hacer, cuánto nos quedaba de tiempo, si nos habían dicho, pero no era necesario contestar. Incluso si uno entraba antes, ellos ya estaban en la sesión junto con nosotros, se hacía una sesión grupal entre psicólogos, psiquiatras, ellos ya estaban ahí por qué, porque les interesaba saber si la persona iba a querer hablar en la asamblea o no, entonces a uno lo dejaban un tiempo tranquilo. Por ejemplo, pasaban de largo de uno, si uno quería hablar, hablaba: “¿usted tiene algo que decir? No, ya chao”. Pero cuando uno afirmaba ya el proceso, le preguntaban directamente “¿Cuánto tiempo te queda? ¿Has podido resolver tus problemas?” Si había gente que ya había dicho su problema y ya nos habíamos enterado, les preguntaban directamente “cómo va esto” en particular, entonces así se generaban estos espacios para hablar sobre el proceso del tratamiento.

M: ¿Entonces se hablaba de forma grupal y en privado?

E5: Sí, de las dos formas: grupal y en privado.

M: ¿Creen que este contexto permite la libertad de acción o del actuar del TO? Por ejemplo: ¿la práctica del TO se ve limitada por la institución? ¿Qué creen ustedes?

E5: Yo creo que sí.

E6: Sí.

E5: Yo creo que sí, porque muchas veces cuando yo le proponía cosas nuevas, podríamos hacer esto y él me decía: “Es que aquí no se puede porque no hay recursos, aquí no hay de esto” y yo decía: Ah! Pucha qué mala; o yo le decía podríamos hacer tal cosa y él decía: “es que no porque tendríamos que tener tal cosa o tener más personas cuidando por el tema de los cordeles” Porque no todos tenemos los mismos problemas adentro, entonces había personas que se hacían daño y no era muy conveniente tener tantas cosas y sin cuidados, sin más personal u otros resguardos, pero sí se veía un poco, como que no podían desarrollar plena libertad los TO para hacer las actividades por estas cosas que faltaban. Las intenciones estaban, pero faltaban recursos.

M: Y para profundizar en estas actividades que realizaban, la idea es tener una definición en común de lo que es la Ocupación (definición).

E5: Sí po, yo por lo menos vi que... a ver, se adecuaban las actividades para cada persona, eso primero, porque algunas personas estaban totalmente devastada y la TO se centraba en levantar a esta persona. Pero habían casos de personas que decían: “quiero salir de aquí, quiero encontrar un trabajo o quiero estudiar” y por mientras le decían: “aprenda a hacer esto y véndelo, haz tu página” y había gente que aprendía. Había una chica que aprendió a hacer estos mandalas de lana, pero los aprendió a hacer nivel dios, entonces al final los empezó a vender y ahí se expandió un poco esto de que ya la TO servía en su vida diaria, porque ella empezó a vender estas cositas y le servían para

subsistir y mejorar su calidad de vida. Sí, daban la posibilidad de que uno aprendiera estas cosas para llevarlas al día a día y no solamente allá adentro.

M: Claro, que pudieran ser considerados una ocupación más que actividades. Y a usted E6, ¿cómo fue su experiencia?

E6: A mí me gusta la piscina. Voy a la piscina municipal.

M: ¿Hacer ejercicio es un actividad importante para usted? ¿La considera una ocupación?

E6: Ahora vamos a empezar.

M: Estos talleres de cocina o de reciclaje que mencionaba, ¿son para usted una ocupación o una actividad?

E6: Son una ocupación, porque yo le dije a una TO que no me gustaba el reciclaje, pero lo hago igual, con ánimo.

E5: Es como eso que yo dije, ceder ante algunas cosas que no quería hacer, pero que termina por ser un inserción en la sociedad.

E6: Sí.

E5: Es bien raro, pero uno dice “¡No! Yo no me veo haciendo eso” y después ahí está: con el gorrito, con todo y entreteniéndose y riéndose. Y sí, como dice ella, la actividad física para algunos también se convierte en algo que después llevaron a su vida diaria, porque yo recuerdo que habían chicos que se entusiasmaban o uno terminó trabajado en una tienda deportiva, entonces también era como una herramienta para seguir.

M: ¿Y tú consideraste alguna actividad que fuera significativa?

E5: En mi caso, no tanto porque ya tenía cosas que hacer bastante claras, lo que pasa es que yo estaba ahí por otra cosa, estaba como más derrumbada. No tengo estudios en todo caso, no entré a estudiar, pero sí sabía hacer muchas cosas: por ejemplo hacía comisiones de dibujo y por eso me llegaban dólares, entonces yo tenía claro las cosas que podía hacer pero el problema mío era que no me daba por hacerlo, no tenía ánimo ni ganas de hacer esas cosas. Y muchas veces caía en hacerme mucho daño de otras formas, no hiriéndome, pero sí otras agresiones de otro tipo, por ejemplo una vez me corté el pelo así al *rape*, pero eran cosas así como para no herir a los demás, yo hacía unas cosas muy autodestructivas. Entonces algunas cosas internas eh... que no las tiraba para afuera y que en mi caso se trató, pero yo veía que sí a otras personas les sirvió algunas cosas de la TO les servía para vivir en el día a día. En mi caso es distinto.

M: Y antes de ingresar a UCE, ¿qué ocupaciones sientes que tenías cuando estabas más estable?

E5: Eeh... Por ejemplo iba a stand de ilustrador, eventos de comics, me gusta pero siento que estoy ahí dando bote, no sé, no me gusta etiquetarme, pero soy bastante rara pero me veía demasiado normal dentro del evento, pero afuera me veo muy anormal, pero encontré mi espacio igual, a pesar que no andaba llena de monitos colgando, orejitas de conejo o de gatitos ni nada de eso. Yo encontraba mi espacio ahí conversaba con la gente, soy más de los videojuegos que del animé. Entonces yo iba a stand de ilustradora, de coleccionista, como que siempre de Staff no de ir a disfrutar a comprar porque no me interesaba. Pero tenía esa ocupación de estar ahí, incluso me metieron a un grupo de modelaje de ropa Harayuku, era como siempre eso: staff, staff, staff, cosas así, no era ir al evento a comprar o por ir y pagar, por ahí iba mi ocupación. Yo pensaba poner una tienda, que de hecho puse una tienda online

donde vendía ropa, cositas, accesorios nuevos, comprados al por mayor y siempre está por ahí el bichito, como por las ventas, por ese lado.

M: Eso es lo que te gusta en el fondo.

E5: Sí.

M: Y dentro de esas cosas que vendías por la tienda online, ¿Qué más vendías?

E5: Lo que pasa es que yo hago dibujos, dibujo mangas, pero al estilo tradicional-profesional, no pude usar nunca una Tablet digital, no me dio nunca usar ni la cabeza para eso y todos me dicen “es más fácil” y yo les decía “no puedo”, porque me decían “pucha el trabajo tradicional implica tiempo, gasto de material” y la gente me decía “ocupa el digital”, pero no me acostumbré nunca. Y la verdad es que sí, el trabajo tradicional es más bien pagado, porque es más difícil, porque se ocupan más recursos, me quedé ahí y aprendí a usar lápices japoneses directos que se llaman Copyt makers y trabajaba con eso. Entonces todos los ingresos, yo los ocupaba en tintas para seguir pintando, seguir haciendo cosas, además mi gatito que estaba enfermo y todas esas cosas.

M: ¿Qué sientes cuando pintas?

E5: Cuando dibujo, ilustro y todas esas cosas, yo generalmente, le digo a mi mamá incluso, porque me han pedido favores de repente, como que mi hermano me pide favores para su trabajo y yo le digo “la verdad es que no puedo”, porque yo dibujo lo que me gusta hacer y no lo que me piden así porque sí. Yo puedo hacer comisiones, pedidos, pero yo pongo mis reglas, por ejemplo: hago tal estilo de dibujo, Manga realismo, estilo de videojuegos. Pero pongo las reglas, no hago esto, no hago esto otro, así que no insista, entonces ahí ellos ven lo que pueden hacer: se pone precio por rostro, por busto, por

cuerpo completo, etc. hay un montón de posibilidades. Ahora no he podido hacerlo porque mi computador está malo, entonces estoy buscando trabajo, vendedor, retail.

M: ¿Hace cuánto tiempo dibujas?

E5: Desde chica, lo que pasa que ahora recién estoy empezando a dar el salto más profesional, pero me falta mucho.

M: Pero, ¿Qué sentimientos te genera el dibujar?

E5: Es que hay muchas cosas que me gustan, hay muchas cosas que me relajan, entonces es como el mismo sentimiento siempre. Dibujar para mí, es crear, crear algún escenario que yo me imaginé. A lo mejor en el tema de los FanArts, que son como recrear algo que ya existe, entonces es como bien entretenido porque uno se imagina una escena y la recrea, entonces eso hace sentir bastante bien porque uno está creando.

M: Y en UCE, ¿podías dibujar?

E5: Era difícil, era bien difícil. Una porque no daban ganas ahí adentro, segundo porque mis lápices eran bastante caros, entonces yo no los tenía todos allá, tenía solo los que eran para bosquejo y generalmente cuando me ponía con mis hojas, mis cosas, llegaban todos a pedirme lápices: “préstame un lápiz” y yo decía: “¡No! Por favor” porque eran tan caros que yo decía: “No”, entonces al final terminaba ocupando nada.

M: Y en su caso E6, antes de entrar a UCE ¿qué ocupación tenía usted, que la motivaba mucho, que le gustaba mucho hacer?

E6: Eh... Tejer, de repente empecé a hacer esos cuadraditos para hacer frazadas y después lo dejé ahí y ya no tejí más.

M: ¿Dejó de tejer cuando estaba hospitalizada o fue cuando estuvo en el hospital?

E6: Yo no estuve hospitalizada. Ahora volví a tejer, estoy haciendo una chomba.

E5: Su fuerte es el tejido entonces, ¿teje a crochet?

E6: Sabe que cuando tengo crochet, hago pañitos, pero me quedan como gorritos.

E5: Ah! Se le da vuelta.

E6: Sí (risas).

E5: A mi mamá también le pasa. Ella quiere aprender y se le da vuelta. Yo soy nula con el tejido, yo miro los palillos y digo "no entiendo, no entiendo".

M: Y el haber pasado por UCE, ¿qué significado tuvo para ustedes, en su vida, marcó un periodo en sus vidas o cómo fue?

E6: Para mí, bien. Fue un cambio para bien, porque yo estaba súper, súper mal. Estaba que me quería morir, no quería estar viva, quería desaparecer. Pero ahora que estoy yendo para allá, estoy súper bien, estoy bien, estoy más feliz, me agrada todo ahora, no como antes porque no me importaba nada, solamente morirme. Ahora no, mi autoestima está más vivo que antes, antes me sentía fea, de todo, pero ahora como que el autoestima está subiendo más.

M: En tu caso E5, de la última hospitalización que tuviste, ¿hubo algún cambio?

E5: Esa fue la que más me sirvió, pero la verdad es que el trabajo, bueno que a uno lo ayudan un montón, a uno lo ayudan por todos lados, pero el trabajo en sí, es el que hace uno mismo al final. La última UCE, lo que me enseñó fue que ojalá no volver y yo siempre he estado con ese temor, porque como he estado tantas veces, es como ojalá no volver. Pero en mi caso, particular, nunca me han llevado a la fuerza ni he llegado a estar ahí por un episodio grave, siempre ha sido como porque yo lo consiento, porque yo digo quiero irme, como para recluirme de la sociedad. Y me pasa eso de querer a volver a tomar esa decisión tan drástica, me da miedo cada cierto tiempo. Y la última UCE, lo que más me enseñó fue a tomar fuerza y a decir “mejor no hacerse ilusiones, yo ahora por ejemplo pienso siempre en la peor respuesta que me podrían dar de todos lados, ¿por qué?, porque así yo estoy preparada y si me dan una buena respuesta mejor, porque la verdad no es por hacerme “la oh la pobrecita”, pero estoy bastante sola en estos momentos, bastante sola, solamente vivo con mi mamá, mi gato y sería, entonces esa corta estadía a mí me enseñó que no podía ya darme más pena yo misma, si no que tenía que acostumbrarme no más, así como buena espartana, acostumbrarme y cada vez que me diera ese bajón de no tengo que volver a hacerme daño o cosas así, no, no, si pude una vez, no no más y en esa lucha estoy, pero siempre con miedo de volver a caer, pero si, estuvo ese aprendizaje, de que, o sea allá por lo menos ellos me enseñaron, más que nada el terapeuta ocupacional que siga, que siga con lo que tengo que hacer, que no me rinda, que aunque un día no funcione, que aunque un día no me levante no importa, no se ha acabado el mundo, no ha pasado nada y yo he perdido tantos años de mi vida que me daría mucha pena tener que volver a un lugar así.

M: Y todas estas actividades y todo esto que les ha pasado, se enmarca obviamente en un contexto de la vida cotidiana, en el quehacer diario,

entonces ¿qué comprenden ustedes por la vida cotidiana, qué es para ustedes?

E5: ¿Cómo así?

M: La vida cotidiana, como cualquier el día a día

E5: Hoy en día, o sea ¿después de Corta Estadía?

M: Sí

E5: No sé si he hablado mucho yo, a lo mejor... quiere decir algo.

M: ¿Qué es el día a día para ustedes?

E6: El día a día, no sé...

E5: Yo ahora podría decir, que para mí es una lucha constante, es una lucha todos los días, porque yo no sé cuándo, de verdad que estoy muy insegura todos los día, de verdad yo digo no sé cuándo podría volver a estar ahí, me da pánico, pero me autoconvenzo también yo sola de que no puede ser, no puedo, no puedo dejarme estar así, pero sí, ha significado que yo tenga que aceptar que a veces no puedo hacer ciertas cosas, que a veces simplemente me tengo que conformar con el hecho de haberme levantado y haber salido, que a lo mejor yo tenía planes de haber encontrado trabajo, de estar haber haciendo otras cosas, pero me tengo que conformar con el hecho de no hacer cosas que antes hacía, pero que eran peor, que eran mil veces peor, entonces eso para mí ahora después corta estadía ha sido el día a día, luchar de a poquito, como de escalón en escalón.

M: ¿Y antes de estar en Corta Estadía, también era una lucha el día a día?

E5: Era puro rendirme, la lucha era puro rendirme todo el rato.

M: Y cuando estuviste durante la UCE, ¿cómo fue el día a día tuyo?

E5: Es que ahí yo fui ya con la determinación hecha, de hecho yo pedí que no me fueran a ver, yo pedí porque sentía que me iba a hacer mal, porque necesitaba esto como de acostumbrarme a la realidad sola, de que iba a estar sola, para como dar el porrazo, y siempre ha sido así en realidad, muy dura conmigo misma, aprender a porrazos y resulta que yo dije esto a lo mejor me endurece, a lo mejor me hace bien un poco despegarme, porque ya mi familia estaba demasiado mal con esto, como que por un lado mis hermanos, viven muy lejos de mí, entonces siempre ellos se imaginaban cosas de cómo era yo, decían que un poco menos que yo estaba totalmente del chape y ellos no se imaginan la verdad, lo que pasaba en mi casa de verdad, entonces si yo por ejemplo un día le decía a mi mamá: “quiero estar sola”, para ellos significaba que yo la había echado de la casa, entonces todo eso, a mí me hizo irme de ahí, porque dije están mejor sin mí y yo también necesito estar sola para reflexionar, entonces en ese momento de Corta Estadía, yo estaba ahí para eso, para reflexionar qué tenía que cambiar, qué tenía que hacer, porque la verdad o era quedarme encerrada en la casa para siempre, o sea estuve como 2 años y medio ahí encerrada en mi casa sin ni siquiera salir al patio, o era salir así de un porrazo y volver a las pistas, era una de las dos.

M: ¿Y para usted señora Raquel? ¿qué significado, quizás tomando como significado lo que dice Bethania, para usted el día a día? ¿Qué es, qué significado tiene para usted?

E6: Si también...

M: ¿Cómo una lucha?

E6: Si, porque mi mamá me decía “me tienes hasta aquí”, “ella me dice, uh me tenía hasta aquí, hasta la coronilla, porque ya estoy aburrída contigo”, como que me echó a dónde él, por eso yo decía “uy si el Francisco me echa afuera de su casa, yo me voy al Mapocho”, allá no sé que me harían, me mueren, que me maten, así siempre le digo a él, siempre cuando peleamos le digo.

M: ¿Francisco es tu pareja?

E6: Sí, yo siempre le digo: “si tú me echai yo me voy al Mapocho y ahí me muero no más, ahí me muero”

M: ¿Tú vives con él, solo con él?

E6: Sí con él y con mi suegra. Y eso le digo siempre porque no me quieren ver allá en la casa, porque cuando voy a ver a mi mamá así no más, a la pasada, me dice que estoy guatona, que estoy engordando, es verdad, pero que no me lo diga, que estoy guatona, que estoy...

E5: No hace bien eso, cuando estás en el proceso.

E6: Me dice que tengo la cara así de ancha...

E5: O sea si es por cuidar salud o cosas así, que se digan en otras formas, pero no así.

E6: Por eso yo le digo: “si tú me echai, yo me voy al Mapocho y ahí que me maten”, porque cuando voy a ver a mi mamá como que se me baja el autoestima, por eso yo le digo siempre a él “si tú me echai yo me voy al Mapocho y ahí no sé, me matan y los dejo a todos bien, están todos felices si yo me voy”.

M: ¿Entonces esa pasada por el hospital, tuvo algún impacto en su entorno cercano?

E5: Para mí sí en su momento, de hecho, lo que pasa es que después yo seguí el trabajo sola, obviamente porque ya no estaba en el hospital, pero siempre han sido muy importantes los terapeutas ocupacionales en mi vida, porque después de eso seguí con *una chica*, entonces en mi caso por ejemplo lo que ella decía me hacía mucho sentido, porque a veces la familia hace todo lo que puede, uno no los puede culpar, pero a veces no se ponen en la piel de uno y por ejemplo uno dice pucha sería mejor que uno no estuviera en realidad y uno hace cosas, yo por lo menos en mi caso, yo ya no puedo hacer esas cosas de niña de decir, no me voy a ir a tal parte, porque ellos se van a preocupar, van a

ir para allá y voy a hacer un cacho, pero si me pasa que de repente me siento muy triste, muy sola, porque por ejemplo el otro día, esta marca que tengo aquí es porque pasé, tenía que hacer un trámite, tenía que hacer una entrega de la tienda que tengo online, y yo fui con jaqueca y todo, y mi mamá me decía pero no quédate en la casa y yo dije no si voy a ir igual, si se me va a pasar, y me llevé un naproxeno, me tomé como dos paracetamol, porque esto que tengo de la jaqueca es crónico, estoy yendo al neurólogo, estoy con ese problema, entonces resulta que yo salí porfiadamente, y después terminó mal, yo dije no, siempre soy cacho, mis hermanos siempre me ven cómo “oh la que pasa en urgencia”, entonces llamé a mi mamá y le dije “sabes que voy a pasar al SAPU, no te preocupes pero es por el dolor de cabeza, para que no avance y no sea como las otras veces”, pasé sola y todo, pero los mismos paramédicos me miraban y me decían “¿y tú lola vienes sola?” y yo les decía “sí”, y les daba como pena, como que iban a cada rato para allá, me dejaban en una sala sola y yo decía pero por qué y claro yo miraba a mi alrededor gente que no tenía ningún problema casi y estaban todos acompañados, familia, entonces claro es como... Volviendo a la pregunta yo encuentro que terapeutas ocupacionales en ese sentido es bien importante, porque a veces la familia no por ser mala, si no que por no entender, porque no están en el mismo lugar, uno necesita esa parte de afuera, de que a uno lo hagan ser más fuerte por último, uno sabe que el terapeuta no va a estar de la manito con uno, pero le va a hacer ese proceso de entendimiento, de que se tiene que hacer más fuerte o de lograr entender el entorno en el que está.

M: Cuando tú estuviste en la UCE, ¿qué pasó con tu entorno cercano, con tu familia?

E5: No, ellos siempre han sido muy preocupados, nada que decir de ellos, a excepción de otras personas, es que mi familia está muy dividida, resulta que por ejemplo tengo dos hermanos, uno es más preocupado que el otro, el otro ya son cosas privadas, y mi papá nunca aportó en la casa, ahora recién está aportando un poco, pero recién, después de años, entonces yo en ese proceso

la verdad es que sí, me sentí apoyada adentro, porque cuando yo dije no quiero a nadie, y no quiero tampoco mentiras, porque la primera vez que yo fui también yo dije no quiero a nadie aquí y resulta que me decían “no, esto te lo mandó tu hermano” y yo dije “ah gracias”, y era mi mamá la que estaba ahí, después me molesté un montón, porque me cargaba que ella me viera siempre como que a ella le gustaba tener esta cosa como la excusa de que yo estoy enferma, entonces me molestó mucho saber que me habían engañado, y yo aquí dije “no, prohíbanle a todos, a todos, mis hermano, a todos, nadie”, y la primera visita que tuve fue de mi hermano, entonces me sentí apoyada, después iba mi mamá, iba mi papá, se alternaban, me sacaban por los alrededores en la visita, en el horario de visita, nada importante, nos tomábamos un juguito, una bebida, cualquier cosa, y después volvíamos, pero ahora, en este momento, como después de que yo salí de Corta Estadía, yo esperaba que ellos, fueran de otra forma conmigo, de ver que pucha “fue fuerte, aguantó ese proceso, ha cambiado en hartas cosas” y la verdad es que se pusieron peores, no mi mamá, no digo mi mamá, pero mis hermanos, mi papá, todos se pusieron peores, yo no tengo rencores con ellos, pero si he tenido que acostumbrarme a eso, a endurecer el cascarón digamos.

M: Y en su caso E6, con su familia, ¿impactó el haber estado en el hospital con su entorno, los sintió más cercanos, más lejanos?

E6: Cuando estaba con mi mamá y estaba en Corta Estadía, me dijo yo le digo todo al psicólogo y al terapeuta, no le tienes que hacer caso, tienes que ignorarla, ella ya no es tu familia, ahora tu familia es el Francisco, por eso tú no tienes que ver con ella, tienes que ver con el Francisco, el Francisco te quiere como eres, gordita y después vas a adelgazar igual, porque yo ya tengo hora a la nutricionista, por eso, va a adelgazar y no tienes que tener problemas con tu mamá, porque mi mamá un día me dijo que no podía comer plátano, porque el Francisco me llevó una mañana, porque justo tenía que ir a la muni, me llevó una naranja y me llevó un plátano y me fui a la casa de mi mamá, y me dijo que tomaste de desayuno, le dije un plátano y una naranja, y ahh me dijo “tú no tení

que comer plátano, porque te hace engordar”, y ayer le pregunté al Roberto, al terapeuta, porque una chiquilla llevó plátano, le dije no no puedo comer plátano, porque engorda, y ahí yo le dije “Roberto, ¿engorda el plátano? y me dijo “no, no engorda”, porque ayer nos tocó hacer esa cosa del reciclaje y nos tocaba llevar una manzanita, una cosa así, porque algunos tomamos jugo y a una le tocó llevar plátano, “no Raquel, si puedes comer plátano”, y ahí pensé yo porque mi mamá me dice que el plátano me hace engordar.

M: O sea, en el fondo su familia no la apoyó durante el proceso.

E6: Sí.

M: Y se alejó un poco más de su familia... ¿y pasar cada cierto por la UCE, como en el caso de Bethania, se ha vuelto parte de tu cotidianidad? O sea, por lo menos en tu caso, porque ella ha pasado una vez no más, pero por lo menos a ti, que has tenido varias experiencias, ¿se ha vuelto parte de tu cotidianidad pasar en UCE?

M: ¿Se ha replicado algunas cosas que se han realizado durante la hospitalización, por ejemplo, me levantaba a tal hora y aquí sigo haciéndolo?

E5: Es que yo digo, pucha a lo mejor hicieron falta las personas que tenían que venir y no vinieron, porque mi caso fue súper distinto, yo antes tenía ya esa disciplina, que la dejé por otros motivos, porque antes trabajaba, yo tenía ya el hábito de la ducha en la noche, hacer la comida, planchar la ropa, dejar listas las cosas y después levantarme e irme al tiro, pero en Corta Estadía, no me costó nada acostumbrarme a esas cosas, a labores diarias, sino que me costaba reinsertarme de nuevo, eso era todo, porque de hecho yo era la primera ahí parada en la ducha, así esperando como ¿a qué hora abren la ducha? y yo creo que un poco menos que las asustaba a las pobres, a las pobres tías, porque estaba ahí con mis cosas con mis toallas, no, no me costaba levantarme, en mi día a día, de repente he tenido desórdenes del sueño, de muchas cosas, pero mientras esté tomando medicamentos, que

solamente estoy tomando para el sueño, todo bien, todo bien, despierto a una hora adecuada, no soy muy buena para dormir, tengo ese problema, por eso tomo pastillas, soy bien mala para dormir, muchas preocupaciones, muchos pensamientos, muchas cosas, eso hace que me cueste, me cuesta y me quedo hasta como las 2 y al otro día despierto como a las 7.

E6: Eso me gustaría a mí (se ríen).

M: ¿No ser tan buena para dormir?

E5: Si po, algunos dicen es una gracia, pero cuando lo están viviendo en carne propia, la verdad es que no es muy gracioso, a uno le encantaría dormir, al revés, uno dice yo quiero dormir, quiero descansar, porque en realidad...

M: No pensar tanto...

E5: Claro, no llevarse esas ideas justo en la noche, porque es súper frustrante, porque más encima uno ha hecho todo bien en el día y de repente en la noche se viene todo encima, mal. Y nada po', de repente eso mismo me ha hecho al otro día no querer levantarme, a pesar de que me desperté como a las 7, me termino levantando como las 11, por pensamientos devastadores... para ser franca, yo tengo problemas con el entorno, tengo problemas con la gente que me junto, a pesar de no conocerlos, de repente ni siquiera me involucro, y suelo tener muchos problemas siempre, donde me meta, incluso en Corta Estadía, tuve problema con gente que no conocía y estaban ahí con el ojo fijo en mí, y yo decía "pucha ya está esta persona", pero tengo ese problema, de que, yo digo me molestaba tanto cuando yo creía que era mi mejor amiga, y cuando yo le cuento un problema que tuve y me dice: "Sabí que estoy chata de leerte, siempre te pasan cosas malas, yo creo que hay algo más", como diciéndome que yo tenía algo, y eso es lo que mi mamá defiende siempre, delante de todos, delante de mis hermanos, delante de todos, porque todos piensan que yo hago algo, que soy distinta, y mi mamá sabe cómo soy, sabe que soy tranquila, que hago las cosas lo más correcto posible, que yo a la gente que me dice "oye dime si este habla" y yo digo "no, yo hago lo que es correcto, te conté que pasó

esto, pero si me metiera a ser eso sería cahuín”, pero la gente no ,e cree simplemente, no me cree, porque dicen, pero como tanto, tanto odio, tanta cosas, bueno será, pregúntenle a ellos, no me pregunten a mí y eso me ha hecho muchas veces recluirme, irme a otro lado, porque siento que hasta mis hermanos me desprecian, me dicen “no, si está loquita, está leseras”.

M: Entonces como para tu entorno cercano, con esta relación que tiene, ¿qué significa el que tu estés hospitalizada, tiene algún significado para ellos?

E5: Por eso yo no he querido volver últimamente, porque para ellos, es como ah una vez más, otra vez, entonces yo como para no darle en el favor, para no hacerles caso, digo no po, no voy a llegar ahí, no voy a ir ahí de nuevo, porque en el fondo como que todas esas pataletas de niña chica que hice, que yo ahora lo reconozco, que fue como a me voy recluir a me voy a ir sola tal lado todo lo voy a hacer sola, voy a trabajar sola, voy a ganar mi plata sola fueron pataletas igual, a pesar de que yo pensé que iba a ser al revés, no no hizo cambiar la forma de pensar, entonces mi familia era más dura de lo que yo creía y ahora nada, simplemente no le ¿s digo lo que hago, hasta que simplemente ellos pregunten, si se acuerdan de mi cumpleaños que bueno por ellos, si no, no, mi cumpleaños no se celebró, pero ya estoy con anticuerpos a esas cosas, porque ya han pasado demasiados años que todas las relaciones son igual en mi casa entonces por eso como que si es verdad soy un poco dura mujer hielo pero así es no más, pero ahora lo que yo saco como resumen es fortalecerme no más, para no caer de nuevo ahí.

M: Y en su caso, para su familia ¿qué significado tiene que usted esté en el hospital?

E6: Les gusta, les gusta cuando estoy en el hospital porque ya no me hago daño, están felices.

M: Y dentro del hospital, ¿cómo describirían el espacio que compartían con los usuarios, con en el personal, como el espacio físico?

E5: El del Pino es bastante agradable, es bastante agradable, la Corta Estadía por lo menos, porque a veces cuando yo he estado en urgencia por las jaquecas es bastante poco amigable, hay unas las luces blancas que a uno lo dejan con más jaquecas todavía, todo muy frío los asientos todos ocupados, la gente quejándose, es todo bien horrible. De hecho una vez también estuve en el Barros Luco, me pasaron primero a urgencia porque me iban a derivar a Corta Estadía y fue terrible, mis papás tuvieron que sacarme de ahí, porque ni siquiera fueron capaces de darme agua, entonces yo comparando todo eso, encuentro que ha mejorado bastante, ahora pintan de color, es distinto los sectores de Corta Estadía, porque saben que no es lo mismo que ir a una clínica, en donde saben que todo tiene que ser perfecto, bonito, limpio, tiene que ser un lugar donde sí, no hayan elementos peligrosos, nada, pero eso no tiene que ver con que los colores tengan que ser los mismos de una clínica normal, y en ese aspecto el Pino lo ha hecho bastante bien, tiene sus espacios bien bonitos, una tele, algo que a uno lo hace sentir mucho más en la casa entre comillas.

M: Y usted E6, ¿cómo encuentra esos espacios, le gusta esos espacios de Unidades de Corta Estadía en que usted ha estado? ¿Cómo lo describiría?

E6: Que me gusta cómo es.

M: ¿Está decorado bonito?

E6: Sí.

M: ¿Le agrada?

E6: Sí.

E5: Si tampoco es necesario que pongan estrellitas, caritas felices, nada, pero yo soy más minimalista en ese sentido, pero basta con que uno vea que ponen puertas nuevas, que vea que no está todo roto, que no pongan un pedacito azul, algo que tranquilice un poco, que uno no vea como todo escéptico, como tanta limpieza, tanto blanco, tanto delantal, ahora se ponen uniformes más

amigables las personas que trabajan ahí, como que saben que es salud mental, que no es otra cosa, entonces no se siente como la típica imagen que uno tiene de manicomio, de “no me van a llevar a la fuerza así, unos tipos con delantal, con guantes y me van inyectar y voy a quedar postrada en la cama”, no, uno no se lleva esa impresión, por lo menos ahora.

M: ¿Y hay alguna cosa que ustedes le modificarían, que sientan que eso no es acorde?

E5: Sí, yo siento que hay lugares que todavía siguen así, por ejemplo: Muchos le tienen miedo al Horwitz, que yo una vez casi estuve ahí, por lo mismo, porque es feo, porque es lúgubre, porque es como... da esa sensación de...

M: ¿Película de terror?

E5: Si, como muy... o no de película de terror sino como muy de médico, porque ya el hecho, el proceso de ir al médico es molesto para todos, para todos. Ya el hecho de estar en una clínica pagada es molesto para la gente. Entonces yo encuentro que eso como que debería cambiar a lo mejor en las clínicas psiquiátricas, en El Pino lo han hecho bastante bien, lo único que yo reclamo es eso de las libertades de cada uno, que es como la libertad de uno termina donde empieza la del otro. También hay que tener cuidado con eso porque de repente hay algunos que se agarran cierto sector y no lo sueltan po', uno no puede meterse ahí. Por ejemplo: toman la tele y es de ellos, toman la radio y es de ellos, toman un sillón y es entero de ellos y ellos se acuestan y uno no se puede ni sentar. Entonces no hay nadie que regule, que diga: “Oye no po', tienes que dejar espacio, no puedes poner los pies encima, eh... no hay una persona... Eso diría yo que se puede mejorar, pero porque no hay que confundir un lugar confortable con una cosa donde alguien, una sola persona haga lo que quiera y los demás que se queden en sus piezas, tampoco es justo. Pero por lo demás, encuentro que todos los demás hospitales han ido mejorando, incluso Barros Luco también iba mejorando el sector de hacer un

espacio para fumadores, para aislar este tema, que también es bien complicado.

M: Ah sí, me han comentado que hay una parte en donde solo fuman y que está y que no pueden ingresar profesionales.

E5: Sí...

M: Es un espacio protegido.

E5: Porque eso se me había olvidado mencionarlo, pero, por ejemplo: para los que no somos fumadores es bastante molesto y no... no que la gente fume, pa' mí eso no me molesta, pero es molesto que no hay un espacio en el hospital que diga: No fumadores y fumadores (risas). Porque uno al final, por ejemplo: el espacio de fumadores era donde estaba toda la sombrita, todo y uno estaba a todo el sol y si estabai' a la sombra te tragabai' todo el humo, entonces no... es justo para la persona que no fuma, también se siente discriminada.

M: E6, dentro del hospital ¿qué rutina tiene usted, durante el día? ¿cómo es? A qué hora llega...

E6: Yo llego a las... me levanto a las 7.30 para estar allá a las 9.00

M: Ya, ¿y durante el día cómo es? Cuando llega ¿qué es lo primero que hace?

E6: ¿A la casa?

M: No, cuando llega al hospital.

E6: Llego y me.... Espero ahí en la sala, cuando llegan mis compañeras o compañeros. Porque a veces llego un poquito atrasá' yo y están los compañeros ahí esperando ahí en la sala y espero yo, ahí llego y me saludan, todo eso y después los vamos a fumar un cigarrito ahí con ellos, con un compañero. Y después los llaman para entrar y ahí entramos y ahí yo hace las... lo que tenemos que hacer.

M: Ya, ¿empiezan las actividades?

E6: Sí.

M: Y el almuerzo, ¿es ahí mismo?

E6: Sí, pero a mí no creo que me den almuerzo si me quedo en la mañana acá. Porque es un casino de doctores nomás.

M: Ah ya, ¿hasta qué hora está?

E6: Si me quedo en la tarde... si voy en la mañana y estudio en la tarde, tengo que llevar comida yo.

M: ¿Y a qué hora se va de ahí?

E6: Ahí yo entro a las 9.00 y salgo a la 13.00.

M: Ah ya, temprano.

E6: Sí

E5: Una pregunta, ¿ustedes están evaluando, así como el sistema más o menos como de los hospitales de corta estadía en general o solamente respecto a los terapeutas?

M: O sea en general, pero igual siempre apuntando que la práctica de la terapia ocupacional se pueda mejorar dentro de esos espacios, considerando el contexto institucional...

E5: Ah ya, que iba a decir algo que no tenía nada que ver entonces.

M: No, pero díganos.

E5: Eh justamente cuando E6 dijo sobre la comida, ¡oooh qué espanto! Eso yo creo que es una de las peores cosas y que no se ha mejorado durante mucho tiempo en los hospitales, ya que he estado tantas veces, me ha tocado la mala suerte de ser vegetariana entonces (risas) es horrible, porque yo veo no

solamente en mi caso, en otros casos también veo que está todo mal, todo mal. Porque yo digo, hasta mi mamá dice, pero eso está mal, porque ella decía cuando yo era chica los hospitales daban cosas que eran sanas, que eran aquí y allá, yo decía por qué por ejemplo el... por ejemplo: le daban solamente endulzante a los que tenían diabetes, no a los demás. Y estaba como guardada entonces si uno pescaba el endulzante... “¡Noo! Eso es pa’ los diabéticos” y uno se quedaba como “okey, me tomo mi té así” y era súper injusto entonces uno tenía que pedir “oye me podí traer pastillitas de stevia, de alguna cosa” cachai’. Porque no puede po’, se supone que van a cuidar la salud de todos, uno puede hacer lo que quiera, a no ser que llegue una chica con anorexia, con algo así que pasó. Llegó una chica cuando yo estaba, ahí tienen que tomar otras medidas, pero eso es aparte. Pero yo decía porque todo es así, tan controlado, tan normado, por ejemplo: si yo me quedaba, de repente decían: “ya te vamos a hacer régimen vegetariano” que era un asco, un asco, si la gente decía “pero ¿qué es eso?” porque era como que no sabían que cocinar, entonces metían arroz y papas juntas así. Y esa era tu comida y no había ensalada, nada. Yo decía, pero esto no es comida, pero teníai’ comer si no había nada más entonces (risas).

M: Era como despreocupado el aspecto de la comida entonces.

E5: Claro. De repente la gente se lleva una idea errónea sobre, sobre esas cosas y yo te digo, por ejemplo: entra un vegano ahí, peor. Y yo decía, por ejemplo: los diabéticos tampoco funcionaba, porque no se comían la comida, se cambiaban los platos, era todo un desastre. Después terminaban, llegaban las visitas, les llevaban dulces. ¿Cómo controlar eso? Yo decía, ¿Cómo no hay algo que todavía mejore eso? Y de hecho mi mamá decía que antes en los hospitales era mejor el sistema de alimentación que ahora y en ese sentido yo encuentro que van mal, mal, mal, porque es como que uno queda... yo me acuerdo que en los desayunos ya todo bien, el almuerzo bien. Por lo menos, me respetaban que no hubiera carne en el plato, pero en el desayuno de repente decían: “ah, no sé, llegaron puros panes con paté” y yo decía “pucha”, como yo

me había, como yo me bañaba antes de ir a desayunar yo decía: “¿queda alguna leche?” y me decían: “no, ya se las tomaron todas” y quedaba puro té. Entonces uno quedaba como ya y ¿me quedo sin desayuno? Y más encima a mí no me iban a ver entonces era súper terrible. Ehm encuentro que ahí hay harto que mejorar (risas).

M: El desayuno, el almuerzo, todo (risas). ¿Cómo era tu rutina dentro del lugar? ¿Cómo partía tu día?

E5: Ducharme (risas)

M: Ducharte era lo más importante.

E5: Si ducharme (risas). Eh no, eso, al tiro yo pensando ya va a haber pan con chanco, pan con paté, me voy a quedar sin desayuno. Ehm y pucha, justamente el terapeuta ocupacional era el más buena onda, que partía a la cocina y llegaba como a las 11.00 de la mañana cuando ya iba a llegar el almuerzo con el pan con mermelada y yo le decía: “ya lo voy a guardar pa’ la tarde por si acaso”. Por si llegaba de nuevo la misma gracia. Pero sí, encontraba que estaba bastante desordenado el tema de la alimentación. Por ejemplo: había una señora que tenía otro problema, que ella no era vegetariana ni nada, todo bien, normal. Pero ella era bastante gordita, tenía sobrepeso y ella quería bajar y no le ponían el plato de hipocalórico, porque ella no era diabética, solo por eso. Entonces yo decía: “pucha, ahí hay harto que mejorar, harto” porque estaba todo cambiado, todo mal (risas), todo pa’ arriba en el tema alimentación. Es lo único que a mí me tenía... y por lo único que no me iría nunca más a un (risas)... porque era lo que más me hacía sufrir. Era como un infierno eso de la comida.

M: Y ahondando más en tu rutina, ¿a ustedes los despertaban a una hora determinada? ¿Cómo era el sistema?

E5: Mmm eso también era un poco estresante. Yo encontraba que era mejor en ese sentido era mejor el sistema del Barros Luco, que el del Pino. Porque en mi

caso que tengo problemas para dormir nos despertaban como a las 6.00 de la mañana para darnos el medicamento y después ellos esperaban que uno durmiera y yo no podía quedarme dormida después de despertar. Entonces todos se quedaban dormidos y yo quedaba ahí mirando las paredes, hasta las 8.00 que abrían recién las duchas. Entonces no me quedaba nada más que quedarme leyendo, haciendo algo, pero tampoco muy entretenido en un lugar donde no se escucha nada más que unas ruedas por ahí. Eh no es muy cómodo entonces no encontraba mucha gracia yo eso de que a uno lo despertaran a las 6.00 de la mañana pa' ponerle medicamentos y después a las 8.00 recién el desayuno o la ducha, dependiendo de lo que eligiera cada uno. Ehm no encontraba raro, por último, que a las 8.00 nos dieran el medicamento, pero no... iban, nos tomaban los signos, ya con eso a varios se nos quitaba el sueño, si varia gente tiene problemas para dormir, no solamente yo.

M: Y después tu a las 8... te bañabas y después... desayuno ¿y durante ese espacio?

E5: Después era como lo que uno quisiera hacer. Generalmente había gente que llevaban juegos de mesa entonces uno jugaba juegos de mesa con alguien, o una conversación. Depende... pero la verdad es que había un espacio bien... como sin hacer nada, y como digo, había una cosa establecida, un horario, pero no siempre se cumplían entonces muchas veces quedábamos ahí, haciendo nada, por ejemplo, ahí los tíos entraban en acción, que eran los auxiliares, los enfermeros, para-médicos, entraban en acción de que "ah tengo que hacerte una trenza a ti" y "yo te voy a hacer esto a ti", "te voy a pintar las uñas", y nos entreteníamos en puras estupideces... pintarse las uñas, los hombres no sé en qué se entretenían, pero en el fondo era como eso, hasta que llegaran las visitas, que yo no tenía...

M: también las visitas, ¿todo era por horario establecido? ¿El almuerzo, la comida, el dormir también? ¿A qué hora había que acostarse?

E5: Sí, todo establecido y eso yo sé que, tanto en público como privado, por lo que me han contado, yo no he estado en privado, pero creo que cuando es salud psiquiátrica siempre es igual, siempre con visita restringida y todo eso.

M: Y un poco como para ir cerrando toda esta experiencia que ustedes nos han contado, ¿les otorgó algún aprendizaje la hospitalización?

E5: Sí de todas formas... de todas formas... pa' mí dentro del ámbito familiar, de todo lo que paso en mi entorno con esto de la hospitalización me doy cuenta de varias cosas en realidad, que no podría condensar en una sola idea, pero la idea siempre digo: es no volver, no volver porque ahí uno se ve más débil, más frágil... pero sí, uno toma hartos aprendizajes, porque de cada vez que uno va yendo, o de la persona que fue una sola vez, conoce más casos y uno se va dando cuenta que hay distintos problemas, distintos casos, mucho... uno aprende muchas cosas en realidad de todo, no solamente del hospital, de todos lados.

M: Para usted E6, ¿algún aprendizaje que le haya otorgado el hospital?

E6: De aprendizaje...

M: Un aporte que haya hecho en su vida.

E6: Aporte...

M: ¿No considera nada en especial?

E6: ¿Las cosas que dan allá?

M: O sea para usted, para su vida...

E6: Sí, lo ayuda, igual como le expliqué en denantes.

M: ¿Y algún aporte que le gustaría a cualquiera de las dos hacer para esta práctica de terapia ocupacional?, ¿algo para mejorar?

E5: Yo encuentro que, por ejemplo, bueno ustedes siendo estudiantes que ya van a finalizar de terapia ocupacional, más que nada decir que la terapia ocupacional es súper heavy, es un trabajo súper esforzado, van a tener hartito que hacer, porque en realidad es al que le toca la parte más fuerte, hacerlo casi todo en el fondo. Y respecto a los hospitales hay hartas cosas todavía que mejorar, pero yo veo que sí, va mejorando. Pero lo que sí vi que no ha mejorado para nada es la comida. Es horrible y no lo digo por mí solamente lo digo por todos, todos tenían problemas con eso, todos. Y por eso pasa también ese error de que decía: “no, esta persona está con diabetes”, “que no le puede dar esto”, pero después llegaba la visita y lo llenaba de galletas, entonces no había razón de ser de que le hicieran un plato así, mejor porque no buscar una forma que sirviera de verdad, y eso no es tan difícil yo encuentro de hacer, no es tan difícil que se pongan un poco más a trabajar en eso.

M: Y usted E6, ¿algo que le gustaría aportar a la práctica de terapia ocupacional?

E6: práctica...

M: Como al trabajo que realizan los terapeutas

E6: Sí, me gustaría que no trabaje tanto con el reciclaje.

M: ¿Le gustaría que tuvieran más opciones de trabajo quizás?

E6: Sí, pero igual lo hago sí, igual lo hago.

M: ¿Pero variar un poco quizás?

E6: Sí

E5: Otra cosa que también quería aportar, es que me di cuenta que al ser hospital público y tener mucha demanda de personas que están con problemas psiquiátricos, de repente tenemos personas que necesitamos más tiempo estando adentro, y yo me doy cuenta, yo me daba cuenta que en realidad me decían, trataban de convencerme “no si tú vas bien..” y yo no me sentía bien,

pero yo me daba cuenta que eran órdenes de otra persona, de la persona que mandaba ahí de “tienen que sacar a esa chica porque se ve mejor que los demás”, y yo todavía no me sentía segura...

M: Como por camas quizás...

E5: Claro, porque necesitaba camas para otras personas, y eso yo encuentro que también tiene que ir mejorando porque uno a veces sale súper insegura y puede volver a caer, entonces no es la idea, la idea es que uno salga y salga bien, salga seguro de lo que está haciendo.

M: Yo quería ahondar en otra cosa. Cuando tú tenías algún problema, como... ¿tienes la oportunidad de conversar con alguien? ¿O acudir específicamente a algún personal o algo?

E5: ¿Ahora, en este minuto?

M: Cuando estabas en Unidad de Corta Estadía

E5: Es que yo en general soy muy reservada... bueno ahora he estado hablando hartito, pero de mis cosas privadas, soy bastante reservada entonces muchas veces incluso llegó un auxiliar a decirme, una mujer, me dijo que le daba un poco de nervios porque yo nunca había estallado en corta estadía, nunca había hecho una escena ni nada, entonces le daba un poco de susto que algún día me montara tremenda escena, y yo les dije que la verdad no, que yo estaba por otras causas, por otros motivos... y que no iba a pasar eso, que estuvieran tranquilos, porque me lo dijo... pero sí, por ejemplo, hubieron dos noches que tuve que acudir a cierta persona que me causaba más confianza porque, por ejemplo, en un momento, que también hay errores de parte de los auxiliares... tocaron un tema que fue bastante penoso para mí, que fue un momento que llegó un auxiliar nuevo... y ahí yo diría una crítica para el lugar, como por favor prepárenlos mejor a estos personales, porque él incluso tuvo que pedir disculpas, y todos me encontraron la razón a mí, porque de repente él me miro y dijo “¿quién es E5?” porque estaba mirando la pizarra, y yo dije “yo”,

y dijo “ah ella es vegetariana y todo el tema...” y yo “sí”, porque estaba mirando en la pizarra todos los datos, y me pregunta “¿y por qué es tan flaquita?” y le dije “porque como normal, no sé... porque me mantengo”, y dijo “ah ¿usted es anoréxica?”, y yo así, ahí me enrabie, dije o sea como ese nivel de cabeza, y me fui a mi pieza, y resulta que todos dijeron “¿qué te paso? ¿Qué onda?”, y lo que pasa es que yo si tuve ese problema anteriormente, entonces fue súper feo que un profesional, cuando uno ya pasó una etapa, diga algo así cuando uno ya no está en eso, o sea el no tenía ningún papel para avalar y decir, no decía que yo fuera anoréxica, entonces fue súper feo lo que hizo, y en ese sentido muchas veces me pasó con varios, con varias personas de allá adentro que decían “ah tú tení este problema”, “tú tení problemas con esto”, y no era así... yo ya había pasado por eso entonces como que a uno lo hacen re-volver a pensar en esas cosas, y eso es bien feo.

M: Como poco atingente a los comentarios que hacía el personal en generalmente. ¿Cómo eran las relaciones con el personal en la unidad de corta estadía? ¿La relación con los diferentes profesionales, hubieron algunas buenas?

E5: Es que eso era lo que yo decía, que lo que tienen que mejorar, porque obviamente yo no le echo la culpa en sí en todo a ellos, porque no son personas que están preparadas como un psicólogo como... no están preparadas para eso, pero a lo mejor deberían hacer como una capacitación para que entiendan que no tienen que meterse más allá de lo que es nomas, que no tienen... porque algunos como que casi se creen amigos de uno, entonces eso está como muy despelotado. Como que de repente mucha cercanía, mucho favoritismo por uno, por el otro, y son personas que se supone están haciendo un trabajo profesional en un lugar donde hay personas con problemas de salud, entonces lo que yo siento es que de repente a uno le dicen cosas que uno queda como descolocada, porque uno dice: se supone que estoy en un lugar con personas profesionales, que están viendo personas enfermas y no deberían hacer estos comentarios, sencillamente eso; y lo sé

porque me tocó, por ejemplo, estar en una pieza, yo estuve con una chica que estaba con anorexia que había ingresado hace muy poquito.... Y pucha, después yo escucho a una de las auxiliares que estaba hablando conmigo y me decía” ooh es que si la hubieraí visto, yo la vi cuando se duchó, era puro huesito”, y yo la miré y me cayó muy mal lo que dijo porque yo le dije: “ya y que tiene? Es su enfermedad, es lo que tiene” es un cuerpo normal que está muy enflaquecido, cachai’...sería. Ellos no tienen la capacidad de opinar respecto a eso, es feo, sobre todo si lo opinan con un paciente, con otro, y sobre todo si yo dormía en la pieza de ella... peor. También me tocó, donde estuve como 3 meses y pasaron muchas personas por esa pieza, estar con una niña transgénero, o sea transexual, ni siquiera transgénero; y también, los mismos comentarios del personal y yo decía que feo eso, que mal de parte de profesionales, o sea, si bien hacían su pega regio, súper bien, nos mantenían ahí, ellos no tienen por qué tampoco hacer tanto... Hay cosas muy injustas, por ejemplo, a veces les llegaban patadas, combos de pacientes y ellos tenían que aguantarlos, pero está esa otra parte, la otra cara de la moneda, que es el paciente que no da problema y que no tienen por qué decir cosas de ellos.

M: ¿Y algunas prácticas durante la hospitalización que tu repliques hasta el día de hoy?, algo que te haya gustado, que hacían justo en unidad de corta estadía y ahora tú realizas en tu casa...

E5: La verdad es que casi nada, no de verdad, casi nada, pero sí... por ejemplo, me lleve el tema del macramé como que eso lo he replicado un poco, pero fue por una cosa de que yo no sabía nada con lanas, entonces yo le dije al terapeuta “no, a mí, lanas no me pasen” y dijo “yo sé lo que te va a gustar: macramé”, y empezamos a hacerlo. Yo sé que se hace con materiales distintos y todo, pero entretenida y relajada y aprendí. Pero no lo hago mucho la verdad, yo ya tenía mi espacio... por eso digo, hicieron falta más personas en esta conversación, porque a lo mejor ellos si hubieran dicho “si yo hago esto ahora”, pero en mi caso es como diferente porque a mí siempre me ha gustado todo lo

artístico: cantar, dibujar... entonces ya tenía mi espacio en eso, y volví a eso a la casa después, volví a mi espacio.

M: Y usted E6, ¿alguna práctica que del hospital ahora la haga en su casa?

E6: Haciendo la cama, lavando la loza...

M: ¿Se organizó su rutina?

E6: Sí, porque eso era lo que me decían ellos, que es lo que tengo que hacer y me van a hacer que trabaje, pa' trabajar...

M: Bueno eso, chiquillas, las dos, infinitas gracias por haber participado. Todos sus aportes los vamos a tener más que en cuenta, todo nos sirve. Pedirles sus contactos también para después poder darles como lo que obtuvimos, si es que obviamente les interesa, les vamos a decir que día lo podemos hacer...

E5: A mí sí me interesa, por una cosa de que lo mismo que les había dicho, a mí los terapeutas ocupacionales me llaman mucho la atención, porque es un trabajo súper esforzado, súper lindo y encuentro que, en mi caso insisto, es como el 70% de la terapia, así que por eso accedí al tiro.

Anexo 4: Matriz de análisis integrado

Categoría 1	Subcategoría	Citas	Análisis
<p><u>Malla Kiwi</u></p> <p>Las actividades serán consideradas como todas aquellas acciones terapéuticas o no llevadas a cabo por los usuarios dentro de la UCE. El nombre otorgado a esta categoría va en relación al aislamiento de la persona que genera la institución a través de las diversas actividades que entrega o no entrega a los/las usuarios/as.</p>	<p>1.1. Grupales e individuales</p> <p>Se describirán actividades individuales o grupales (2 o más personas), gestionadas por la institución o autogestionada. Por ejemplo: atención terapéutica individual, visitas de familiares, talleres.</p>	<p>-E1: <i>“Un Tens, que traía Karaoke y cantábamos, pero eso era del Tens, que a él no le correspondía”.</i></p> <p>-E4: <i>“Hacían una como un grupo donde los pacientes decían lo que le faltaba, lo que le molestaba a la terapia, a UCE.”</i></p> <p>-E5: <i>“Generalmente había gente que llevaban juegos de mesa entonces uno jugaba juegos de mesa con alguien, o una conversación”.</i></p> <p>-E5: <i>“Sí, había tanto trabajo grupal por ejemplo karaoke, cocina, reuniones, asamblea como también trabajo a nivel personal”.</i></p> <p>-E5: <i>“No se podía proponer mucho porque todo eso dependía de votación, de votación de toda la gente si es que daban la oportunidad de proponer algo, se daba la oportunidad de proponer pero tenía que ser grupal”</i></p>	<p>Las actividades llevadas a cabo en la Unidad de Corta Estadía por lo general están programadas o gestionadas por el profesional a cargo, independiente de la disciplina de cada persona, estableciéndose una relación verticalizada o jerarquizada entre funcionarios/as y usuarios/as. Relaciones de poder que se ven reflejadas en el tipo de actividades que son llevadas a cabo, que no surgen desde los propios intereses de los usuarios, requiriendo vigilancia y autorización para la utilización de diversos materiales de interés, donde persiste el estigma de la enfermedad que conlleva a pensar en un “paciente” que requiere tratamiento, asistencia, vigilancia al poder auto-agredirse, etc., otorgando al usuario/a un rol pasivo.</p>

		<p>-E1: "Yo hacía mi propia actividad, sacaba una colchoneta y hacía ejercicio en mi pieza".</p>	
	<p>1.2. Según interés y expectativas Corresponderá a actividades realizadas de acuerdo a gustos, a su motivación, si responden a lo que ellos pensaban y/o esperaban, si responden a sus objetivos o cubre sus necesidades.</p>	<p>-E4: "Al menos yo, no hallaba la hora que llegara la hora de que llegara ese día, porque era el único día en que hacíamos algo. Yo preguntaba: cuándo es, cuándo es, porque a mí se me confunden los días".</p> <p>-E3: "Ahí yo me ponía a hacer sopas de letras y después almorzábamos".</p> <p>-E3: "No, lo fome era que a veces uno alcanzaba a hacer un poquito de algo y ya se terminaba y se daba el almuerzo y luego la once. Uno quedaba entusiasmada y no le dejaban las cosas porque uno podía ahorcarse con un pedazo de lana".</p> <p>-E5: "Auxiliares, los enfermeros, paramédicos, entraban en acción de que "ah tengo que hacerte una trenza a ti" y "yo te voy a hacer esto a ti", "te voy a pintar las uñas".</p>	<p>Las actividades de interés, muchas veces se ven limitadas por la propia institución ya sea por el espacio físico, social, por las normas o reglas y horarios establecidos, que generan un cambio en la organización del día a día, ajustándose a una rutina donde la mayoría de las actividades llevadas a cabo se encuentran bajo una programación prefijada y secuenciada, lo cual limita el desarrollo de actividades de interés.</p>

		<p>-E5: “Es que cada terapeuta ocupacional se preocupaba de buscar algo que a la persona le interesara o algo que a la persona pudiera hacer porque hay gente con menos motricidad...”.</p>	<p>Sin embargo, de acuerdo a las actividades que las personas tenían oportunidad de participar, se precisa una adecuación de acuerdo a la necesidad de algunas personas, a su vez con el fin de resguardar la situación de salud que presentan las personas en este servicio. Esto permite comprender que a pesar de la existencia de limitaciones para desarrollar o proponer actividades de interés, se trabaja bajo la concepción de las capacidades y necesidades de las personas, considerando las particularidades de cada uno y de acuerdo a esto se desarrolla la participación o no de las actividades propuestas por la institución.</p>
	<p>1.3. Voluntariedad y obligatoriedad Se describe el carácter de la participación en la actividad.</p>	<p>-M: ¿Qué ocurría cuando la terapia era dirigida por el TO y ustedes no querían ir: pasaba algo o alguna consecuencia? - E1, E2, E3, E4: “No”. -E4: “No, nada. Si insistía sí que uno participara, pero como que yo no soy muy buena para participar en esas cosas.” M: En el fondo no eran obligatorias.</p>	<p>Las actividades llevadas a cabo al interior de UCE son de carácter voluntario, si bien estas son dirigidas por el TO del servicio, se respeta la decisión de participar o no en las actividades propuestas.</p>

		<p>-E4: "No".</p> <p>-E5: "Por lo menos en UCE, había un día que obligatoriamente se hacía una asamblea, donde se preguntaba uno a uno sin obligar a contestar lo que preguntaba el TO (...) pero no era necesario contestar".</p>	
	<p>1.4. Sentido desde la lógica institucional</p> <p>Se apunta al sentido/significado/finalidad/justificación que otorga la institución a la actividad impartida desde la percepción de cada usuario (normativa, terapéutica, estandarizadora).</p>	<p>M: ¿Qué finalidad creen ustedes, que tenían estas actividades que realizaban?</p> <p>-E4: "El día se hace más corto y a uno lo saca de la tontera que está pensando. Nos sacaba un rato de eso".</p> <p>-E1: "Yo creo que nivelarnos, es como de paso y después pasar al Hospital de Día o COSAM".</p>	<p>Si bien la posibilidad de participar en actividades es voluntario, las actividades son comprendidas desde la lógica de un proceso del tratamiento que busca la estabilización de las personas, pero a su vez permite el control y monitorización de los usuarios.</p> <p>Es comprensible desde la lógica de usuarios y usuarias que genera un impacto en su bienestar dentro de una UCE, ya que posibilita la distracción en relación al motivo por el cual se encuentran en estas unidades.</p>

Categoría 2	Subcategoría	Citas	Análisis
<p><u>Ocupaciones (buscar nombre)</u></p> <p>El significado hace referencia al concepto,</p>	<p>2.1. Sentido otorgado a las actividades y ocupaciones</p> <p>Esto corresponderá a la apreciación y entendimiento que le</p>	<p>-E1: "Ésta, la lectoescritura: porque es mi fascinación, yo soy especialista en esto. Soy profesora, pero ya no hago clases. Representa una felicidad profesional,</p>	<p>Se identifican ciertas ocupaciones desarrolladas al exterior de la Unidad de Corta Estadía, las cuales están llenas de sentidos y significados para las personas, representando el</p>

<p>imagen y/o valor que evoca en la persona la actividad llevada a cabo en la Unidad o fuera de ella.</p>	<p>otorgue la persona a las diversas actividades realizadas en UCE o fuera de ésta, considerando sus historias de vida, valores, con la finalidad de determinar si la actividad corresponde a una ocupación o solo una actividad.</p>	<p><i>un orgullo.”</i></p> <p><i>-E5: “Dibujar para mí, es crear, crear algún escenario que yo me imaginé (...) es como bien entretenido porque uno se imagina una escena y la recrea, entonces eso hace sentir bastante bien porque uno está creando”.</i></p> <p><i>-E1: “Siento que si uno está con algún problema mental en ese minuto, lo que menos necesita es estar pensando en ese problema, porque te persigue, te persigue. Entonces necesitas estar ocupado”.</i></p> <p><i>-E5: “Había una chica que aprendió a hacer estos mandalas de lana, pero los aprendió a hacer nivel dios, entonces al final los empezó a vender y ahí se expandió un poco esto de que ya la TO servía en su vida diaria, porque ella empezó a vender estas cositas y le servían para subsistir y mejorar su calidad de vida. Sí, daban la posibilidad de que uno aprendiera estas cosas para llevarlas al día a día y no solamente allá</i></p>	<p>ser de cada una de ellas, su cultura, contexto social, histórico, su vida según las condiciones en donde se desarrolle. Sin embargo, la mayoría de las ocupaciones identificadas no es posible llevarlas a cabo dentro de UCE, ya que la intervención propuesta no considera la socio-historicidad del sujeto y el contexto es altamente limitante.</p> <p>Al ser la ocupación un campo relacional, determinado por condiciones socioculturales y ambientales, no podemos estar separados de ella, otorgándonos sentidos y significados, que nutre las experiencias de las personas, que muchas veces se encuentran ante condiciones estresoras, al no poder responder a las demandas del ambiente. Sin embargo, se comprende la existencia de actividades que logran responder a las necesidades de las personas, adquiriendo sentidos y</p>
---	---	---	--

		<p><i>adentro”.</i></p> <p><i>-E5: “La actividad física para algunos también se convierte en algo que después llevaron a su vida diaria, porque yo recuerdo que habían chicos que se entusiasaban o uno terminó trabajado en una tienda deportiva, entonces también era como una herramienta para seguir”.</i></p>	<p>significados diferentes que permiten ser replicadas en contextos externos a las UCE, otorgándole sentidos y significados ocupacionales a estas actividades, ya que contribuyen en las personas de diferentes maneras en la vida cotidiana de las personas.</p>
	<p>2.2. Cambios de ocupaciones significativas</p> <p>Esto hace referencia a posibles transformaciones que puedan sufrir las ocupaciones históricas de la persona al momento o luego de vivenciar una estadía en una Unidad de Corta Estadía.</p>	<p><i>-E1: “Para mí era un escape leer, me gustaba mucho leer. Yo podía hasta sentir el aroma de la descripción que hacía la persona, el espacio. Me metía tanto en el libro, que vivía su espacio, su olor. Y leo muy rápido y no lo soltaba hasta que lo terminaba y me iba de un viaje: desesperada por sacarlo en un día, me encantaba. Ahora tengo un montón de libros en espera”.</i></p> <p><i>-E1: “Porque yo por ejemplo estoy en pausa, porque estoy detenida en mis ocupaciones, porque no me interesa hacer ninguna de ellas”.</i></p> <p>“M: Y en UCE, ¿podías dibujar?”</p>	<p>Esto evidencia el quiebre provocado al interior de una UCE, la cual no aborda de forma efectiva las necesidades de las personas provocando ciertos cambios y pausas en la vida, sobre todo en ocupaciones que en algún minuto tuvieron gran importancia para la persona pero que ahora pasan a un segundo plano.</p> <p>De acuerdo, a la comprensión de ocupación, propuesta por Guajardo (2014), donde somos la ocupación y la ocupación es el sujeto, se evidencia un malestar social en el sujeto el cual no logra expresar a través de la ocupación, ya que, pierde interés por realizarla. Dando cuenta, que al haber salido de UCE no se brindó un abordaje efectivo a la persona, ya que, ésta no logra expresar su interioridad</p>

		<p><i>-E5: Era difícil, era bien difícil. Una porque no daban ganas ahí adentro, segundo porque mis lápices eran bastante caros, entonces yo no los tenía todos allá, tenía solo los que eran para bosquejo y generalmente cuando me ponía con mis hojas, mis cosas, llegaban todos a pedirme lápices: “préstame un lápiz” y yo decía: “¡No! Por favor” porque eran tan caros que yo decía: “No”, entonces al final terminaba ocupando nada”.</i></p>	a través de ella.
--	--	---	-------------------

Categoría 3	Subcategoría	Citas	Análisis
<p><u>Aspectos de la vida cotidiana en UCE</u></p> <p>La vida cotidiana será comprendida como todas aquellas acciones desarrolladas durante el quehacer diario en un espacio y tiempo social compartido por una sociedad, la cual se encuentra sujeta a diversas condiciones socio-históricas.</p>	<p>3.1. Espacio social</p> <p>Según Lefebvre espacio, “es el entorno de un individuo o grupo, es el horizonte dentro del cual se sitúan y viven los individuos”. (p. 41, cit Lindon), no solo vista como un espacio físico, sino cargados de sentidos y significados por las personas.</p>	<p><i>-E1: “Reja forrada con malla kiwi”.</i></p> <p><i>-E2: “Porque para mí fue muy lúgubre, muy tétrico. Pondría más plantitas, para darle más color, más acogedor”.</i></p> <p><i>-E4: “Bueno, yo lo vi ayer no más y está cambiado porque están trabajando y pusieron unas mallas y</i></p>	<p>Los espacios físicos institucionales, mantienen ciertas características medievales, donde persiste la noción de encerrar todo lo anómalo, donde la locura tiende a ser oculta, donde se invierte poco en infraestructura y cuando se hace responde a la lógica de vigilancia y protección, no pensado como un espacio acogedor.</p>

		<p><i>no se ve nada para adentro, ni nada para afuera. Están poniendo techo donde no había, pusieron reja donde estaban los dormitorios donde daban las piezas para afuera”.</i></p> <p><i>-E5: “El espacio de fumadores era donde estaba toda la sombrita, todo y uno estaba a todo el sol y si estabai’ a la sombra te tragabai’ todo el humo, entonces no... es justo para la persona que no fuma, también se siente discriminada”. (Citas anteriores hacen referencia al espacio destinado para fumar)</i></p> <p><i>-E1: “Yo siendo fumadora, hay gente que bota las cenizas en todas partes, a pesar de que hay miles de tarros. Y lo otro es que los hombres escupían en cualquier parte y eso uuuy me mata, me mata”.</i></p>	<p>Al ser espacios sociales, compartidos con un otro, los sentidos y significados otorgados a estos espacios son diversos, según el contexto sociocultural y experiencias de vida de cada persona.</p> <p>Donde su vida cotidiana deja de desarrollarse en un espacio habitual para pasar a desarrollarse en un lugar ajeno, sin sentido de pertenencia y con personas desconocidas, por lo tanto, la persona no cuida ese espacio porque no le pertenece, lo que genera descontento en otros pares que lo comparten, perdiendo la privacidad en la cotidianidad.</p> <p>Al ser espacios sociales, compartidos con un otro, los sentidos y significados otorgados a estos espacios son diversos, según el contexto sociocultural y experiencias de vida de cada persona.</p> <p>Donde su vida cotidiana deja de desarrollarse en un espacio habitual para pasar a desarrollarse en un lugar ajeno, sin sentido de pertenencia y con personas desconocidas, por lo tanto la persona no cuida ese espacio porque no le pertenece, lo que genera descontento en otros</p>
--	--	---	--

			pares que lo comparten, perdiendo la privacidad en la cotidianidad.
	<p>3.2. Pluralidad de sentido</p> <p>La pluralidad de sentidos es entendida según Lefebvre como los, “sentidos que coexisten como una polifonía, polisemia, polivalencia” (p.42, cit Lindon). No existe un sentido, existen muchos sentidos otorgados por las personas en la vida diaria.</p>	<p><i>-E1: “Hacían talleres los doctores. Y ese taller de fotografía todos los encontrábamos fome. Y nosotros le dijimos al encargado, el psicólogo y decía “no, si es bueno”. Él estaba super entusiasmado y nosotros no le hallábamos ni un brillo”</i></p> <p><i>-E1: Y allá dije yo, este es mi uniforme diario...</i></p> <p><i>-E4: Institucional (risas)</i></p> <p><i>Varias: El pijama...</i></p> <p><i>-E4: “A mí me pasó ayer. Porque con la Rachel fuimos a corta estaba a buscar un remedio, como que yo ya me entraba.</i></p> <p>M: Mejor se quedaba ahí.</p> <p><i>-E4: Sí, sí. Porque ahí todas mis pesadillas, mis sueños, mis miedos no están. No están po”.</i></p>	<p>Comprendiendo que existe un mundo intersubjetivo, compartido por otros, los sentidos y significados otorgados en la vida diaria son diversos, identificando sentidos compartidos en torno a ciertas actividades desarrolladas al interior de la UCE, las cuales surgen desde la subjetividad del profesional a cargo y no desde el interés y sentido de los propios usuarios/as, lo cual se ve reflejado en la poca autogestión y participación en las mismas, tomando un rol pasivo al interior de la institución, lo cual conduce a la pérdida de la autonomía y al derecho de construir y controlar sus propias vidas.</p> <p>La concepción y sentidos otorgados a unidades de corta estadía, está relacionada con el bienestar de la persona, en un momento determinado, estableciendo una relación de ambivalencia en torno a la percepción de rechazo y protección, siendo bueno o malo dependiendo del momento en que se encuentre</p>

		<p>M: ¿Y algún lugar que fuera mejor o peor para ustedes, que tuviera algún significado?</p> <p><i>-E4: El de la pieza más por privacidad.</i></p> <p>M: Por la privacidad.</p> <p><i>-E4: Sí, más importante por la privacidad que se da ahí”.</i></p> <p><i>-E5: “Llegó un auxiliar a decirme... me dijo que le daba un poco de nervios porque yo nunca había estallado en corta estadía, nunca había hecho una escena ni nada, entonces le daba un poco de susto que algún día me montara tremenda escena...”</i></p> <p><i>-E5: “La verdad es que el trabajo, bueno que a uno lo ayudan un montón, a uno lo ayudan por todos lados, pero el trabajo en sí, es el que hace uno mismo al final”.</i></p>	<p>la persona, reflejado en el sentido de protección otorgado a UCE, en episodio de crisis y rechazo del espacio cuando se encuentra estable.</p> <p>La lógica de estar en un servicio donde la población atendida corresponde a personas que se encuentran en situaciones de salud mental inestable, genera sentidos de homogeneización por parte del personal del servicio, de las personas que se atienden en UCE relacionadas a las conductas desarrolladas en episodios de descompensación. A su vez, esto genera estigma de las personas que recurren a estos servicios, ya que son significaciones compartidas que no solo se generan fuera del servicio, sino también dentro de éste.</p> <p>Es importante observar, que en la narrativa de las personas, también ocurre un desprendimiento de la lógica institucional del servicio, donde se comprende que el servicio otorga gran parte de</p>
--	--	--	---

			la ayuda necesaria para persona, pero también se interioriza y comprende a la persona en sí misma como protagonista de su tratamiento.
	<p>3.3. Simbolismos</p> <p>“El símbolo implica una comunidad que lo reconoce, es connotativo y denotativo”. (Lindon, p.43).” ...identifica parcialmente a dos seres, evoca uno a partir del otro”, se entenderán los simbolismos asociados a qué representa la hospitalización para cada ser y, particularmente, la intervención de terapia ocupacional.</p>	<p>-E2: <i>“Cuando yo estuve ahí, lo que hacíamos con un señor que estaba ahí, era que caminábamos como presos, yo lo tomaba de un brazo y caminábamos ese pasillo y después “vueeeelta” y caminábamos y conversábamos o nos poníamos a trotar”.</i></p> <p>M: Usted E2, ¿se mantuvo como nos decía, su interés, la belleza?</p> <p>-E2: <i>Los primeros días no, a la tercera semana sí. Ya quería hacer algo porque dije: si yo no le pongo tinca, no voy a salir de esta”.</i></p> <p>-E5: <i>“Nunca me han</i></p>	<p>La cita representa simbólicamente que este espacio es más bien de aislamiento, una cárcel, sin otro sentido más que el de aislar a las personas y establecer un sistema de control social (Porter, 2002) respecto de los enajenados, lo enfermos, los locos. A pesar, de haber evolucionado en conocimientos respecto a la locura y en políticas de salud mental, este espacio sigue reproduciendo la lógica asilar desde tiempos medievales.</p> <p>Es importante reconocer cómo la belleza y autocuidado tiende a representar el bienestar, la “buena” salud. Este espacio de autocuidado debiese tomar un rol fundamental al interior de la UCE, brindando más instancias que permitan a las personas que les interesa el poder desarrolladas con más frecuencia y libertad, ya que, en más de alguna ocasión puede favorecer el proceso interventivo.</p> <p>Desde la narrativa de las</p>

		<p><i>llevado a la fuerza ni he llegado a estar ahí por un episodio grave, siempre ha sido como porque yo lo consiento, porque yo digo quiero irme, como para recluirme de la sociedad”.</i></p> <p><i>-E5: “Es no volver, no volver porque ahí uno se ve más débil, más frágil...”</i></p> <p><i>-E5: “La última UCE, lo que me enseñó fue que ojalá no volver y yo siempre he estado con ese temor, porque como he estado tantas veces, es como ojalá no volver”.</i></p>	<p>personas, es importante destacar que en ocasiones las UCE son comprendidas como un recurso que permite el aislamiento de la persona que necesita del servicio, pero este aislamiento no solo se reduce al espacio físico que lo permite, sino también el separarse de la sociedad y de la realidad cotidiana de la persona. A su vez, permite reflexionar sobre la permanencia de la significación y autoconcepción, por parte de las personas, de la necesidad de ser recludas de la sociedad con el fin de mantener la estabilidad social de sus contextos más cercanos.</p> <p>Dado a que los sentidos y significados cambian de acuerdo a las vivencias socio-históricas de la persona, también lo hacen las representaciones simbólicas de aquellos espacios por los que han transitado. En esta situación, las UCE donde en ocasiones las personas se enfrentan a ellas más de una vez, pero cada situación cargada con diferentes significados y finalmente culmina con una construcción significativa de rechazo y temor a un posible regreso,</p>
--	--	---	---

			<p>dado por la fragilidad y la debilidad que genera el tránsito de la persona por este servicio.</p>
	<p>3.4 Prácticas Para Lefebvre, " las prácticas sociales son concebidas como totalidad social", por lo tanto, se rechaza la idea del "hacer" al entenderse como operaciones individuales, en cambio la praxis involucra símbolos, cultura, representaciones e ideologías. Existiendo dos tipos de praxis, una repetitiva y otra inventiva o creativa. (p.43)</p>	<p><i>-E3: "No, lo fome era que a veces uno alcanzaba a hacer un poquito de algo y ya se terminaba y se daba el almuerzo y luego la once".</i></p> <p><i>-E1: "¿Ud. conoció a una paciente que nos hacía el taller? Ella nos hacía el taller pero pasaban 5 min y pedía permiso para ir a fumar, que se iba a cambiar para otro lado. Pero era más loca que cabra de cerro".</i></p> <p><i>-E3: "Sí, pero lo que no me permitían la pintura de uña, las limas, las pinzas, tijeras, cortaúñas. (opinión compartida) Pero yo llevé a escondidas las pinzas, las tenía fondeada, porque andaba con los cañones largos y fea, con bigotes.</i></p>	<p>Evidencia la poca organización en torno a la intervención con los usuarios/as, más bien se infiere que este lugar busca aislar más que permitir la "recuperación" de las personas a través de diversas actividades.</p> <p>Si bien se destaca que los usuarios/as asuman un rol activo dentro de las actividades, se evidencia que la elección de la persona que dirige no es la más adecuada, debido a que el comportamiento de la usuaria afecta el desarrollo de la actividad para el resto. Por tanto, hay poca formalidad en las prácticas llevadas a cabo y poco interés por parte del personal en facilitar el desarrollo de ésta.</p> <p>Muchas de las prácticas que forman parte de la vida cotidiana de las personas se ven limitadas al interior de Unidades de Corta Estadía, por una serie de reglamentos internos, que ejercen control sobre la vida de las personas, limitando prácticas de autocuidado, que favorecen la</p>

		<p>M: ¿Y el patio siempre lo tenían abierto para salir a fumar?</p> <p>-E2: <i>No, no, no.</i></p> <p>M: O ¿tenían horarios?</p> <p>-E3: <i>Horarios o cuando uno ya empieza a leerse“.</i></p> <p>-E5: <i>“Yo me daba cuenta que en realidad me decían, trataban de convencerme “no si tú vas bien...” y yo no me sentía bien, pero yo me daba cuenta que eran órdenes de otra persona, de la persona que mandaba ahí...”</i></p> <p>-E5: <i>“Porque en mi caso que tengo problemas para dormir, nos despertaban como a las 6.00 de la mañana para darnos el medicamento y después ellos esperaban que uno durmiera y yo no podía quedarme dormida después de despertar”.</i></p>	<p>autoestima de las personas o de espacios recreativos, donde usuarios/as, eran controlados y limitados en el desarrollo de sus prácticas.</p> <p>Se comprende que, desde la narrativa de las personas, se genera la existencia de relaciones de verticalizadas entre profesionales y las personas usuarias del servicio, donde se contrapone el bienestar o malestar experimentado por la persona usuaria versus aquello que es determinado por el/la profesional. Esta reflexión no se genera a partir de la razón de uno o del otro, si no de la validez de ambos discursos que deben ser considerados y complementados para el bienestar de la persona, considerando los diálogos que surgen a partir de las vivencias de los/las usuarios/as, siendo conscientes de las particularidades y problemáticas de cada situación que se presenta en este servicio.</p>
--	--	---	---

Categoría 4	Subcategoría	Citas	Análisis
-------------	--------------	-------	----------

<p><u>Resignificación de la vida cotidiana post UCE</u></p> <p>La resignificación se entenderá como un proceso de deconstrucción y construcción de los significados otorgados a la vida cotidiana a partir de la experiencia del cuerpo vivido en Unidades de Corta Estadía, por ende, comprendiendo la socio-historicidad de la persona.</p>	<p>4.1. Relaciones familiares</p> <p>Hace referencia a todas las situaciones familiares desembocadas por el paso en UCE del usuario/a, situaciones de diversas connotaciones.</p>	<p>-E2: <i>“Es que en mi caso me sentía visible, yo tengo una familia muy grande, pero a la vez me siento muy sola.”</i></p> <p>-E4: <i>“Imagínate con 50 años mi hija tenga que darme los remedios, que mi hija me decía: “mamá, ya quedan, por ponerte un ejemplo: 2 quetiapinas, tiene que ir a pedir los medicamentos”, porque les da miedo que yo tenga un... “toy cocinando, “toy haciendo algo y ellas creen que no me doy cuenta, pero van porque yo estoy ocupando un cuchillo”.</i></p> <p>-E1: <i>“Mi hijo, según él tiene una teoría en la que la depresión no existe y yo estoy haciéndome la enferma, me pongo a llorar cuando me conviene, que trato de actuar como una niña chica para manipularlos a todos. Me partió el alma y lloré todo el rato. No le hablé más, pero él sigue manteniendo su postura. Él trabaja como Tens en el Horwitz y sabe que hay gente enferma, pero yo no”.</i></p> <p>-E2: <i>“Sí, yo sentía que</i></p>	<p>El bienestar de las personas está sujeto a un conjunto de situaciones tanto internas como externas, por lo tanto un desequilibrio familiar, afecta el estado emocional de la persona, interfiriendo en su vida diaria, siendo relevante las relaciones familiares que construyen al sujeto. Y evidenciando que la locura no es un hecho biológico, sino más bien relacional-social.</p>
--	--	---	--

		<p><i>había un apoyo inmenso, que les interesaba yo, que ellos querían que yo me sanara. Eh, me sentí muy acogida.</i></p> <p>M: Y antes de eso, ¿usted se sentía más sola en su familia?</p> <p><i>-E2: Sola. Aunque todavía a nivel familiar es soledad, todavía. Pero, o sea, la mamá existe pa' cuando una necesita no más".</i></p> <p><i>-E4: "Sí, por lo menos mi hija, una de mis hijas, pudo entender que lo que yo estaba pasando, no era porque yo quisiera, ni a mi conveniencia, sino que porque mi mente realmente está enferma".</i></p> <p><i>-E5: "Después de que yo salí de Corta Estadía, yo esperaba que ellos (familia), fueran de otra forma conmigo, de ver que pucha "fue fuerte, aguantó ese proceso, ha cambiado en hartas cosas" y la verdad es que se pusieron peores, no mi mamá, no digo mi mamá, pero mis hermanos, mi papá, todos se pusieron peores..."</i></p>	
	<p>4.2. Rutinas Se consideran las rutinas</p>	<p><i>-E1: "Bueno yo tengo el mismo horario que tenía en corta estadía, mi</i></p>	<p>Comprendemos que somos personas donde nos construimos mediante</p>

	<p>que las personas llevaron o llevan a cabo al momento de salir de UCE y que anteriormente no tenían.</p>	<p><i>marido que se encarga del almuerzo, él me da el remedio a la misma hora que en corta estadía y me hace dormir a la misma hora. El a las 10 apaga la tele y yo tengo que estar lista para dormir”.</i></p> <p><i>-E1: “Yo, para mi después en la casa era... porque en la casa es todo desorden, entonces los remedios, si yo no ponía el reloj y no sonaba, ¡se me olvidaba! Era así como que ya cuando uno tiene que... a uno le dan el remedio es más fácil”.</i></p> <p><i>-E1: “Cuando yo llegué a mi casa, le dije a mi marido que por favor durmiera más allá y que me dejara la mitad de la cama pa’ mi sola sin meterse a mi lado. Porque yo llegue exactamente los mismos horarios que tenía en corta estadía, todo igual, después y fui adaptándolo”.</i></p> <p>M: ¿Se organizó su rutina?</p> <p><i>-E6: “Sí, porque eso era lo que me decían ellos, que es lo que tengo que hacer y me van a hacer que trabaje...”.</i></p>	<p>relaciones sociales y somos contruidos por éstas, de acuerdo a los significados que otorgamos a situaciones cotidianas, ocupaciones, vivencias, etc.</p> <p>La familia es parte de la construcción de significados que otorgan a la situación de salud de las personas. La familia puede o no flexibilizar ante ciertas acciones, en esta ocasión, la mayoría de las usuarias en su discurso, relata que han mantenido replicado ciertas estructuras de la rutina de UCE, con el fin de mantener su bienestar.</p> <p>Sin embargo, enfrentar la realidad fuera de UCE también lleva consigo desafíos considerables para la persona: el tránsito de un lugar donde se está en constante compañía de un otro, tanto de las personas hospitalizadas como de los profesionales del servicio, hacia una rutina y cotidianidad diferente, donde los integrantes de las familias llevan consigo diversos roles y ocupaciones y se desvanece este acompañamiento con el que contaban cuando estaban hospitalizadas.</p> <p>En este sentido, la institución también entrega a las personas relaciones sociales significativas, donde se</p>
--	--	---	---

			sienten acompañadas y contenidas.
<p>4.3. Impacto de la experiencia de hospitalización en la reincorporación a la vida cotidiana post-hospitalización</p> <p>Se considera el impacto y/o resultado que ha tenido este proceso en las relaciones de la vida laboral, social, familiar, etc. a mediano y largo plazo.</p>	<p><i>-E2: “A mí cuando me dan mis crisis, mis tonteras, me da fuerzas para poder luchar, para no llegar allá”.</i></p> <p><i>-E2: “Para mí fue que hay personas que no me conocen, que no son mi familia y que yo les intereso”.</i></p> <p><i>-E1: “Lo que me pasó la primera vez: yo tuve una inseguridad horrible en la casa, me sentía extraña, mal, nerviosa, acelerada y quería volver”.</i></p> <p><i>-E3: “En mi caso era como contradictorio: me quería ir a mi casa, pero me daba miedo ir a mi casa. Lo único que quería era volver luego a la UCE, porque sentía que ahí estaba segura, que si me venía alguna crisis, que iban a estar ahí”.</i></p> <p><i>-E3: “Sabes que, corta estadía para mí significó protección a tal extremo que yo necesito estar ahí de nuevo, yo sé que no me van a mandar, pero siento que necesito estar de nuevo ahí para aclarar</i></p>	<p>Las UCE suelen ser consideradas y estigmatizadas como instituciones donde se “cura a los locos o las personas locas deben estar ahí”. Esto ha sido una construcción social desde las instituciones manicomiales con el fin de ocultar, sanar y controlar a las personas con alguna problemática en su salud mental, pero ¿qué pasa cuando las personas vivencian una o más instancias en estas instituciones?</p> <p>Dado por el relato de las personas, la UCE es significada como un lugar de protección y de seguridad, hasta el punto de sentir la necesidad de querer volver ya que enfrentarse a la realidad y cotidianidad se torna inseguro y desafiante, donde el temor de sus propios actos y del manejo de situaciones de crisis, es inseguro.</p> <p>De cierto modo, la estadía y el servicio entregado en estas instituciones genera cierta dependencia y necesidad de regresar por temas de seguridad, protección y compañía, pero a la vez surge una paradoja: donde</p>	

		<p><i>el pensamiento porque es la única parte donde tú puedes hacer eso”.</i></p> <p><i>-E5: “Yo ahora podría decir, que para mí es una lucha constante, es una lucha todos los días, porque yo no sé cuándo, de verdad que estoy muy insegura todos los días, de verdad yo digo no sé cuándo podría volver a estar ahí, me da pánico, pero me autoconvenzo también yo sola de que no puede ser, no puedo, no puedo dejarme estar así”.</i></p>	<p>día a día las personas se enfrentan a una lucha constante para no regresar a estas unidades, donde la lucha se torna no solo en la propia persona, sino también en sus relaciones sociales más cercanas: la familia. Sin embargo, la familia, en ocasiones, no logra generar la contención y comprensión necesaria para colaborar con el bienestar de la persona.</p>
--	--	---	--

Categoría 5	Subcategoría	Citas	Análisis
<p><u>Terapia Ocupacional en UCE</u></p> <p>Comprendido como las oportunidades acción de la Terapia Ocupacional en un contexto institucional de UCE.</p>	<p>5.1. Actividades terapéuticas</p> <p>Toda acción propia o no de la práctica dirigida por el/la Terapeuta Ocupacional del establecimiento.</p>	<p><i>-E1: “La segunda vez que yo estuve, hacían collares y cosas así; y si se querían pintar tenía que estar el TO presente”.</i></p> <p><i>-E3: “No se podía ocupar ningún material, sin que él no estuviera”.</i></p> <p><i>-E4: “Entonces no...No había terapia”</i></p> <p><i>-E5: “Es que cada terapeuta ocupacional se preocupaba de buscar algo que a la persona le</i></p>	<p>Desde la narración de las personas, impresiona que el TO se presenta como una figura de control y de seguridad, al cuidado de la integridad de las personas al momento de la utilización de materiales, pero no se aprecia la figura del TO como un participante más de la actividad, sino ajeno a ésta.</p> <p>Lo cual, a su vez no permite visualizar el rol de TO durante la estadía de usuarios y usuarias del servicio, donde derechamente se menciona que “no hay terapia”, porque las actividades cotidianas y</p>

		<p><i>interesara o algo que a la persona pudiera hacer porque hay gente con menos motricidad, otras personas que a lo mejor tienen más problemas con las manualidades otras personas con mayor nivel de ansiedad.</i></p> <p><i>-E5: "Por lo menos en UCE, había un día que obligatoriamente se hacía una asamblea, donde (...) el TO era el que estaba a cargo de la asamblea donde se preguntaba cómo iba la mejora, qué planeábamos hacer, cuánto nos quedaba de tiempo, si nos habían dicho".</i></p>	<p>aquellas que son realizadas por el TO no son significativas para ellas y tampoco son replicadas en otros contextos como actividades que contribuya en diferentes aspectos: salud, bienestar, económico, etc.</p> <p>Las opiniones contribuyen en la práctica de la TO, ya que desde la voz de los usuarios/as podemos conocer cuán beneficioso es nuestra práctica en diversos contextos y personas. Sin embargo no basta con solo pedir la opinión y si no se explican ajenos a ellas y solo los profesionales con quienes pueden tomar parte de ellas, generándose, además, relaciones verticalizadas donde las personas acatan y participan de aquellas actividades originadas por un profesional.</p>
<p>5.2. Posibilidades de acción: acogedoramente alejado</p> <p>Espacios físicos y recursos humanos destinados a la práctica propia de la/el Terapeuta Ocupacional de acuerdo con el contexto institucional. El título fue determinado de acuerdo a la propia descripción realizada por las usuarias</p>	<p>M: ¿No tenían el espacio para hablar con él?</p> <p><i>-E4: No.</i></p> <p><i>-E3: Uno lo llamaba para decirle algo y él decía: Espéreme, voy y vuelvo. Y nunca volvía."</i></p> <p><i>-E1: "Es que no tenía tiempo, no era porque él no quisiera: tenía que recibir, llamar a la gente que ingresaba, cuando llegaba los tenía que</i></p>	<p>M: ¿No tenían el espacio para hablar con él?</p> <p><i>-E4: No.</i></p> <p><i>-E3: Uno lo llamaba para decirle algo y él decía: Espéreme, voy y vuelvo. Y nunca volvía."</i></p> <p><i>-E1: "Es que no tenía tiempo, no era porque él no quisiera: tenía que recibir, llamar a la gente que ingresaba, cuando llegaba los tenía que</i></p>	<p>Dado por la narrativa de las personas, la falta de recursos humanos y espaciales limitan las posibilidades de acción del TO para usuarios y usuarias que ya han ingresado al servicio en UCE, dado por la alta demanda laboral que le exige la institución.</p> <p>Esto nos permite reflexionar sobre los recursos gubernamentales y la falta de Políticas Públicas destinados</p>

	<p>de la relación que se mantiene con el Terapeuta Ocupacional de la institución.</p>	<p><i>recibir y hacer los ingresos, y cuando llegaba la gente, tenía que recibirlos, explicarles y todo eso. Entonces las personas le quitaban tiempo que era nuestro, pero era parte de su pega. Esas horas las tenía ocupadas para recibir ingresos”.</i></p> <p>M: Y el lugar donde hacían las reuniones, las reuniones con el TO: ¿Cómo era el lugar físico?</p> <p><i>E2, E3: En el comedor.</i></p> <p>M: ¿Y les parecía adecuado ese lugar?</p> <p><i>-E1: No, porque estaba todo sucio</i></p> <p>M: ¿Quizá había mucho movimiento?</p> <p><i>-E4: Sí, porque es la entrada y salida al patio.</i></p> <p><i>-E1: El que quería participaba.</i></p> <p><i>-E3: Nos abría la puerta a cada rato, como cada 10 min.</i></p> <p>M: ¿Cómo era ese espacio terapéutico?</p> <p><i>-E3: Pura bulla.</i></p> <p><i>-E1: “Entraban y salían. No era tranquilo”.</i></p> <p><i>-E3: “Los que no participaban se dedicaban a meter bulla, prendían la tele. No era como para</i></p>	<p>a SM que garanticen una atención de calidad para las personas usuarias del servicio, dado a que si no se cuenta con recursos necesarios, tanto a nivel económico, personas y espacios, se limita la atención eficiente y óptima para las personas que necesitan de estos servicios. Si bien no se busca que las personas reingresen a estos servicios, pero al contar con los recursos humanos y espacios, facilitaría una estadía más amena y significativa para las personas.</p>
--	---	---	--

		<p><i>estar ahí.</i></p> <p><i>-E5: “Justamente el terapeuta ocupacional era el más buena onda, que partía a la cocina y llegaba como a las 11.00 de la mañana cuando ya iba a llegar el almuerzo con el pan con mermelada...”</i></p> <p><i>-E5: “Muchas veces cuando yo le proponía cosas nuevas, podríamos hacer esto y él me decía: “Es que aquí no se puede porque no hay recursos, aquí no hay de esto” y yo decía: Ah! Pucha qué mala; o yo le decía podríamos hacer tal cosa y él decía: “es que no porque tendríamos que tener tal cosa o tener más personas cuidando por el tema de los cordeles” Porque no todos tenemos los mismos problemas dentro”.</i></p>	
	<p>5.3. Sugerencias para la práctica</p> <p>Toda opinión y aporte desde la voz de usuarios y usuarias del servicio, orientadas a contribuir con la práctica de la Terapia Ocupacional en contextos de UCE.</p>	<p><i>-E1: “Yo pienso que esto debería ser como Alcohólicos Anónimos, en qué sentido, en que cada enfermo debería apoyar a otro enfermo y vigilarte y conversar. Porque no hay nadie más que hable tu idioma que alguien que ha</i></p>	<p>Desde la propuesta planteada, se observa que la idea de Alcohólicos Anónimos no está expuesta desde el estigma de las personas que participan de estas agrupaciones, sino desde la consideración de las metodologías y estrategias</p>

		<p><i>pasado por lo mismo. Nadie es capaz de entender lo que significa cuando uno queda como zombi y vay' y te tomaí' algo o te hací' daño o esto o esto otro. Nadie lo entiende más que otra persona que haya pasado por lo mismo. Entonces yo pienso que de repente sería bueno el cómo hacerse, apadrinarse, pero que cada uno tenga un padrino. Es decir, yo soy padrino tuyo pero que a la vez yo tengo un padrino y tú tienes un ahijado. Entonces eso yo pienso que podría funcionar de repente, por que como ella es... sola. Con quién va a conversar sus dramas cuando los tenga, así un teléfono o algo".</i></p> <p><i>-E5: "Porque es un trabajo súper esforzado, súper lindo y encuentro que, en mi caso insisto, es como el 70% de la terapia".</i></p>	<p>utilizadas en estos grupos, que pueden ser reproducidas en las personas que presentan situaciones de salud en SM. Por otra parte, se hace presente la palabra "enfermo" como auto-estigmatización para definirse como sujetos que están en una situación de salud compleja. Lo que no está exento de una construcción social donde se denomina así a una persona que carece de buena salud y que se hace parte de la cotidianidad, hasta el punto de naturalizar estos términos, donde los sujetos pasan a ser enfermos y la enfermedad pasa a ser su identidad.</p> <p>Así mismo, se comprende desde la narración de las personas la necesidad de comprensión desde sus propias vivencias significativas y que no solamente se encasillan en lo que una persona haya vivido, sino cómo se ha generado esta comprensión de experiencias compartidas, valorando la socio-historicidad de cada uno/una como protagonistas de estas vivencias y no como alguien ajeno a ellas.</p> <p>Esto también nos habla y permite cuestionarnos: ¿Cuán preparados estamos como TOs para afrontar e</p>
--	--	--	---

			<p>intervenir en estas realidades diversas, sin haber vivenciado ni un poco aquellas experiencias?</p>
		<p><i>-E1: "Yo creo que... que hacer cosas realmente de terapia..."</i></p> <p><i>-E4: Hacer cosas que a todas nos puedan servir."</i></p> <p><i>-E1: "Yo lo que haría es darle el rol de TO al joven y quitarle los otros roles que le están dando que no corresponden, para que él pueda organizar y hacer actividades y cosas y cosas súper lindas. Darle el espacio al TO para que realiza la actividad, porque siento que si uno está con algún problema mental en ese minuto, lo que menos necesita es estar pensando en ese problema, porque te persigue, te persigue".</i></p> <p><i>-E2: "Yo haría como sale en la pizarra ahí, ponen una pizarra: ponen la hora del TO, lo que van a hacer, se ve hermoso, pero nunca se cumple."</i></p>	<p>Dado por el relato de las personas, impresiona que la Terapia Ocupacional no estuviera presente dentro de la UCE, donde no está presente el vínculo entre TO y usuarios/as, dado por los escasos espacios que posibilita, tanto la institución como el propio TO, para desempeñar su rol de TO, el cual no es visible para los/las usuarios/as del servicio, tanto a nivel grupal como individual.</p>

Anexo 5: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO DE DISCUSIÓN

Las investigadoras suscritas Ninoska Andrea Bustos Ramírez RUT 18.906.642-2, Francisca Javiera Carreño Rodríguez RUT 18.861.613-5, Loreto Andrea Herrera Mercado RUT 19.065.890-2, Naomi Tania Martínez Dujovne RUT 18.933.937-2, estudiantes de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional Andrés Bello le invitan a participar de un estudio que busca conocer los significados que las y los usuarios/as le otorgan a la vida cotidiana y a las ocupaciones desarrolladas durante la estadía en una Unidad de Corta Estadía.

Este estudio es realizado en el marco de la Investigación de seminario para optar al título de Terapeuta Ocupacional.

Usted ha sido invitado(a) a participar de este grupo de discusión porque su opinión es importante para clarificar algunos temas que son de interés para esta investigación.

Si acepta participar, estará contribuyendo a nuevos conocimientos sobre las intervenciones en programas de Corta Estadía desde la Terapia Ocupacional.

Este grupo de discusión durará 120 minutos aproximadamente y será grabado con el fin de facilitar el registro de la información. Sin embargo, su nombre no será revelado ni utilizado para esta investigación, ya que los nombres serán reemplazados por códigos que asegurarán el anonimato de los participantes. Así mismo, el equipo de investigación se compromete a no entregar ninguna información sobre su identidad.

La información surgida de este grupo de discusión será utilizada solo para este estudio, y en caso de requerirse nuevamente para otros fines, se solicitará autorización a los participantes y al comité de ética correspondiente. Además, los audios de estas entrevistas serán debidamente guardados y eliminados luego de un período de 2 años una vez finalizado este estudio.

Usted puede decidir no colaborar en este estudio, o retirarse en cualquier momento de la discusión, sin que ello tenga consecuencias para usted.

Su participación es voluntaria, por lo que no se le pagará por su colaboración en este estudio. En caso de ser de su interés, nos comprometemos a entregarle la devolución de la investigación con los resultados una vez finalizada.

DATOS DE CONTACTO

Si tiene dudas, se puede contactar con Naomi Martínez Dujovne, integrante del equipo de investigación al teléfono 988089481 o al email naoms23@gmail.com o Mónica Leiva Díaz, terapeuta ocupacional y guía responsable de esta investigación al teléfono 991391595 o al email mdiaz@unab.cl

Para participar de este grupo de discusión, es necesario que usted confirme que ha leído y/o comprendido este documento, firmando su aceptación en el siguiente certificado.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado(a) a participar del estudio **Posibilidades de una Terapia Ocupacional con Perspectiva Social en contextos institucionales: significados atribuidos por las personas respecto de su vida cotidiana y ocupaciones durante su estadía en Unidades de Corta Estadía.**

He sido informado(a) sobre la investigación y del grupo de discusión al que he sido invitado(a) a participar. Entiendo completamente la información que me ha sido proporcionada y he podido hacer preguntas, las que han sido contestadas de forma satisfactoria.

Acepto voluntariamente a ser entrevistado(a) para este estudio. Entiendo que tengo derecho a retirarme de la discusión en cualquier momento y que esto no tendrá consecuencias para mí.

Nombre del (la) voluntario(a)

Fecha

Firma

Nombre del (la) investigador(a)

Fecha

Firma