

Salud Mental y Trabajo: tensiones dentro de un taller de inclusión socio-laboral en el Hospital Borda.

Virginia Lobato y Julieta Pairola.

Cita:

Virginia Lobato y Julieta Pairola (2019). *Salud Mental y Trabajo: tensiones dentro de un taller de inclusión socio-laboral en el Hospital Borda. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/432>

Salud Mental y Trabajo: tensiones dentro de un taller de inclusión socio-laboral en el Hospital Borda.

Autorxs.

Lobato, Virginia	virgilobato@gmail.com
Pairola, Julieta	julietapairola@gmail.com
Pereyra, Gonzalo	lic.gonzalo.martín.pereyra@gmail.com
Poroyán, Melina	meliporoyan@gmail.com

Eje 4: Poder, conflicto, cambio social

Mesa 79: Las ciencias sociales ante las problemáticas de la Salud Mental en la Argentina. Alcances y desafíos para la formación en Sociología.

Pertenencia Institucional: Proyecto 17- Hospital Borda

Resumen.

La propuesta del siguiente trabajo consiste en reflexionar acerca de los dispositivos de inclusión socio-laboral en los servicios de internaciones prolongadas en hospitales neuropsiquiátricos. Para esto, se retoma la experiencia de Proyecto 17: un taller que funciona con dicho objetivo en el Hospital Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se reflexionará en torno a los objetivos de este taller y su alcance en función del contexto socioeconómico actual y las políticas públicas vigentes, poniendo en tensión el entrecruzamiento de los paradigmas en salud mental que rigen dentro y fuera de la institución. Además, teniendo en cuenta las implicancias, tanto institucionales como sociales en relación al concepto de trabajo y mercado, se analizarán las diferentes tensiones que surgen de este entrecruzamiento de paradigmas en el campo de la salud mental y en relación a lxs usuarixs de los servicios de salud. Por último, se examinarán las tensiones que surgen al interior del taller mencionado y los efectos que generan, teniendo como marco de referencia la vigente Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

Palabras claves: inclusión socio-laboral, salud mental, trabajo cooperativo.

Introducción

Dentro del Hospital Borda son múltiples las organizaciones que allí se encuentran: cooperativas de trabajo, gastronómicas, talleres de arte, expresión corporal, entre muchas más. Este trabajo se propone analizar la experiencia de “Proyecto 17”, un taller de inclusión socio-laboral que funciona desde hace tres años en un servicio de internación prolongada de este Hospital. Dicho dispositivo promueve lazos de cooperación en base al trabajo colectivo, se centra en la producción de artesanías (cuadernos, llaveros y banderines), para luego ser vendidos en diferentes puntos estratégicos cerca del Hospital, principalmente las ventas se realizan en la Facultad de Psicología (U.B.A). Y por último, se reparten las ganancias entre quienes participaron del taller.

Para analizar esta experiencia en primera instancia se realiza una breve caracterización acerca del contexto actual y las disputas en torno a las diferentes concepciones y prácticas en relación a la salud mental. Particularmente se retoman discusiones en torno al trabajo, para luego, a partir de todo esto, analizar la experiencia concreta del taller mencionado, eje central del presente trabajo.

Proyecto 17: una organización con horizonte cooperativo

Proyecto 17 es una organización que surge en el año 2016 conformada por estudiantes y graduados de disciplinas afines a la salud mental (psicología, trabajo social, musicoterapia, acompañamiento terapéutico, entre otras). Se lleva a cabo un taller semanal en un servicio de internaciones prolongadas del Hospital Borda que trabaja sobre procesos de resubjetivación frente a la cronificación producto de la lógica manicomial. Dicho taller se define como “una experiencia de integración laboral para usuarios del Hospital Borda” (Pereyra, Poroyan, Rivero, 2017, p. 1). Para esto se desarrolla la producción de artesanías (cuadernos, llaveros, banderines) y posterior venta de las mismas usualmente en la Facultad de Psicología UBA.

En el momento de la producción de artesanías se apunta al despliegue del potencial creativo de los usuarios, al encuentro, la circulación de la palabra y la recuperación de aptitudes (motricidad fina y gruesa). Estas potencialidades han sido deterioradas producto del largo período de encierro y las lógicas desubjetivantes propias de la institución psiquiátrica.

Por otro lado, en el espacio de la venta se promueve que los usuarios salgan del Hospital y ocupen una posición subjetiva diferente, el de ser artesanos y vendedores. A su vez el objetivo de realizar la venta en la Facultad de Psicología apunta a la necesidad de cuestionar y deconstruir el

imaginario social instalado en torno a la locura entre los estudiantes de la dicha Facultad. Así como también la necesidad de visibilizar en la comunidad las barreras sociales para la inclusión de las personas con padecimientos subjetivos.

Como se mencionó anteriormente, el taller se lleva a cabo en un servicio del Hospital Borda, en donde semanalmente se realizan reuniones equipo. Allí se trabaja sobre el funcionamiento de los talleres terapéuticos y los emergentes de la semana. Se coordinan acciones entre terapeutas, talleristas y acompañantes terapéuticos. También se retoma lo que se discute en la Asamblea de Usuarixs del Servicio. Asimismo se realizan ocasionalmente instancias de formación o socialización en forma de ateneos a partir de las problemáticas que surgen.

Salud mental: concepciones en disputa

Las concepciones que existen en torno a la salud son construcciones socio históricas y culturales que han variado a lo largo de la historia, vinculado a avances científicos, creencias culturales, religiosas, intereses médicos, farmacéuticos, entre muchos otros. Se presentan concepciones diversas y amplias, por lo que se considera necesaria una delimitación de paradigmas y conceptos que se entienden nodales para el presente trabajo.

Respecto del campo de la salud mental, la asistencia psiquiátrica sigue ocupando un rol protagónico en lo que refiere al abordaje del padecimiento subjetivo. Por un lado, el modelo manicomial mantiene su vigencia priorizando este tipo de asistencia individual basada en tratamientos psicofarmacológicos y de internaciones por sobre otras modalidades terapéuticas (Ferreya, Medrano, Pairola, 2016). Dicho modelo se fundamenta en los supuestos del modelo médico hegemónico que en palabras de Menéndez (1988) establece un conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta hoy predominantes en la sociedad, llegando a identificarse como la única manera de entender y atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por las políticas estatales implementadas en relación a la salud. Este modelo genera una subordinación de otros saberes posibilitando instrumentalizar una práctica en salud caracterizada como biologicista, positivista, mercantilista, ahistórica y asocial (Madrid, 2011).

La práctica del encierro ha tenido históricamente como principal objetivo generar la normativización social a partir de la delimitación de lo normal/anormal, ejerciendo violencia institucional a través del castigo, el disciplinamiento y la pérdida de lazos sociales, haciendo de los sujetos objetos institucionalizados. Estas prácticas vulneran los derechos de lxs sujetxs, y a través

de la segregación restringen la posibilidad de espacios de encuentro e inclusión (Informe Mirar Tras los Muros en Ferreyra, Medrano y Pairola, 2017).

Por otro lado, en oposición a este paradigma, podría mencionarse el modelo de la salud colectiva latinoamericana o la medicina social (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012), que concibe la salud de una forma compleja, determinada por múltiples factores, lo que promueve un abordaje interdisciplinario. En este sentido en Argentina se encuentra vigente la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, que retomando estos lineamientos en su artículo N°3 establece que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental 26657, artículo 3, 2010).

Este marco normativo apunta a romper la lógica manicomial propia del modelo médico hegemónico, promoviendo la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, es decir, entiende a las personas como sujetos de derechos abogando por el resguardo o restitución del ejercicio de los mismos. En otras palabras “como respuesta alternativa desde una lógica desmanicomializante se apunta al reemplazo del modelo de asistencia de base manicomial por un modelo integral de base comunitaria de promoción, prevención y asistencia a través del desarrollo de servicios alternativos y de la reestructuración de los servicios de salud” (Ferreyra, Medrano, Pairola, 2016, p.21).

Sin embargo, actualmente Argentina, así como otros países de la región, se encuentra bajo el mandato de un gobierno neoliberal. Muchos autores denominan a dicha etapa como el neoliberalismo tardío. Siguiendo a Bernazza Claudia (2016), el objetivo de este tipo de gobiernos es la reducción de la acción estatal a la utilización de tecnologías de administración, negando las relaciones de poder que allí se ponen en juego. De esta manera, lo que se propone es un Estado sin historia, donde se busca constantemente despolitizar la política, convirtiendo al Estado en un agente de gestión y administración

Lo mencionado anteriormente atraviesa todos los espacios de la vida cotidiana de lxs sujetxs, y las instituciones de Salud Mental no son la excepción. Claro es el ejemplo sobre el degradamiento del Ministerio Nacional de Salud a Secretaría, que en la actualidad depende del Ministerio Nacional de Desarrollo Social. Dicho proceso atenta contra la protección integral que debe proveer el Estado a lxs ciudadanxs, reduciendo la capacidad de acción y de recursos. Esta situación atraviesa directamente la realidad del Hospital Borda donde los dispositivos de asistencia han sido reducidos y muchas pensiones por discapacidad están suspendidas. Dichos ajustes dan

cuenta del objetivo del neoliberalismo tardío, que busca burocratizar los procesos dejando afuera a lxs sujetxs que se consideran “inútiles socialmente” (Castel, 1997).

Paradójicamente, esto contradice lo que la Ley Nacional de Salud Mental establece. En base a un paradigma socio-comunitario, la mencionada legislación exige y regula un rol activo del Estado, donde se estipula la inversión en dispositivos alternativos al hospital monovalente, promocionando las acciones terapéuticas que menos restrinjan las libertades de lxs sujetxs (Ley Nacional de Salud Mental 26657, artículo 7, 2010).

Dispositivos de inclusión sociolaboral

En lo que respecta a la inclusión laboral de las personas con padecimiento subjetivo la legislación vigente establece en los Artículos 11¹ y 36² que deben promoverse y generarse dispositivos y planes específicos a tal fin. Frente a esto, surge el interrogante de cómo y en qué sentido pensar la inclusión.

En la sociedad occidental actual que se rige bajo las lógicas del capitalismo se entiende al trabajo como parte del mercado, donde el principal objetivo es la acumulación del capital. Ante esta realidad, se retoma la pregunta de Quinet (2016) “¿Cómo propiciar la inclusión (...) en el campo social sin tratar de adaptarlo a un sistema que impone que todos marchen al mismo paso según el silbato del capital?” (p. 58)

En este contexto el trabajo productivo se instituye socialmente como la principal vía de acceso a la independencia y a la ciudadanía y quienes no logran cumplir con los estándares de productividad y autonomía funcional que se exige son excluidxs (Guzmán, Platero, 2012). Lxs autorxs expresan “En una sociedad como la nuestra, los límites siempre están ligados a asimilarnos al aspecto y funcionamiento de una mayoría legitimada donde cualquier ruptura causa extrañeza, más aún cuando se mide bajo parámetros y estándares que están claramente definidos desde disciplinas como la ciencia y que tienen un impacto sobre cómo se construye la ciudadanía en términos de derechos civiles” (Guzmán, Platero, 2012, p. 13).

Por su parte Wolbring y Guzmán (en Toboso Martín, 2017) plantean que los juicios de valor que se realizan sobre las capacidades de lxs sujetxs señalan e inscriben a ciertos cuerpos como

¹ Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Capítulo 5. Artículo 11.

² Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Capítulo 9. Artículo 36.

deficientes e inadecuados, en relación a lo que corresponde al orden de la normalidad que responde a los intereses de los sectores dominantes. Asimismo estos discursos y representaciones y sus efectos excluyentes se encuentran naturalizados socialmente no siendo percibidos ni cuestionados.

Frente a esto el desafío consiste en promover formas de participación y de trabajo que modifiquen estas lógicas capitalistas instaladas. En este sentido se retoma lo que se pregunta Muscillo (2012): “¿El intento -muchas veces muy esforzado- de avanzar en una dirección, en medio de un contexto que va tan claramente en sentido contrario, es una forma de gastar esfuerzos en remar inútilmente contra la corriente?.” (p. 1).

Taller cooperativo

Teniendo en cuenta las complejidades anteriormente mencionadas desde Proyecto 17 se propone una forma de trabajo donde el objetivo principal no es la acumulación de capital y la obtención de dinero, sino llevar a cabo otras lógicas de producción y trabajo.

El taller se lleva a cabo con usuarixs de un servicio de salud del Hospital Borda quienes se encuentran internados hace alrededor de veinte años o más. Esta realidad produce una subjetividad específica que se ve afectada ya no solo por el padecimiento subjetivo, sino, además, por la exclusión de la sociedad y las consecuencias propias de la institucionalización. Por lo tanto, la propuesta del taller apunta a la inclusión teniendo en cuenta la externación como un horizonte posible, construyendo colectivamente espacios habitables para todxs en tanto sujetxs de derechos.

En ese sentido, en lo que refiere al ámbito laboral, resulta interesante retomar algunas de las características propias de las cooperativas de trabajo para la construcción de un particular modo de ser y estar en el mercado y en la comunidad.

Al respecto, Muscillo (2012) afirma: “Es paradójica la situación: pelear la inclusión desde el mercado: el ámbito donde la exclusión es más contundente, efectiva y brutal. Pero creo que no nos queda otra alternativa: hacemos cooperativas porque el mercado es hoy un ámbito principalísimo de intercambio social; hacemos cooperativas porque el trabajo es quizás el principal elemento de asignación de status social.” (p.6).

Desde Proyecto 17, se considera que cada sujetx aporta desde su singularidad y sus posibilidades tanto físicas como subjetivas. Se entiende que la modalidad de trabajo autogestiva y cooperativa permite ser respetuosa de los tiempos de cada unx y puede ser una forma de organización posible a la hora de pensar la inserción laboral.

En este caso, respecto de los procesos de **tomas de decisiones** que se realizan en el taller, lxs talleristas llevan propuestas para que posteriormente lxs usuarixs elijan. Las mismas intentan adecuarse a sus necesidades, deseos y posibilidades concretas, si bien en momentos es indispensable que lxs talleristas lleven una propuesta más armada y se muestren más directivxs a fin de encauzar determinadas actividades.

Durante el transcurso del taller el **clima laboral** se caracteriza por una amplia diversidad de situaciones que conviven en un mismo espacio. Por ejemplo algunxs usuarixs realizan tareas de forma autónoma mientras que otrxs precisan de mayor asistencia. A su vez, algunas tareas (organización del calendario y el registro de las ventas) están asignadas previamente y son llevadas a cabo por algunxs usuarixs que han asumido estas tareas como parte de su rol en el taller. Mientras que dentro de la producción de las artesanías, hay diferentes tareas para llegar al producto final y cada unx elige la que prefiere y puede realizar en el momento.

Por otra parte, los criterios en torno al **cobro del trabajo** se fueron modificando a lo largo de los años. Inicialmente se destinaban de las ventas 50% para nuevos materiales y otros 50% para lxs usuarixs. Eso se presentó luego como un desafío al pensar la forma más justa para dividir esa ganancia, ya que algunxs salían a vender y participaban en el taller de producción y la organización activa de ambos momentos, mientras que otrxs sólo participaban del taller de producción con necesidad de mayor asistencia y algunos otrxs sólo asistían.

Frente al debate acerca de la distribución del dinero, se acordó en conjunto con lxs usuarixs que “todxs deben cobrar”. Esta idea fue propuesta por unx de ellxs que participa en todos los momentos (Producción, Venta y Organización). Aquí se puede observar cómo la lógica solidaria supera al mercado y a la meritocracia. A partir de esto fue necesario reducir lo reservado para materiales a $\frac{1}{3}$ de las ganancias y distribuir los $\frac{2}{3}$ restantes. Abriendo la posibilidad a otras formas de obtener materiales como a través de donaciones y rifas.

Entonces, en función de la decisión de lxs usuarixs, como talleristas y de acuerdo a uno de los objetivos del taller que refiere a fomentar las salidas del Hospital, se resolvió que en la distribución de las ganancias de la siguiente manera: quienes participan sólo de una de las instancias (producción o venta) recibe un monto; quienes vendan y produzcan reciben el doble; y quienes participan compartiendo el espacio reciben la mitad de los anteriores. Esta decisión requirió de un amplio debate en torno a la encrucijada entre los parámetros conocidos acerca de la distribución de las tareas, el sentido de la productividad y la importancia de poder reconocer y alojar a cada unx desde sus posibilidades y sus diferencias subjetivas, sumadas a los efectos propios de la institucionalización, encierro y medicación en sus cuerpos.

El hecho de que todxs reciban dinero remite a que se valora la participación de todxs lxs usuarixs que transitan el taller. Que reciban una retribución monetaria, además, apunta al objetivo principal de Proyecto 17 y refiere a la posibilidad de generar una alternativa económica para lxs usuarixs y reconocer que el tiempo que ocupan allí es valioso. A su vez, implica reconocer que, por lo general, la realidad material económica de todxs lxs usuarixs es compleja y, en algunos casos, sin acceso a generar sus propias fuentes de dinero aparte de las pensiones o subsidios que reciben, por lo que se vuelve necesario la búsqueda de un ingreso alternativo.

Otro eje en discusión remite al **lugar donde se realizan las ventas**. En un comienzo se vendía en el Hall del Hospital como realizan habitualmente algunos otros talleres. Esto resultó poco productivo ya que era escaso el material que se lo que se lograba vender. A su vez, se consideró que realizar las ventas allí no coincidía con el objetivo del taller, ya que se permanecía dentro del Hospital, continuando con la reproducción de cierto lugar de pasividad, en contraposición a los supuestos de la desmanicomialización. Frente a esto se decidió vender por fuera, lo que implicó la autorización por parte del Servicio.

Con el paso del tiempo se evidenciaron en lxs usuarixs ciertos logros terapéuticos, como por ejemplo la mejora en las habilidades sociales, la disminución de temores, el fortalecimiento de la autonomía en la vía pública, dando la posibilidad de disfrutar la salida y de posibilitar un rol diferente, el de vendedxr/artesanx.

Las sucesivas salidas del Hospital modifican las rutinas y dinámicas propias de la internación. Esto generó algunas situaciones problemáticas como por ejemplo que a lxs usuarixs que salían a vender no se les garantizaba el almuerzo o ciertas desprolijidades y dificultades burocráticas en torno a la emisión de los permisos de salida. Aquí se ponen en evidencia las resistencias institucionales y la fuerza del encierro frente a aquello que se presenta como disruptivo en relación a la cotidianeidad y a la salida hacia la comunidad. Estas situaciones vulneran los derechos de lxs usuarixs por lo que resulta necesario visibilizar y trabajar constantemente sobre estas resistencias en pos de garantizar el ejercicio de los mismos.

Otro punto en tensión remite a **la participación de otrxs usuarios que no son del servicio**. En reiteradas oportunidades, éstxs han consultado y manifestado su deseo de participar en el taller. A partir de esta demanda y tras consultarlo al equipo profesional del servicio, fue rechazada la propuesta justificando que el espacio que se utiliza para la producción es parte de dicho servicio. Esto manifiesta una característica propia de las trabas burocráticas, donde no solo se evidencian obstáculos a la hora de la venta y de la salida del Hospital, sino también, cierta resistencia intrahospitalaria en cuanto a la inclusión de otrxs usuarixs.

Conclusión

A lo largo del trabajo se ha puesto en evidencia las limitaciones y desafíos que se presentan en relación a la inclusión laboral de las personas con padecimiento subjetivo. El presente contexto neoliberal exige mayor participación en el mercado para poder incluirse plenamente. En dicho contexto de ajuste económico que golpea fuertemente a lxs trabajadorxs en general, la posibilidad de un salario digno se vuelve cada vez más lejana. Asimismo la falta de políticas públicas dirigidas a lxs usuarixs de servicios de salud mental con diversos tipos de padecimientos subjetivos, emocionales y sociales son un obstáculo grave para la inserción en la sociedad.

Dicha sociedad actual se rige a partir un modelo de producción capitalista donde todas las relaciones se encuentran atravesadas por una lógica mercantilista. En este sentido, el sistema excluye a aquellos sujetos que no puedan “adaptarse” a las necesidades del mercado y quienes no cumplan con los parámetros de “normalidad” establecidos quedan fuera.

Frente a esto y específicamente en lo relacionado al mundo laboral se vuelve urgente cuestionar aquello instituido poniendo en marcha alternativas. En este caso se presenta a las cooperativas de trabajo como una posibilidad para promover el trabajo y la salud mental como así también posibilitar la inclusión en la comunidad. El trabajo cooperativo, horizontal y autogestivo permitiría alojar las diversidades corporales y subjetivas sin intentar homogeneizarlas, dejando así de reproducir las lógicas hegemónicas de trabajo impuestas por el sistema socioeconómico capitalista.

Bibliografía.

-
Bernazza, C (2016) Bienvenidos al pasado. En Revista Perspectivas de Políticas Públicas. Vol.6, N°11:23-37

Castel, R. (1997) La metamorfosis de la cuestión Social. Una crónica del salariado, Ed. Paidós, “Prólogo”.

Ferreya, J; Medrano, D y Pairola, J (2017). Los tratamientos psicofarmacológicos en la construcción de la subjetividad de lxs usuarixs que participan en “Confluir, Usuarixs en Acción por el Derecho a la Salud Mental”, desde una mirada de la Sociología del cuerpo y las emociones. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Guzmán, P y Platero, R (L) (2012): Passing, enmascaramiento y estrategias identitarias: diversidades funcionales y sexualidades no-normativas. En Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada, Raquel (Lucas) Platero (Ed.). Barcelona: Bellaterra.

Recuperado de:

<http://digital.csic.es/bitstream/10261/78447/1/PASSING%20ENMASCARAMIENTO%20Y%20E%20STRATEGIAS%20IDENTITARIAS.pdf>

Madrid, L. B. (2011). Realizando diagnósticos diferenciales de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. KAIROS. Revista de Temas Sociales. 28.

Recuperado de:

<http://www.revistakairos.org>

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia en la Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Jornada llevada a cabo en Buenos Aires, Argentina.

Recuperado de:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2013). Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental.

Publicada en Boletín Oficial Nacional, Decreto N° 603/2013, 28 de mayo de 2013. Argentina

Muscillo, M (2012) “Empresas sociales: la lucha por los derechos en el escabroso terreno del mercado”. Ponencia del Seminario del CELS. Recuperado de: <https://salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/index.php/salud-mental>

Pereyra, G. Poroyan, M. Rivero, V. (2017) “Proyecto 17: una experiencia de integración laboral para usuarios del Hospital Borda, realizada por estudiantes universitarios”. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. ISSN 1667-6750.

Quinet, A (2016) Forclusión y fuera-de-discurso En Psicosis y lazo social. Buenos Aires, Letra Viva

Stolkner, A. y Ardila Gómez, S (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. En Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría.

Toboso Martín, M (2017). “Capacitismo”, en R. Lucas Platero, María Rosón y Esther Ortega (eds.): Barbarismos queer y otras esdrújulas. Barcelona. Ed. Bellaterra. 2017. Páginas 73-81.