

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL



**“Las almas repudian todo encierro”:
las mujeres saliendo a la comunidad.**

Año 2020

Autoras: María Florencia Díaz, Stefania Dotta, Angela Minardi.

Profesor de Seminario de Intervención Pre-Profesional: Exequiel Torres.

Profesora de Seminario de Redacción de Tesina: Inés Torcigliani.

Orientadora Temática y Referente Institucional: Cecilia Gallici.

Dedicatoria

Dedicado principalmente a las mujeres de la Casa de Medio Camino, quienes nos abrieron las puertas de su vida para trabajar juntas y además compartir momentos de encuentros fuera y dentro del espacio.

A sus coordinadoras, quienes fueron las que lucharon por implementar este dispositivo en la provincia de Córdoba, y quienes trabajan con mucha entrega y energía para promover y expandir estas experiencias; por su compromiso y responsabilidad frente al desafío de llevar a cabo estas nuevas propuestas desmanicomializadoras.

También a todos aquellos profesionales que se involucran y apuestan a sostener estas políticas inclusivas para las personas con padecimiento subjetivo luchando por sus derechos; y por romper con el paradigma que las deshumanizó históricamente.

Agradecimientos

Queremos agradecer en primer lugar, a las profesionales encargadas de la Casa de Medio camino, Cecilia Gallici y Julieta Pigni, quienes se mostraron desde un primer momento dispuestas a recibirnos, por el tiempo brindado para capacitarnos, haciéndonos sentir muy cómodas a la hora de intervenir, transmitiéndonos sus conocimientos en cada encuentro, abriendo un espacio de intercambio mutuo en que se nos consideró pares, dándonos una gran flexibilidad para generar propuestas de nuestra parte. Además, por su entrega para con el trabajo que llevan a cabo, por su lucha diaria, por abrir caminos y puentes que emancipan.

A Exequiel Torres, por la disposición a la hora de acompañarnos mostrándose siempre dispuesto a ayudarnos en los momentos de desorientación. Por proponer y abrir espacios de problematización, reflexión y evaluación de lo trabajado, porque nos permitió mejorar diferentes aspectos del proceso de la tesina y la escritura.

A las mujeres que habitan el espacio, por abrirnos la puerta de su casa, permitirnos conocerlas, por la confianza a la hora de contarnos sus historias y las situaciones que atravesaban, por las charlas, mates, rondas de música en las que de repente nos encontrábamos todas cantando y compartiendo, por permitirnos acompañarlas y hacernos parte de sus procesos.

Y finalmente a nuestras familias, por estar presentes estos años, por su apoyo incondicional, por la contención en situaciones de caos y el amor que siempre nos brindaron en todo momento.

Resumen

El siguiente escrito es el documento final de la producción de tesina, realizada como condición para obtención del título de grado en la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba.

La intervención pre-profesional que dio origen a este trabajo se desarrolló en el año 2017 en la Casa de Medio Camino, institución que funciona en la calle Balcarce esquina Tomas Oliver en zona céntrica de la ciudad.

“La Casa” de Medio Camino, depende de la Dirección General de Programas de Salud Mental del Ministerio de Salud y forma parte del proyecto de la red de dispositivos alternativos terapéuticos en Salud mental de la provincia de Córdoba. Dicho dispositivo, está enmarcado en la Ley Nacional de Salud Mental 26657 y la Ley Provincial de Salud Mental 9848, constituyéndose como un espacio transitorio, en el que conviven mujeres con padecimiento subjetivo de entre 21 a 50 años aproximadamente, y se ponen en juego diversas estrategias para fortalecer la autonomía y la independencia de las mencionadas, apuntando a lograr la inclusión a diversos espacios de la comunidad, y es aquí en el marco que se inscribe nuestro accionar.

Allí, se trabajan fuertemente puntos como la comunicación, la empatía, la contención para empoderar a las mujeres y se centran en retomar o conformar un proyecto de vida, ubicando a las sujetas como activas, partícipes de su propio proceso de transformación, desde un enfoque de derechos. En cuanto a nuestra intervención, nuestro rol fue acompañar a cada una de las mujeres tanto grupal, como individualmente con el objetivo de lograr ampliar y expandir espacios de participación en la comunidad siguiendo los ejes del dispositivo.

Palabras claves: Salud Mental, Dispositivo Casa de Medio Camino, Inclusión.

Abstract

The following document is the final production of the thesis carried out as a condition towards the attainment of a bachelor's degree in social work from the Faculty of Social Sciences at the National University of Córdoba.

The pre-professional intervention that gave rise to this work was developed in the year 2017 at the institution Half Way House Device, located on Balcarce St. and Pje. Tomas Oliver in the city downtown.

"La Casa", as we will call it going forward, is dependent on the Directorate-General for Mental Health Programs of the Ministry of Health and takes part in the endeavor for a network of alternative mental health treatment systems in the Province of Córdoba.

This system, which is defined in the National Mental Health 26657 and the Provincial Mental Health 9848 laws, is a temporary space in which women of ages 21 to 50 with subjective suffering live together and in which several different strategies are employed to improve their autonomy and independence, aiming to achieve the inclusion of diverse spaces within the community.

In these spaces, skills are developed such as empathy, communication, and stability, centered on resuming or reinforcing a life plan and positioning the patients as active participants in the process of law. In our intervention, each of these issues came into play, and our role was to accompany each woman both as individuals and as a group, with the objective to amplify and expand their participation in the community.

Keywords: Mental Health, Half Way House Device, Inclusion.

Introducción

Comenzaremos por comentar que fueron muchas las áreas que nos resultaron de interés para llevar a cabo la selección del tema de la tesina, pero particularmente llamó nuestra atención el campo de la Salud Mental, ya que es un terreno novedoso en cuanto a que no se presenta demasiado contenido en la formación profesional y no disponemos de herramientas que aborden la problemática. Es un tema poco abordado y al ser un campo en donde el trabajador social interviene nos pareció importante aportar conocimientos al respecto. Por lo que seleccionamos la Casa de Medio Camino.

Al comienzo, durante la inserción a la institución, dado el contexto político de ese momento empezamos a desarrollar nuestras primeras acciones, participando de un momento de lucha clave marcada por demandas en relación a la necesidad de recursos que debía proveer el estado al dispositivo como política pública. Así, comenzamos a leer el escenario general y particular, cómo entran en juego diversos actores, momentos de pujas, lucha, y defensa del dispositivo.

Para comprender cómo funciona el espacio, las problemáticas que se trabajan, y las estrategias que se emplean, partiendo de tener presente que en la actualidad no abunda la información en torno a cómo funcionan los dispositivos de atención alternativa de salud mental, ni de intervenciones específicas en cuanto a la inserción a espacios de laboriosidad de dichos sujetos una vez desinstitucionalizados, autores como Galende (2015), Goffman (1980), Pellegrini (2005), Basaglia (1979), Rotelli (2014), Pautassi (2010), Abramovich (2004), Carballeda (2009), Cohen (2007) y la lectura de la Ley Nacional y Provincial de salud mental, nos permitieron comenzar a introducirnos en la reconstrucción del término de salud mental, las rupturas que se produjeron y los nuevos paradigmas que se fueron constituyendo en torno a ésta.

Así, el siguiente trabajo, comienza con el primer capítulo, en el que desarrollamos el paradigma manicomializador, y paralelamente el de derechos, que comienza a gestarse a partir de nuevas lecturas y leyes que se fueron estableciendo teniendo en cuenta experiencias desmanicomializadoras en otras partes del mundo. Para ello nos remontamos a entender qué concepción de la salud mental y de los sujetos con padecimientos subjetivos predominaron en la historia, y qué respuestas aparecieron para las diversas problemáticas que se visibilizaban. Analizamos rupturas y avances en las maneras de mirar y abordar a las mismas, que tienen como objetivo la inclusión social de los sujetos, tomando referencia modos de intervenir y accionar de Italia, Brasil, en Argentina por ejemplo en San Luis, Río Negro, Buenos Aires y Córdoba.

Luego, en el segundo capítulo, nos centramos particularmente en el dispositivo que se constituyó como experiencia desmanicomializadora en Córdoba, la Casa de Medio Camino. Analizamos cómo surge y su funcionamiento, la importancia del trabajo grupal e individual que allí se realiza y cuestiones que se trabajan como: escuchar las historias de vida de las sujetas, construir y/o retomar proyectos de vida, generar espacios de diálogo, trabajar cuestiones como la autonomía, la articulación con otros actores, entre otras cuestiones.

Nos centramos en dos puntos importantes para entender el trabajo con base en la comunidad que allí se realiza, estos son: interdisciplina y trabajo en red, y los diferentes niveles que existen en relación a esto, destacando los obstáculos que aparecen en la realidad para poder llevarlo a cabo.

Una vez analizada ya la institución en la que nos insertamos para llevar a cabo las prácticas, en el tercer capítulo, caracterizamos a nuestras sujetas de intervención, partiendo principalmente de entender su historia de vida, a partir de la escucha activa, lo que nos permitió tomar tres variables de análisis que se corresponden con áreas problemáticas que

se repiten en la vida de cada una de ellas, estas son: redes familiares-sociales, habilidades sociales, e inserción al mercado laboral.

Dichas variables, nos permitieron ubicar a las sujetas en un contexto social, político y económico, y la importancia de dar respuestas entonces desde un enfoque interdisciplinario que tenga una mirada compleja en la intervención.

Finalmente, en el capítulo cuatro, comentamos nuestro inicio en la inserción a la institución, y nuestras primeras intervenciones. Desarrollamos cuál fue nuestra demanda, cómo construimos nuestro objeto de intervención y las acciones que pensamos y llevamos a cabo cuando pusimos en marcha nuestra estrategia de intervención, que consta de dos momentos: uno, orientada a un trabajo grupal y otra, de manera individual.

CAPÍTULO I

***La salud mental está en los derechos:
un recorrido hacia las conquistas
bisagras.***

***“No acepten lo habitual como cosa natural. Pues en tiempos (...), de
confusión organizada, de arbitrariedad consciente, de humanidad
deshumanizada, nada debe parecer natural, nada debe parecer imposible de
cambiar”.***

Bertolt Brecht.

1.1) Las prácticas disciplinarias: el poder atravesando los cuerpos.

La idea de este capítulo es explicar y hacer un paralelismo entre el paradigma manicomializador y el de derechos, para luego enfocarnos en las experiencias desmanicomializadoras que surgieron en Argentina y se constituyeron como prácticas transformadoras en el área de la salud mental.

Comprender la importancia de estas experiencias es interesante para poder vislumbrar qué aspectos toma en cuenta el dispositivo en el que nos insertamos para realizar las prácticas preprofesionales, es decir la Casa de Medio Camino. Además, daremos cuenta de los modos de ver a los sujetos y las formas de atención en las diferentes instituciones que predominaron a lo largo del tiempo.

En principio, nos enfocaremos en interpretar algunos aspectos que aporta Galende (1998) en cuanto a la perspectiva histórica que fue constituyendo lo que actualmente entendemos como campo de salud mental, y que tiene su origen en el campo de las prácticas médico psiquiátricas, de manera que percibimos la importancia de reconstruir y repasar algunos momentos históricos en los que se fueron instalando y transformando criterios, principios, abordajes, formas de ver a los sujetos asistidos.

Para comenzar, nos remontamos al siglo XVIII, en el que el modo de atención que prevaleció fue el poder médico-hegemónico entendiendo a la psiquiatría como una disciplina reciente desde donde se legitimó políticamente el encierro, para luego comprender cuáles fueron los otros saberes que comenzaron a circular, es decir a ponerse en juego en las intervenciones profesionales y los quiebres que surgieron como transformaciones fundamentales para los derechos de las personas con padecimiento subjetivo.

En base a esta aproximación, y teniendo en cuenta la emergencia de la Modernidad, apoyada en la certeza de la ciencia como fundamento de la razón del hombre, "la locura"

deja de tener una fundamentación mística o religiosa, para insertarse en el campo de la medicina enmarcado en la psiquiatría. Desde aquí la locura es tomada en términos científicos y objetivos como una enfermedad, basándose en que el sujeto ha perdido la razón.

Como señala Galende (1990) el gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con legitimación de la Iglesia, a un tratamiento obligatorio de los "enfermos"; la vida de los asilos se tiñó en sus rituales cotidianos del mito del tratamiento, ya que se está en esos lugares para ello. (...) Si el hospital general era una institución policial-religiosa, el asilo era la gran figura institucional de la psiquiatría” (p. 134)

Durante este período, existieron prácticas que abordaban las problemáticas de la “locura”, término utilizado en ese entonces para referirse a las personas que presentaban formas “raras” de entender o percibir la realidad, y además dificultades para generar articulación con esta. Es así, que, en este siglo durante la Revolución Francesa, comienza a constituirse un sistema de atención que diferencia a quienes eran considerados “enfermos” del resto de la población, y se encuadra en dispositivos de saber y poder. Se crearon también en este período histórico, los Asilos para alienados, rótulo que sirvió para identificar a los “enfermos”, categoría que predominó en dicha época.

En ese entonces, no se denominaba hospitales a los asilos por una razón humanitaria del marco político expresado por la de la Revolución Francesa, la cual se encuentra con el hospital general, como una institución con un gran desprestigio social, representando un lugar terrible donde habían ido a parar los desechos de la monarquía; dando así, lugar a que se le llame asilos tomando el término humanista desde su concepción “dar asilo”.

En este escenario, prima la existencia de un grupo masivo de personas consideradas “desviados sociales”, entre los que se encontraban vagabundos, homosexuales, prostitutas, huérfanos, enfermos mentales, básicamente personas que por distintos motivos, no lograban integrarse a la vida social, económica, productiva, es decir trabajo, familia, y que se encontraban en una marginalidad que requería de algún tipo de solución.

Las respuestas que surgen para recluir a todas esas personas, derivaron en la creación de los Hospitales Generales. Éstos eran instituciones o establecimientos surgidos durante la época monárquica, creadas con gran ayuda de la iglesia, en donde se alojaba a los sujetos contra su voluntad, permaneciendo en situación de encierro. Tal es así que, la persona quedaba anulada en su vida cívica y en sus posibilidades de incidencia en la vida social. De esta manera en el marco de la revolución francesa se le solicita a Pinel la tarea de diferenciar las poblaciones que se encontraban en el Hospital general.

A partir de esto de la mano de Pinel, médico de aquella época, se llevó a cabo el armado de un equipo técnico que pretendía diferenciar a las poblaciones que se hallaban en los hospitales, teniendo en cuenta, por un lado, a los que permanecieron allí debido a que presentaban “trastornos mentales”, y por otro, a los que se encontraban en ese lugar por condenas sociales.

Tras horrorizarse por los maltratos que recibían los alienados, se centró en cambiar la situación, tomando medidas tendientes a lograr tratos más humanitarios hacia las personas. Lo que logra entonces, es construir un “sistema de atención más humanitario”, teniendo en cuenta la época (y el contexto de ese momento en relación al tema que estamos tratando), y provocar que se genere un espacio social para una disciplina de atención de los problemas dentro de los tratos propios de la medicina.

En ese sistema de atención más “humanizado”, lo que describe o implementa Pinel fue el “tratamiento moral”, instaurando así el primer modelo terapéutico en esta área;

porque entiende que esas personas sufren un “trastorno moral” que requerían de este “tratamiento”, consistiendo en exhortaciones políticas morales, porque era de algún modo el llamado a la integración y a la vida social comunitaria en base a valores de tipo “moral”.

En síntesis, juntó lo humanista de estas personas, con el carácter “médico-humanístico de la atención”, es decir que a partir de él se generó un espacio social para una disciplina de atención de estos problemas dentro de los tratos propios de la medicina, lo que marcó el origen de la psiquiatría como campo de atención. Estas nuevas modalidades, fueron transformadoras en ese momento histórico, pero no por eso significa que hayan sido humanizantes, al menos desde nuestra mirada.

A partir de esto quien formaliza lo mencionado anteriormente, es Esquirol que pierde la mirada humanista que predominaba en los médicos de este siglo.

Si bien Pinel, no fue el fundador de lo que se consideraba la medicina mental, sentó las bases de la psiquiatría que retoma Esquirol, su discípulo. Para el siglo XIX, se constituye un panorama basado en la existencia de una disciplina de lo mental como una especialidad médica que reproduce aquellas prácticas de especialistas alienistas y se crea la frontera entre “médicos y enfermos”.

En ese contexto, Esquirol fue el creador de la primera Ley de Encierros de “enfermos mentales”, que sirvió como modelo para la construcción de casi todas las leyes que legislan sobre el "internamiento psiquiátrico". Galende (1998), sostiene que la Ley Nacional fue pensada en algún punto en base a lo que proponía Esquirol, aunque sufrió modificaciones en los últimos años y fue importante porque logró trasladar sus criterios acerca de la necesidad de internación de las personas, así reguló todo aquello que está relacionado con los derechos civiles y sociales de los sujetos alienados.

Lo que propone Esquirol es impulsar ciertos valores y principios que debían regular la relación con estas personas, la conducta dentro de estos lugares y la relación de estas personas con sus derechos ciudadanos.

A raíz de lo mencionado, lo que fue novedoso para la época, es que se logran modificar los criterios de internación compulsiva de las personas, función que hasta entonces solo les competía a los jueces, ahora la decisión estaba en manos de los médicos, quienes además tenían el poder de decidir qué prácticas se llevaban a cabo.

Esquirol, armó este campo disciplinario, a partir del cual quienes forman parte del mismo constituyen la relación que incluye a prácticas psiquiátricas, entendiendo que estarían allí aquellos que portan un saber acerca de los trastornos mentales que de cierta forma otorga el poder de decisión sobre las personas que han sido diagnosticadas. Aquí frente a lo que parecía novedoso" siguen muy presentes miradas reduccionistas de cómo intervenir en la temática, de la mano del poder de una sola disciplina para decidir sobre cómo trabajar con las personas con padecimiento subjetivo; sigue invisible la idea de requerir una intervención que involucre varias miradas (integralmente).

De esta manera, teniendo en cuenta que existían establecimientos especiales en donde se divide a estas personas consideradas "desviados sociales", propone una institución que denomina y de él deviene la palabra "manicomio". En el siglo XIX, considerado como un lugar adecuado para reclutar a las personas que presentaban ciertas "manías", "delirios", a quienes consideraba "peligrosos" para la sociedad, aquellos que no podían ser dominados. Se establece aquí como nombramos anteriormente una relación entre los especialistas de salud mental y los alienados.

Quien mejor explica la lógica de los manicomios y esta relación que se da, es Goffman (1980), que entiende a los manicomios como la figura ideal para dar un lugar definido a la contención de la locura, la diversidad y la marginalidad improductiva. Dichas

instituciones, en tanto establecimiento y dispositivos institucionales, continúan siendo la respuesta de asistencia, hegemónica y un referente legitimado frente al tratamiento de salud/ enfermedad mental. Además, se los considera como espacios de curación y cuidado. (p. 35) En estos establecimientos circula el poder, si pensamos en el modo de funcionamiento, en donde se plantea la división de los sujetos en dos grupos: por un lado, los internos y por otro, el grupo supervisor. El personal tiende a sentirse superior, mientras que los "internos", inferiores, débiles y culpables. (Goffman, 1980, p. 9)

El poder ejercido desde las instituciones manicomiales, se aplica a la vida cotidiana que categoriza al individuo, le asigna su propia individualidad, lo ata en su propia identidad, le impone una verdad sobre sí que está obligado a reconocer y que otros deben reconocer en él. Destacamos entonces, la importancia del rol que jugaba el psiquiatra en aquel tiempo, y el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que proponía para “curar” al “loco”, que implicaba, en cierto modo perder parte de su condición humana y adquirir el rótulo de enfermo. (Amico, 2005, p. 27)

Es importante volviendo a lo que plantea Galende (1998), tener en cuenta la definición y reafirmación en la psiquiatría de un diagnóstico que permitiera trazar la línea entre las personas que presentan “rarezas” que constituyen una enfermedad, y por lo tanto eran “peligrosos” para la sociedad y quiénes no. Lo que va modificando los criterios de diagnósticos son las teorías dominantes en el campo médico o en la cultura, y así predominó en un periodo histórico el diagnóstico de “delirios”, en otro “paranoias”, posteriormente “esquizofrenias”, y así sucesivamente. (p. 19)

De igual manera, para lograr sancionar la Ley de Esquirol, existió de trasfondo un sostén muy importante constituido por un imaginario social que permitió el éxito de esta, de la misma manera en que dadas estas condiciones, también consigue la legitimidad y atribución del poder de ciertas disciplinas. Estas apreciaciones nos hablan de que hay una

existencia social, no solo en los psiquiatras sino también en el conjunto de la vida social donde este imaginario social que se instaló y permitió entender a las personas “raras”, “míticas”, que sufrían de “posesiones”, “alucinaciones” como aquellos que debían recibir un tratamiento por presentar la condición de “enfermos”, “peligrosos”.

En este contexto, Galende (1998), le da otro sentido al imaginario social, entendiendo que su preocupación se basa en que como sociedad nos centramos en culpabilizar a las instituciones como los manicomios donde prima un sistema de poder perverso y en donde existen profesionales que lo ejercen, si bien no hay que dejar al margen estas cuestiones, nos invita a pensar en términos más complejos, más allá de los hospitales psiquiátricos para pasar a entender como trasfondo la legitimidad que cobró la institucionalización como imaginario social y entender que “detrás de la articulación saber y poder, de las cadenas, enfermeros malos y malos olores... hay algo más sutil y más complejo” (Galende, 1998, p. 22).

Comienzan entonces a generarse modificaciones en la concepción de Salud Mental, entendiéndose como “la respuesta más racional que se ha ido dando a este campo psiquiátrico, es la posibilidad de transformación en su conjunto de estos dispositivos, aceptando la existencia social de estos problemas y la necesidad de una respuesta más humanitaria” (Galende, 1998, p. 22-23).

En este sentido, salud mental, según el autor, es una alternativa global, que constituye prácticas distintas en donde existan muchos profesionales de diferentes disciplinas con distintos puntos de vista que sean capaces de explicar y entender al sujeto teóricamente no ya como meramente un diagnóstico.

1.1.1) Deconstruyendo la concepción de sujeto pasivo.

Luego de caracterizar los siglos XVIII y XIX, incorporamos la importante ruptura que se generó luego de la segunda Guerra Mundial, en el siglo XX, en el que se van creando nuevos caminos para la transformación de la psiquiatría con la cual surgen nuevas corrientes de pensamiento que permitieron poner en duda el funcionamiento del manicomio. Así, durante las décadas de los '60, '70, y '80 surgen y se consolidan las reformas anti psiquiátricas a nivel internacional.

Una de las transformaciones más reconocidas, fue la llamada Psiquiatría Democrática, en la década '60 ocurrida en Italia. El representante más destacado fue Franco Basaglia, quien, junto a otros actores, se propusieron modificar el hospital psiquiátrico haciendo hincapié en tres ejes centrales: primeramente, definen el manicomio como un lugar forzado a perpetua institucional, los visualiza como lugares de aislamiento y segregación. Por otro lado, propone la destrucción de los manicomios que implica considerar al hombre como sujeto en su libre elección frente al mundo. Finalmente, plantea el desmantelamiento de normas administrativas, las distintas disciplinas y los espacios de poder.

En el año 1978 y con la Ley 180 (Triste- Italia) se comienza a trabajar el cierre de pabellones psiquiátricos, y en la comunidad se fueron creando dispositivos sustitutivos al modelo manicomial con el objetivo de lograr posibilidades reales de inclusión social. Esto, se corresponde con la noción de desmanicomialización.

Por otro lado, durante la década del 80 en Brasil, a partir de los aportes de la reforma italiana, surgen miradas que cuestionan el abandono de personas y nuevos movimientos que luchan contra los manicomios. Nacen propuestas de humanización de las instituciones monovalentes a partir de la incorporación de dispositivos alternativos donde el objetivo principal era priorizar la calidad de vida y la autonomía de los sujetos.

Comenzaron a su vez, a realizarse congresos de capacitación incorporando las palabras de los mismos como protagonistas y parte de los procesos de transformación.

Además, en Argentina con el advenimiento de la democracia, se generaron en algunas provincias en particular reformas transformadoras con la mirada puesta en los derechos de los sujetos con padecimiento subjetivo, la cual nos ocuparemos más adelante.

Consideramos importante también los aportes de Rotelli (2014), sucesor de Basaglia, quien pone el eje en un “cambio social/cultural desde el concepto de desinstitucionalización, el autor plantea cambiar la mirada que hay sobre la -locura-, desinstitucionalizar no sólo el hospital psiquiátrico, sino también la psiquiatría y finaliza proponiendo la incorporación del rol social, es decir el involucramiento de otros actores sociales a la problemática. (p. 87)

Cuando hablamos de desinstitucionalización, es importante incorporar y relacionar los aportes nombrados anteriormente de Galende (1998), quien agrega que ésta hace referencia a un proceso complejo e implica responsabilizar a los involucrados de reproducir un modelo tradicional, deshacer el poder de los psiquiatras en los hospitales monovalentes, modificar imaginarios que están instalados en la sociedad, mejorar prácticas profesionales, cambiar los criterios en la familia y la comunidad, transformar las instituciones. Esto va de la mano de la idea de cerrar los hospitales psiquiátricos, pero al mismo tiempo generar nuevas alternativas para contener y acompañar a los sujetos con padecimiento subjetivo.

Con estos cambios aparejados, se expresaron dos visiones predominantes sobre la salud mental: el paradigma de desinstitucionalización y el desmacomercializador, que se instalan en un contexto de nuevas leyes que apuntaban a transformar la concepción y el modo de atención los sujetos con padecimiento subjetivo que desarrollaremos con más precisión en el siguiente punto.

1.2) Repensando los Derechos Humanos: un camino hacia la emancipación.

Comenzaremos este apartado teniendo en cuenta la lectura que realizamos respecto a un período histórico en el que predominó el paradigma manicomial, visto como el modelo tutelar basado en el encierro, la medicalización y prevalencia de la psiquiatría como modo de atención pero atravesados con modelos de transformación; luego desarrollamos cómo surge un paradigma enmarcado en el enfoque de derecho (que coexiste y convive con el modelo anterior), a partir de un marco legal internacional, nacional, y de los lineamientos expuestos en las reformas anti psiquiátricas que sucedieron en diferentes países y repercutieron como punto de partida para implementar políticas de estado con una nueva mirada del sujeto, las prácticas e intervenciones en la salud mental.

Cuando mencionamos el enfoque de derecho, hacemos referencia a lo que Pautassi (2010) plantea como un amplio conjunto de principios, reglas y estándares que integran los derechos humanos fundamentales y que son posibles de ser aplicados para fijar pautas y criterios para el diseño e implementación de estrategias de desarrollo sustentable y en materia de políticas sociales. Estas pautas se traducen en estándares jurídicos como el garantizar la participación ciudadana y en principios como el de igualdad y no discriminación. (p. 24)

Es a partir de este enfoque, que Abramovich (2004), nos invita a pensar que resulta posible evaluar estándares mínimos de derechos contenidos en las políticas de desarrollo como también en las políticas sociales. “El empoderamiento de los destinatarios de las políticas, comienza por reconocer que los mismos, son titulares de derechos que generan obligaciones al Estado como garante de los mismos” (p. 17).

A partir de esto, se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Resulta un gran avance en materia de derechos, porque la persona pasa a ser parte de su proceso de transformación, se tienen en cuenta sus intereses y deseos, además se retoma o construye su proyecto de vida que parte de la implementación de estrategias pensadas de manera integral e interdisciplinaria para su atención.

Este enfoque de derechos se encuentra plasmado en las leyes de salud mental, por un lado, la Ley Nacional 26.657 y la Ley Provincial 9848 de Salud Mental, ambas surgidas en el año 2010.

Nos parece significativo aludir que hubo antecedentes internacionales que permitieron llegar a estas nuevas miradas. Por un lado, las primeras ideas respecto a la desmanicomialización y la desinstitucionalización que se fueron instalando en distintas partes del mundo de la mano de las reformas antipsiquiátricas: en la década de los '60 ocurrió en Italia a partir de los aportes del psiquiatra Franco Basaglia, en Brasil en la década de los '80 y finalmente en Argentina, más precisamente en Río Negro en el año 1983 con la llegada y participación de Hugo Cohen.

Por otro lado, consideramos necesario destacar cuáles son los organismos internacionales que influyeron en la formulación de políticas públicas y dieron pautas fomentando las intervenciones en esta área. Para esto, describiremos el rol de la OMS y de la OPS, su influencia en la formulación de políticas y legislaciones a lo largo de la historia de los Países Latinoamericanos, porque sentaron las bases para la protección y promoción de los derechos de los sujetos en cuestión.

Comenzaremos así explicando que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está dedicada a controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos.

En la década del '60 la OPS convocó a un grupo de trabajo sobre administración de servicios psiquiátricos y de salud mental, en el que intervinieron 44 participantes y observadores de 22 países de Latinoamérica y el Caribe. El objetivo primordial de la reunión era llegar a un acuerdo sobre los cambios necesarios para modernizar la atención psiquiátrica y promover acciones de salud mental más amplias e integrales. En este foro se alcanzó un consenso en cuanto a la necesidad de apartarse de los modelos clásicos manicomiales y dar fin a las prácticas de tipo custodial. Se recomendó la integración de los programas de salud mental en el contexto de la salud pública, la promoción de la participación de las comunidades, pacientes, familiares en la planificación y prestación de servicios; y la modificación de la legislación existente en relación con la salud mental.

Puede decirse que este encuentro fue un precursor de la Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina y de la "Declaración de Caracas" de 1990.

Nos parece interesante destacar, cómo plantean los participantes de la conferencia, que la Declaración de Caracas surgió como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de Salud Mental en las Américas, que hacía ineludible su reforma; ya que ésta consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención, por acciones de salvaguardar los derechos humanos y la inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales.

Además, en las décadas del '80 y '90 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reiteró el apoyo al proceso de reestructuración de la

atención psiquiátrica que se venía planteando en las décadas posteriores a los '60, e insistió a los estados a que aumenten las asignaciones para programas de formación en salud mental, que mejoren la legislación y las regulaciones para la protección de los derechos humanos.

Años más tarde, en 2001, el Consejo Directivo de la OPS aprobó un documento técnico y una resolución sobre el tema que, instaba a los Estados Miembros a:

- Incluir la salud mental entre las prioridades de la salud pública.
- Intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales.
- Continuar desarrollando esfuerzos y estrategias para lograr que la atención de salud mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad.
- Promover y apoyar la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial.
- Reforzar el enfoque multisectorial de la salud mental.
- Promover la participación familiar y comunitaria.

Ese mismo año la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió lanzar una serie de iniciativas destinadas a colocar la salud mental en la agenda política global y darle una mayor visibilidad en todo el mundo, habiéndose desarrollado un conjunto de instrumentos y programas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se unió a estos esfuerzos de la OMS y ha trabajado intensamente en el desarrollo de políticas, planes y servicios, así como en la actualización de la legislación en materia de salud mental y la promoción de los derechos humanos.

Este marco internacional, permitió cambios significativos en el modo de ver y generar las prácticas de intervención en el campo de salud mental. Es así, que en Argentina,

tras un largo período de lucha por parte de movimientos de derechos humanos y diferentes actores de la sociedad civil, se logró la sanción de leyes que tomaron estos parámetros establecidos por los organismos internacionales para darle una nueva perspectiva a las prácticas profesionales.

Retomando lo descrito anteriormente, expondremos las leyes de Salud mental en Argentina, promulgadas en el año 2010 por el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, en las que se plasmaron los nuevos enfoques tanto de los organismos internacionales, como de las reformas que también surgieron a nivel global y los derechos que trajo aparejado este nuevo paradigma en la salud mental, que como la define el artículo 3° de la Ley Nacional de Salud Mental como “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”.

Además, se promueve que los nuevos marcos normativos de salud mental vinculen la Atención Primaria de Salud (APS) con el Enfoque de Derechos, es decir, plantearse desde el Estado, un intento de revertir la concepción anterior y recuperar la idea de una APS como estrategia integral de transformación del sistema de salud al servicio de la garantía del derecho a la misma. Se trata de leyes de tipo universalistas e igualitaristas que construyen la ciudadanía política y social.

Los derechos reconocidos en la normativa incluyen diferentes aspectos:

- Que la persona pueda ser atendida en centros de salud cercanas a su lugar de residencia y dentro de sus redes sociales, que la medicación se debe administrar con fines terapéuticos y nunca como castigo o para conveniencia de terceros y se registre siempre en la historia clínica, recibir atención sanitaria y social integral y

humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

- A conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia-, Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- A recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- A ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento subjetivo designe.
- A ser asistido, por su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.
- A que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.
- A ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.
- A poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

- A recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.
- A no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.
- Derecho a que el padecimiento subjetivo no sea considerado un estado inmodificable.
- A recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Así mismo, la Ley Provincial 9848 plasma:

- No ser discriminadas por ninguna causa y bajo ninguna circunstancia, en particular por motivos relacionados directa o indirectamente con su patología.
- Ser tratadas con la alternativa terapéutica menos restrictiva de su autonomía y libertad.
- No ser objeto de investigación o tratamientos experimentales sin su consentimiento y bajo los términos de la legislación vigente en la materia.

Este paso del paradigma tutelar, al de uno de derechos humanos también implica una transformación muy importante en cuanto a que la internación sea realizada sólo como recurso de última ratio con la necesidad de limitar su utilización como forma preponderante de abordaje para ciertos problemas de salud mental. El estado, se ve obligado a desarrollar y supervisar la implementación de otros recursos de atención y contención de las personas con padecimiento subjetivo, tanto en los servicios de salud estatales como los privados.

Podemos reflexionar entonces, que entendemos a las leyes como un instrumento de lucha y herramienta política, de las que podrán valerse los actores involucrados en este proceso de transformación del campo de la Salud Mental. Hacemos hincapié en las prácticas llevadas a cabo en la cotidianeidad, de los diferentes campos de intervención involucrados, que implican el encuentro con el otro, en la forma de ver, nominar y hacer, en el área de salud mental, en donde nos comprometemos e involucramos a todos como parte del proceso de transformación de la realidad social.

Sin embargo, destacamos que existen dificultades respecto al cumplimiento de los derechos contemplados en las leyes, por lo que comienza a entrar en contradicción y a quedar en evidencia que lo que se plantea en teoría, pero que no se cumple de manera efectiva en la realidad, por lo que surge como respuesta la organización y movilización social.

Consecuentemente, nos remontamos al año 2014, en el que se llevó a cabo la primera marcha por el derecho a la salud mental en Córdoba exigiendo, entre otras cosas, el cumplimiento de los derechos, una mayor cantidad de herramientas que promuevan la autonomía de los sujetos, el cierre total de los manicomios, intervenciones que tengan la mirada puesta en la salud comunitaria, mayores recursos destinados a los dispositivos alternativos, entre otras consignas.

Pero desde el estado, se promueven acciones que tienden a la persistencia de las lógicas manicomiales que se reproducen en las instituciones sociales, y que significan un retroceso respecto a lo que se plantea desde enfoque de derecho. Un punto a tener en cuenta en relación a esto, es el presupuesto destinado desde las diferentes instancias gubernamentales a las instituciones totales, y no a los dispositivos alternativos de salud mental como lo establece la ley, es decir, Hospitales de Día, Casas de Medio Camino, etc.

La instancia de lucha, entendemos que también incluye a los diferentes profesionales que desde las disciplinas generan acciones para abordar las problemáticas, es primordial entender que cada uno se posiciona de manera diferente en el campo de la salud mental, y que se generan en ocasiones miradas contrapuestas que definen las intervenciones enmarcadas en un paradigma u otro.

1.3) El arte como herramienta de transformación: experiencias desmanicomializadoras en Argentina.

A partir de la descripción del paradigma de derechos, nos centraremos en aproximarnos a la definición de los dispositivos. ¿A qué hacen referencia? ¿con qué fin surgen?, ¿por qué se los considera alternativas diferentes de atención?

Luego relataremos experiencias de desmanicomialización en Argentina y particularmente en Córdoba que nos ayudará a explicar lo mencionado anteriormente. Para comenzar, destacamos que el artículo 11 de la Ley Nacional 26.657, se promueve la creación de dispositivos alternativos. Existen diversos, como las residencias compartidas, Casas Asistidas y Semi asistidas, Casas de día, Casas de Autogestión, Casas de Medio Camino.

Para acercarnos a la noción de dispositivo alternativo de salud mental, recuperamos algunos registros obtenidos en de las clases de orientación temática que nos permite destacar dos perspectivas interesantes.

La primera, hace referencia a que las intervenciones realizadas por los dispositivos alternativos se generan a través de abordajes grupales e individuales con base en la comunidad.

Otra de las características, es que apuntan a trabajar lo cotidiano, el reaprender los hábitos, fortalecer los lazos sociales, los sujetos son abordados desde una perspectiva de acompañamiento basado en la escucha y la contención.

Los dispositivos se caracterizan por desarrollar una articulación de políticas sociales, porque se sustentan en éstas para generar estrategias de intervención. También, buscan generar redes de sostén social y realizan un trabajo intersectorial con el fin de dar respuestas integrales a las personas y no a las instituciones.

Por otro lado, el equipo técnico de la Casa de Medio Camino comentó que los dispositivos, trabajan con la noción de proceso social como estrategia de cambio, es decir, trabajan desde un encuadre social a través de un equipo de profesionales para abordar los procesos de los sujetos teniendo en cuenta a la persona como protagonista, con una posición desde la salud y no desde la enfermedad.

La mirada social o comunitaria para intervenir en el área de salud mental, remite a pensar en modos de atención que pertenecen a un paradigma desmanicomializador, dónde el sujeto es visto como sujeto de derecho y se prioriza la historia de vida antes que el diagnóstico.

Existen diferentes experiencias en nuestro país que dan cuenta de este nuevo paradigma. Así, recuperamos prácticas de intervenciones demanicomializadoras acontecidas en Río negro, San Luis, Buenos aires, y Córdoba.

Si bien las reformas antipsiquiátricas comenzaron a llevarse a cabo en distintas partes del mundo, señalamos que en Argentina las primeras reformas de salud mental comenzaron en la década del '80, incorporando nuevas modalidades de atención con base a la comunidad.

Comenzaremos a describir que en la provincia de Río Negro en el año 1983 de la mano de Hugo Cohen se inicia el proceso de transformación del sistema de atención

psiquiátrico, que tendrá como base el cierre de manicomios y la sanción de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas con padecimientos subjetivos. Clara, Mauro (2008), comenta que se pusieron en cuestión los aspectos deficitarios de los servicios de atención psiquiátrica, como la excesiva centralización, la superpoblación del hospital, entre otras; y especialmente se plantea cómo el modelo de tratamiento psiquiátrico establecido tiene efectos nocivos.

Uno de los ejes de dicha reforma consistió en el trabajo de salud comunitaria, en donde se buscó concretar dos aspectos importantes: la intervención en crisis y la reinserción social. Para lograrla, se implementaron estrategias terapéuticas que tenían que ver con la resolución de problemas concretos de los sujetos, como la actividad recreativa (trabajando con y en la comunidad) en lugar del psicofármaco o que el individuo se inserte en el mercado laboral. Asimismo, se realizaron gestiones ante los organismos correspondientes, para que la persona conservase su anterior trabajo con el fin de recuperar su autoestima, a la vez de facilitarle el acceso a viviendas, calzado, alimento, subsidio o pensión.

Para Cohen (2007) el afecto fue otro principio que dio sentido y guió la reforma, sosteniendo que es un elemento clave al momento de entablar un vínculo interpersonal siendo conductor de toda posibilidad de recuperación.

El proceso de desmanicomialización según el autor, apunta a producir transformaciones en las personas, construyendo una nueva cultura para con las mismas. Esto se concretó debido a la intervención de todos los sectores de la comunidad junto con las instituciones siendo parte activa del proceso, construyendo prácticas concretas que posibiliten nuevas alternativas para atender y reinsertar a los sujetos.

Si bien el movimiento de desmanicomialización en Río Negro fue pionero en nuestro país, la transformación institucional en San Luis implicó un cambio radical y una iniciativa de transformación para otras provincias de Argentina y en otros países.

En San Luis, se sancionó la Ley de Desinstitucionalización en el año 2006, “surge de una experiencia concreta de desmanicomialización; es parte de un proceso de construcción de un proyecto que lleva más de diez años en la Capital de dicha provincia”. (Pellegrini, 2005, p. 74). La Ley Nacional señala expresamente que el Estado provincial se hará cargo de asegurar la asistencia médica y psicológica de las personas, desplegando los recursos necesarios para preservar su dignidad, favorecer el despliegue de su autonomía personal, salvaguardar sus derechos en general, asumiendo la responsabilidad material y social, simultáneamente considera que ésta es una problemática de la comunidad y que su resolución no sólo depende de expertos, sino que requiere de la participación social.

Fue así que se abolieron los manicomios en la provincia, se fijó la estrategia del Hospital en la Calle, que significó reconstruir las historias de vida de las personas en condiciones de deshumanización que se hacían en el Hospital. A través del instrumento de la Asamblea semanal fue posible la visión de conjunto, con complementariedad de funciones y participación igualitaria, así como también se adoptaron otros espacios democráticos. A su vez, aparecieron formas de agruparse en torno a un proyecto transformador, que creó las bases para la multiplicación de grupos terapéuticos que abordan diferentes problemáticas.

Por otro lado, surgió en Buenos Aires, el Frente de Artistas del Hospital Borda, con el objetivo de producir arte como herramienta de visibilización, denuncia y transformación social desde artistas internados y externados en el Hospital posibilitando así, que las producciones artísticas generen un vínculo continuo con la sociedad.

Se consideró que el arte tiene un papel importante en el proceso de desmanicomialización, ya que la creatividad produce diferentes efectos sobre el cuerpo y la psiquis. Las personas mediante iniciativas como el Frente de Artistas del Borda, que está compuesto por varias actividades, entre las que se incluyen un taller conceptual sobre

desmanicomialización, teatro, danza, expresión corporal, periodismo, música, etc. Algunos de estos talleres son coordinados por personas que en su momento fueron internos del hospital, y también se realizan funciones y presentaciones artísticas.

También en Buenos Aires, en el año 2017 se produjo la labor del centro cultural “Libremente”, donde se cuenta con cursos y, además, el programa de rehabilitación y externación asistida (PREA) del hospital Estévez al cual muchos concurren. Es interesante remarcar que 70 mujeres puedan volver a incluirse a la sociedad luego de haberse encontrado en condición de institucionalización por largos periodos.

Para lograr y acompañar este proceso, se cuenta con un equipo multidisciplinario en el desarrollo de sus actividades de vida cotidiana y se trabaja para recuperar las habilidades sociales perdidas tras largos procesos de institucionalización. Las mujeres, conviven en 18 casas o departamentos alquilados. Es una experiencia que nos permite visualizar una clara diferencia en la intervención profesional en el área de la salud mental y que permitió la salida a la comunidad de estas mujeres.

Consideramos que la desmanicomialización implica un cambio hacia una cultura de la inclusión y de hacer efectivo los derechos.

Para contar de qué se trata el PREA, mencionamos que depende del Ministerio de Salud y tiene como objetivo restituir los derechos civiles de los usuarios: libertad, trabajo, vivienda. El mismo, es un trabajo que tiende a buscar alternativas a la manicomialización. Promueve la revalorización de los vínculos personales y la potenciación de los recursos de salud en la comunidad. Así entendida, la inclusión social atraviesa el trabajo intersectorial con la comunidad, pero también con el usuario y el equipo de trabajo, que incluye: enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, talleristas, médicos, acompañantes comunitarios, entre otros.

Nos centramos finalmente, en la provincia de Córdoba, en la que existieron dos experiencias transformadoras que seleccionamos para comentar, una ocurrida en Santa María de Punilla y otra en Capital.

Nos ubicamos en la localidad que nombramos en un primer momento, el cual marca un proceso de transformación significativo para el área de salud mental en Córdoba. Tomaremos a continuación, algunos aportes que realiza Gallici (2015), en su tesina de Maestría en Salud Mental. Es importante mencionar, que el hospital de Santa María de Punilla comenzó a implementar diversos dispositivos alternativos al momento de externar a los pacientes que dicho hospital aloja, acciones que permitieron los primeros pasos a la desmanicomialización. En una primera etapa se comienza con un proyecto llamado “Externación y Hogarización de pacientes crónicos con modalidad de casas asistidas”, ésta promovía dar respuestas a una población de pacientes crónicos con una modalidad de abordaje diferenciada y novedosa, cuyo propósito es el de tomar una medida más inclusiva para aquellos pacientes con dificultades en su autonomía. Estas casas asistidas se encuentran ubicadas en la comunidad y tienen la particularidad de contar con la presencia de personal de enfermería. Más adelante, se crearon las Residencias Asistidas, donde se trabajaba con un grupo como prueba piloto, las cuales ya venían retomando temas como la recuperación de los hábitos, el aprendizaje y reaprendizaje de algunas habilidades perdidas, al igual que sus potencialidades.

Además, se contaba con una Casa de Medio Camino dentro del predio de la colonia, donde se particularizaba el trabajo con pacientes con mayor grado de autonomía, con el objetivo de fortalecer su inclusión en la comunidad. Este dispositivo posibilitó varios egresos y también otra modalidad que es la creación de las Casas Autogestivas.

De esta manera, se realiza en la institución una política de desmanicomialización y de trabajo en la comunidad. Desarrollando proyectos específicos de nuevos dispositivos en

salud mental. La propuesta fue planteada como actividad institucional con un proceso constructivo al interior de los equipos interdisciplinarios y dividida en cuatro etapas correspondientes al “Programa de Apertura y Consenso”, “Programa de Avance”; “Programa de Consolidación” y “Gestión Estratégica”. Las acciones que se implementaron en este proceso son el refuerzo de la atención por consultorio externo; implementación de un plan de reconstrucción de pabellones; la constitución de un equipo interdisciplinario, denominado “Mediano Plazo Virtual”, para implementar estrategias de externación para pacientes de larga estadía, y reunión técnica semanal del Consejo Técnico Asesor de Dirección con el objetivo de promover el trabajo interdisciplinario y planificar actividades.

El marco de este diseño de política institucional, denominado como proceso de desmanicomialización del Hospital Colonia Santa de María de Punilla, permitió la reducción de números de pacientes internados de larga estadía, de 356 personas en el año 2007 a 34 personas en el 2012.

Por otro lado, se realizó una transformación mediante el uso de la creatividad y el arte como estrategia de intervención, experiencias que marcaron un quiebre en los modos de ver y de intervenir. Se trata de promover, a través de la expresión y la creatividad artística, el encuentro con el potencial de resiliencia que tienen los pacientes y su posibilidad de socializar experiencias.

El abordaje del arte como herramienta de transformación está vinculado también con el de promover los derechos de los sujetos, fortaleciendo su capacidad de empoderamiento para salir del aislamiento y la estigmatización.

Es así que por ejemplo, se creó una murga en el hospital de salud mental de Santa María de Punilla abriéndose a la comunidad, expresando diferentes habilidades artísticas. Sus integrantes son, en su mayoría, pacientes externados, pero también se suma gente de la comunidad, en donde el eje tiene que ver con que no exista una diferencia entre los que la

conforman como pilar principal. La importancia radica en que al estar en la comunidad y no en el hospital se puede interactuar con otras personas e instituciones.

Por otro lado, en la misma localidad, se realizó en Córdoba un encuentro nacional sobre las expresiones artísticas para la transformación y la socialización de las personas con padecimiento subjetivo.

Este encuentro, sin antecedentes, fue denominado foro de arte por la desmanicomialización y tuvo como eje principal, mejorar la calidad de vida de los personas con algún padecimiento a través del arte como herramienta de transformación y de inclusión social, Este espacio de reflexión, intercambio y producción de conocimientos tiene el objetivo de fortalecer una dimensión desmanicomializadora, intentando incentivar también el pensamiento crítico y la profundización de las propias prácticas de los profesionales de la salud mental.

Dicho encuentro incluyó distintas actividades, como relatos de experiencias artísticas, presentación de libros, talleres de murales, teatro, radio y otras prácticas. El Foro está organizado por la Secretaría de Salud Mental de la Provincia y por la Red Argentina de Arte y Salud Mental. La actividad es apoyada por el Ministerio de Desarrollo Social y cuenta con el auspicio de la Universidad Provincial de Córdoba, y diversas facultades.

Por otra parte, Fissore (2017), agrega que el arte como el teatro, la danza, la música, la pintura o las producciones artesanales, se utilizan como una herramienta para producir efectos terapéuticos en los sujetos. En conclusión, Se trata de una práctica inclusiva en la cual se trabaja con la persona, con la comunidad y en ella los profesionales intervienen en un proceso transformador a través del arte.

Creemos podemos analizar dichas experiencias como prácticas reales de desinstitucionalización, generando acciones instituyentes y emancipatorias para las personas con padecimiento subjetivo.

Finalmente, a partir de estas experiencias desmanicomializadoras, se sentaron las bases que toma la Casa de medio camino en relación al arte, a las actividades que se realizan para salir a la comunidad, también estrategias desplegadas en relación a pensar al sujeto desde sus derechos e intereses.

El dispositivo, a funcionar en el año 2009, centrado en abordar las problemáticas de salud mental con la mirada puesta en el sujeto inserto en un contexto y atravesado por cuestiones socioculturales, económicas, políticas. Se abordan las problemáticas de salud mental desde una perspectiva de trabajo con base en la comunidad.

Como experiencia desmanicomializadora la Casa promueve el uso de la creatividad para la inclusión en diferentes espacios de la comunidad, creación de microemprendimientos en pos de esa inclusión, poniendo en juego las capacidades de producir resaltando su potencial creativo de las sujetas, fortaleciendo a su vez su autonomía. Además, se realizan actividades en distintos espacios comunitarios, lo que fomenta el encuentro con el otro, un intercambio de saberes.

Consideramos fundamental entender; a partir de las prácticas desmanicomializadoras que nombramos en los distintos sectores del país, la importancia y el impacto que generaron en relación a la inclusión social.

Consideramos a la desmanicomialización como la transformación de un sistema de salud mental, para que las personas con padecimiento subjetivo vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos. Para que no sean alejadas de su vida social, del trabajo, del hogar, de las oportunidades, de los intercambios y los riesgos, y así aumentar el acceso a una atención eficaz, disminuyendo la carga de enfermedad que soportan mayormente los usuarios, sus familias y comunidades.

Hacer esto posible fue producto de la modificación de las prácticas, los modelos de atención y las políticas de salud mental, es decir, el sistema de salud mental vigente. En

otras palabras, se transformó el viejo sistema en un sistema de salud mental comunitaria. Es decir que la desmanicomialización es plantear un nuevo enfoque comunitario de algunos profesionales que ponen el cuerpo, y que creemos ideológicamente que es la forma de intervenir, porque el estado provincial y algunos profesionales no comparten este paradigma, para cambiar prácticas hay que cambiar también la cabeza, pensar diferente, y promover sobre todo la capacitación con variables comunitarias, los proyectos tienen que ser pensados e incorporados para las personas y la comunidad y no para las instituciones.

Dicho enfoque, apunta a un modelo participativo, que permite que los sujetos estén integrados en la comunidad y conserven sus redes de apoyo. La participación permite reconocer a los usuarios, con derecho a influir en las decisiones que afectan su salud, tiende al empoderamiento de los individuos, familias, grupos, y se reconoce a dicho concepto como un factor protector de la salud mental. Para que esto se logre, debe existir una colaboración entre los sectores involucrados en la salud mental.

La mejor estrategia para involucrar a la comunidad según Rodríguez (2009), es mediante la creación que servicios incorporados en su seno, que abran sus puertas a la comunidad, haciendo suyas las problemáticas que la afectan (...) se promoverá el intercambio de recursos, ideas y posibilidades con la sociedad, con la posibilidad de poner foco en que la locura deje de ser una amenaza para convertirse en un problema de salud más, como tantos otros. (p. 164)

CAPÍTULO II

Construyendo identidades emancipadoras desde el dispositivo.

Los hombres pasan y las instituciones quedan, quedan en el pasado del hombre, en su historia, en su cuerpo. Las instituciones y sus muros, reglas y códigos, siempre sancionando, demarcando. (...) Resistir con nuestras propias armas, las de solidaridad ante las injusticias, opresiones, las del compañerismo en las dificultades de la vida.

Daniel, Vega.

2.1) El surgimiento de la Casa: derribando las barreras de lo hegemónico

El análisis del capítulo anterior centrado en el recorrido de las experiencias desmanicomializadoras que surgieron en distintos puntos de Argentina como reformas en el plano de la salud mental, nos permite pensar y entender a la Casa de Medio Camino como dispositivo alternativo de atención que se constituyó en escenario de actuación en el que nos insertamos para llevar a cabo nuestra práctica pre-profesional.

Hacemos referencia a dicho término, entendiéndolo como el espacio territorial y socio-institucional (...) que incluye una noción social vinculada a las interacciones que se producen en ese territorio. Esta última, refiere al conjunto de actores sociales y políticos que operan en el espacio con diferentes intensidades e injerencias. Además, incluye a los sujetos que utilizan los bienes y servicios que circulan en el territorio contribuyendo a configurar la dinámica del espacio socio-institucional y que, a su vez son configurados por ella. (Robirosa, 1990, p. 215)

El autor también sostiene que este escenario particular, está a su vez, anclado en un espacio más amplio y en una trayectoria histórica determinada (contexto-entorno) que imprime rasgos particulares a los sujetos, a las instituciones/organizaciones y a su dinámica global. Por último, la delimitación del escenario implica delimitar los actores que interactúan en torno a la problemática/temática y los sujetos o sector territorial que se pretenden abordar. (Robirosa, 1990, p. 216)

Situamos entonces el dispositivo Casa de Medio Camino en la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental que promueve la creación de diversos dispositivos alternativos entre los que destacamos; Residencias compartidas, Casas Asistidas y Semi asistidas, Casas de día, Casas de Autogestión, Casas de Medio Camino.

Para introducirnos a qué hacemos referencia cuando hablamos de ésta última, entendemos que consiste en una instancia ambulatoria, caracterizada como un proceso de transición entre el hospital y la comunidad, para personas con padecimiento subjetivo.

Estos espacios son dispositivos estratégicos donde se apunta a generar un nuevo modo de abordar la problemática; un espacio de cuidado y acompañamiento, de encuentros sociales y culturales, donde se tiene en cuenta la historia y el proyecto de vida de cada sujeto. (Amarante, 2009, p. 106) Es fundamental la construcción de escenarios sociales para la diversidad y el padecimiento subjetivo, lo que contribuye al intercambio que genera el camino hacia la inclusión social, pero... ¿A qué hacemos referencia cuando hablamos de diversidad?

Partiendo de entender que como todos los conceptos, la diversidad funcional es una construcción social más, entendemos a partir de algunos elementos que aportan Romañach y Lobato (2005) que a lo largo de la historia, existieron en torno a esta noción diversos términos limitantes y despectivos para denominar a las personas, de manera tal que se atribuyeron ciertas características como “déficit, limitación, discapacidad” entre otros que se mantuvieron y perduraron en el tiempo, generando estigmas sociales que aún prevalecen en la actualidad y cuesta corromperlos. (p. 62)

Pese a esto, se generaron rupturas que permitieron avances conllevando a la conformación de un nuevo modelo social que comienza a suplantarse algunas terminologías utilizadas en un modelo tradicional con la mirada puesta y reducida a cuestiones meramente biológico-médicas.

Así, se suponía que “la mayoría” debíamos funcionar de igual manera, es decir acatando normas, comportamientos que fueron aprendidos en el seno de la sociedad e incorporados como aquello que era “normal, que estaba “bien”, pero ¿qué sucede cuando algunos se salen de esas “normas”? Si históricamente se pensaron esas diferencias como

limitantes, otorgando y adjudicando un rol pasivo a las personas, podríamos comenzar a pensar y apreciar las diversidades como valores y potencialidades. El desafío está puesto en luchar por que las personas con padecimiento subjetivo tengan la oportunidad de gozar de una igualdad de derechos, como la participación (por nombrar uno entre los tantos que le son vulnerados) frente a una sociedad que no contempla la posibilidad de integrar plenamente la diversidad en sus ámbitos: educativos, de trabajo, de comunicación, entre otros.

Hacemos referencia también a que dicho espacio, se constituye como un dispositivo alternativo de la salud mental entendiéndose por éste a una organización creada para abordar la problemática, sus dimensiones, procesos y complejidades desde un punto de vista integral, con el objetivo de considerar no sólo la perspectiva biologicista sino también los atravesamientos sociales, culturales, políticos y económicos de cada padecimiento subjetivo.

Existe en Córdoba capital un solo dispositivo que depende del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, el cual se fue constituyendo mediante un proceso que fue tomando lineamientos internacionales y nacionales enmarcados en un enfoque de derechos, y que también se fue construyendo en un contexto de pujas y luchas políticas entre distintos actores de la sociedad. Entendemos que la Casa de Medio Camino se constituye según las trabajadoras sociales que lo coordinan, en una instancia ambulatoria, como un proceso de transición entre el hospital y la comunidad, para personas con padecimiento subjetivo estabilizadas, cuyas edades oscilan entre los 21 y 50 años. Allí, convive un grupo no mayor a seis personas que conviven en un lugar en “condición de casa” y no de institución hospitalaria. Se interviene diariamente para fortalecer su autonomía e independencia; en un tiempo determinado, aproximadamente de seis meses, con el objetivo que recuperen un nuevo lugar social de acuerdo a su proyecto de vida.

Al ingresar al espacio en el que llevamos a cabo nuestra práctica, claro que resultó interesante conocer este proceso del que formaron parte y fueron partícipes las trabajadoras sociales del campo de la salud mental, quienes además fueron las precursoras del proyecto, y lo sostuvieron. Por eso, recolectamos datos en algunas de las entrevistas que realizamos al equipo técnico y comentaremos de manera sintética cómo se fue construyendo y se puso en funcionamiento la Casa de Medio Camino.

Teniendo en cuenta su larga trayectoria de trabajo en los diferentes espacios e instituciones de la salud mental, las profesionales comenzaron a cuestionar, repensar y replantear el modo de abordaje de las diferentes prácticas desde una lógica de institucionalización, y se centraron en informarse desde otros marcos teóricos para tomar como base otras experiencias que se habían llevado a cabo en el campo de la salud mental que se contraponían a las lógicas de los espacios que transitaban en ese momento.

A partir de lo mencionado, señalamos su paso por el Hospital Neuropsiquiátrico en su rol de trabajadoras sociales y retomamos algunos comentarios de las profesionales que permiten observar cuestiones como el trato hacia las personas que allí se encuentran, la segregación, la falta de recursos, la mirada tutelar de encierro, la hegemonía de algunos saberes que priman sobre otros, como es el caso del médico quien define qué “tratamiento” le correspondía a cada persona utilizando la medicalización como principal respuesta.

Así, destacan cómo en la lógica institucional se pautan horarios que los “internos debían cumplir”, estableciendo una rutina a seguir con actividades en las que los sujetos no son protagonistas, más bien receptores de dicho funcionamiento, sin reconocer cuál es el tratamiento, tampoco teniendo en cuenta cuáles son sus proyectos de vida, lo que termina constituyendo problemas en relación a la autonomía de las personas, quienes internalizan

estos hábitos, lógicas de encierro difíciles de desaprender. Esto, se constituye en un desafío para los profesionales de la salud mental que trabajan desde otro posicionamiento.

En base a lo mencionado, destacamos que surge el interés del equipo en relación a pensar en la posibilidad de crear un dispositivo alternativo de atención, sobre el cual ya existían antecedentes a nivel nacional e internacional, pero que todavía no estaban plasmados en la normativa argentina, que luego termina por anexarse a la Ley Nacional y Provincial de salud mental aprobada en el año 2010.

Fue así, que se comienza a constituir el proyecto de red de alternativas terapéuticas para la inclusión social, que presentaron al Ministerio de Salud y Dirección de Salud Mental de Córdoba, y finalmente terminaron por aprobar en el año 2009.

Para que el espacio comience a funcionar se sortearon ciertos obstáculos que tenían que ver principalmente con la escasez de recursos materiales con los que contaban y los desafíos que presentaba el dispositivo al ser algo innovador, por lo que se requería la defensa y argumentación de cómo funcionaría un espacio que brinde respuestas a problemáticas de salud mental, sin que haya médicos, enfermeros que estén presentes de manera constante en la institución, pensando esto en relación a la hegemonía del saber médico instalado en la sociedad. Las trabajadoras sociales, se posicionaron sosteniendo que se trabajaría en equipo, desde la interdisciplina, con la consigna de que *“el dispositivo, trabaja el “entre”, y “lo cotidiano”, y ése, es un campo que le compete exclusivamente al trabajo social”* (Arrieta, y Gallici, comunicación personal, 18 de junio 2017)

Retomando entonces, tanto el cambio de paradigma que implica entender al sujeto como sujeto de derecho, y los lineamientos teóricos que tomó el equipo técnico para argumentar su propuesta, el dispositivo se constituye como un espacio flexible, al que es posible acceder sin tener en cuenta una normativa fija o muy estructurada a seguir a

diferencia de las instituciones monovalentes, se centran en cada caso y su ingreso se piensa en función de dar una respuesta a las personas y no a las instituciones como nos manifiesta una de las coordinadoras del espacio.

Dicho esto, ubicamos a la Casa de Medio Camino en el centro de la ciudad de Córdoba, la misma constituye el escenario abocado a la siguiente misión: la adquisición de habilidades sociales y su objetivo fundamental es promover la inclusión de las mujeres en distintos espacios (familia, trabajo, estudio, amigos), como así también evitar recaídas y re-internaciones.

Por otro lado, la misma tiene capacidad para la convivencia de seis mujeres entre veinte y sesenta años por un período no mayor de seis meses. Además, trabajan con las sujetas que ya han egresado del dispositivo acompañándolas y reforzando sus nuevos procesos.

Para el ingreso de las mujeres, el equipo técnico inicia un proceso de admisión/derivación de las mismas, por solicitud de los diferentes efectores de salud mental, del ámbito público como privado de la provincia.

Así, se establece una relación de encuentro, como punto de inicio en la que se tiene en cuenta la historia y contexto de la persona, incluyendo lazos sociales. Esto es un proceso de recuperación de estas cuestiones como estrategia de intervención. En este marco donde comienza el proceso de admisión, en el que se analiza cada caso en entrevistas pautadas con anterioridad con el equipo tratante, la mujer y algún referente familiar, en el caso de que exista alguno.

El dispositivo cuenta con un acuerdo de convivencia que debe ser firmado por las mismas, al igual que un consentimiento informado, como una herramienta de derechos fundamental, mediante el cual cada una acepta incorporarse a éste. Recuperamos ciertos criterios de admisión que se construyen en función de aspectos socioculturales,

socioeconómicos y sanitarios que son valorados en cada situación destacando su flexibilidad por parte de los profesionales teniendo en cuenta cada caso:

- Se establece una relación de encuentro, como punto de inicio de una mirada y escucha a la historia de esa persona y su contexto, así como también, una mirada a sus lazos sociales.
- Presentan dificultades de inclusión, fragilidad en sus vínculos
- Autoválidas, sin problemáticas físicas y con autonomía para desempeñarse en la vida cotidiana
- Estabilizadas en sus problemáticas de padecimiento subjetivo, cuyas edades oscilen entre los 21 a 50 años
- Que tengan un ingreso económico o que puedan desarrollar alguna actividad que garantice su autonomía y/o independencia facilitando su inclusión en plazos determinados.
- Que se cuente con información y presencia de los familiares, referentes y/o amigos para posibilitar un acercamiento con los lazos afectivos.
- Que, en su historia de vida, pudieran relacionarse con sus pares, lo que posibilitará trabajar en grupo, teniendo en cuenta horarios, espacios responsabilidades y convivencia
- Que no atraviesen en su proceso de tratamiento problemáticas judiciales.

Una vez que se genera el ingreso al dispositivo, se comienzan a pensar estrategias de acción que se ponen en marcha allí desde un punto de vista individual y grupal. Para esto, se generan espacios como el de las “reuniones de convivencia” del que participan diferentes actores y se constituye como un lugar en el que se reflejan los principales ejes de la Casa.

2.2) ¡Todas las voces, todas!: una mirada desde lo grupal.

Partiremos recuperando la importancia de un espacio que forma parte del dispositivo como un lugar de encuentro entre los diversos sujetos denominado “reuniones de convivencia”. Si bien no está formulado como regla formal, escrita, que establezca la obligatoriedad de todos los sujetos de participar de la misma, es una estrategia de intervención que utiliza el equipo técnico y permite analizar y trabajar múltiples cuestiones.

Entonces... ¿qué son las “reuniones de convivencia”? ¿Qué cuestiones nos permiten abordar? Entendemos a las mismas como un espacio de encuentro, problematización, escucha, diálogo, que tiene como eje fundamental, generar un intercambio de ideas, opiniones entre los participantes. Se propone que, a partir de la voz de los sujetos, se puedan consensuar diferentes cuestiones como: normas de convivencia, actividades, proyectos, entre otros temas que se hablan o discuten y de alguna manera surgen en el espacio. Además, se piensa como un espacio de libre expresión en el que cada una, siendo sujeto activo, pueda comentar inquietudes, sentimientos, conflictos, experiencias, motivaciones, deseos, vivencias.

Por otra parte, tenemos en cuenta que se llevan a cabo una vez a la semana y son coordinadas por las trabajadoras sociales, que van orientando la misma en relación a ciertas temáticas que permitan hablar (entre otras cuestiones) sobre los conflictos que surgieron a lo largo de la semana entre los sujetos, actividades a realizar en relación a las tareas cotidianas y las tareas para participar en los espacios comunitarios, recreativos, o de encuentro con “el otro”.

Al mencionar esta modalidad de trabajo grupal, hacemos referencia a la importancia de retomar algunos aportes de Pichón Riviere (1981), que nos orientan a comprender de

manera teórica por qué es fundamental analizar ciertos vectores que pueden ser relevantes para tener en cuenta en la práctica profesional, y que son los que en un grupo llevan y orientan al cambio, visto no como algo lineal sino con avances y retrocesos.

El autor, propone la teoría del cono invertido que intenta denotar los vectores que aparecen en un grupo entre los cuales encontramos la afiliación y pertenencia, comunicación, aprendizaje, cooperación, tele y pertinencia. Si éstos se desarrollan, crecen y se fortifican, favorece a que el grupo pueda realizar las tareas prescriptas y tienda al cumplimiento de los objetivos. Por el contrario, si las fuerzas grupales no se afianzan, el grupo perderá su tarea y su sentido, marchando a su disgregación o aparecerán los conflictos y malestares grupales.

Además, nos permite trabajar aspectos explícitos e implícitos que se hallan en el mismo. Entendemos por explícito a todo lo observable, a todo lo que se ve, a lo que pertenece al terreno consciente. Implícito, por el contrario, es todo lo que subyace, lo que no se muestra, lo que está escondido y es inconsciente; pero que sostiene a lo observable.

Así, obtendremos como resultado luego de un proceso de leer al grupo, la construcción de aquellas cosas que no se dan de manera a priori, la visibilización y explicitación de aquellas cuestiones que se mantienen implícitas, ocultas, silenciadas, y así se podrán trabajar para tender a un funcionamiento del grupo de la manera más fluida posible.

A modo de ejemplo, y fundamentación desde lo observado, tenemos en cuenta que a lo largo de las reuniones, surgieron momentos en los que los conflictos grupales se hicieron presentes, en relación a algunos de los vectores que nos permitieron analizar lo siguiente:

Primero, teniendo en cuenta que el grupo se va conformando en un proceso mediante el cual las personas desarrollaran pertenencia, y donde el grado de identificación es más profundo, se acortan las distancias, y se comienza a constituir la identidad de un

"nosotros", que permite la mutua representación. En ese momento, se logra el sentimiento de afiliación y *pertenencia* al grupo. En oportunidades el grado es mayor, y en otros cuando se comienzan a hacer visibles los conflictos que interfieren en el "buen funcionamiento" del grupo, surgen obstáculos que hacen que se pierda identidad grupal.

Pudimos visibilizar este vector en algunas situaciones de la práctica en la que observamos que las mujeres se sintieron parte de un grupo, con una identidad común. Por ejemplo, cuando el dispositivo atravesó una situación en la que contexto político/económico repercutió en la política que se venía implementando con la Casa, hubo un periodo de escasez de recursos económicos y humanos, por lo que frente a esto las mujeres decidieron, junto con otros actores defender el dispositivo visibilizando la situación y proponiendo de manera conjunta una serie de actividades creativas que tuvieran como objetivo denunciar" la situación que estaban atravesando" y la vulneración de sus derechos.

Remarcamos que durante ese proceso, las mujeres percibieron y entendieron el dispositivo como "su casa", en este sentido es que destacamos la pertenencia e identidad común que generó la unión de las mujeres (y otros actores) y culminó en una intervención a partir de un trabajo grupal, por ejemplo algunas de las frases registradas fueron; C "está bueno que pensemos qué hacer para quedarnos acá, para que podamos seguir viviendo acá porque es nuestro lugar", F "podríamos pensar en escribir algunos de los derechos entre todas que nos corresponden y no se cumplen porque no nos pasan la plata".

En relación a lo descripto, también nombramos que al estar presente la pertenencia también se dio a la par otro vector; la **cooperación**, que se define como la "colaboración entre los distintos participantes del grupo". La intervención anteriormente nombrada, no se hubiera podido lograr sin este vector presente. Dentro de éste, también analizamos los distintos roles que fueron surgiendo en el grupo y que permiten que cada sujeta pudiese aportar de manera diferente en la división de tareas tendientes a un mismo objetivo. Se

fomenta mucho desde las coordinadoras que los roles no sean fijos, más bien que se vayan alternando para que se promueva el desarrollo de habilidades en cada actividad que se lleva a cabo, así en las reuniones, se habló reiteradas veces de cómo trabajar logrando que cada una de las mujeres pudiera aportar desde el lugar en el que se sentían cómodas para llevar a cabo las organización de actividades grupales, pero también buscando la forma de variar la función que cumpliría cada una en el grupo de manera consensuada. Así, por ejemplo, F se encargaba de escribir en los afiches los reclamos que se expondrían en la intervención, mientras S compraba los materiales para poder realizar las actividades, etc.

A veces no se logra mediante el diálogo el consenso para generar acuerdos en tanto la forma de llevar a cabo actividades pensadas por el grupo, por lo que aparecen conflictos que hace que se debilite la “pertenencia” y “colaboración” debido a que comienzan a formarse subgrupos en función de las afinidades marcadas entre las convivientes, aquí es fundamental el rol de coordinadoras que intervienen para buscar soluciones que tiendan a la comunicación como eje fundamental para la solución de conflictos que se hacen presentes. Notamos que, en la organización para llevar a cabo las ferias en los diferentes espacios comunitarios, no lograban generarse acuerdos para ver quienes generarían el proceso de elaboración, venta, difusión, mientras que P remarcaba que “siempre era la encargada de vender los productos con C”, S decía que “siempre estaba a cargo de la cobranza con F”, y así comenzaban los problemas respecto a que una aportaba más que la otra.

En concordancia con lo dicho en el párrafo anterior, recuperamos el vector *telé*, que es la disposición de cada uno de los integrantes del grupo para trabajar más con unos que con otros, puede ser positiva o negativa, se da inicialmente cuando conocemos al -otro- que nos produce atracción o rechazo. Ejemplificamos centrándonos de acuerdo a diferentes momentos en los que dependiendo la situación que se presente, ha habido mayor o menor

disposición de trabajar con alguna participante de la casa. Esto se puede visualizar en las situaciones en las que se generaron tensiones grupales a raíz de conflictos, y a partir de esto, denotamos la disposición de dividirse o unirse según sus más afines.

Como el ejemplo anteriormente nombrado, destacamos los subgrupos que se constituían para llevar a cabo las mismas actividades, las coordinadoras buscaban generar el trabajo en equipo que varía los roles y que cada una pueda hacer las diferentes actividades propuestas, así, todas participaban por momentos en la venta, en la compra de productos, y en los diferentes momentos de producción, esto es: pintura, cocina, etc.

2.2.1) ¿Cómo significamos el espacio cada uno de los actores?

Desde nuestro punto de vista y teniendo en cuenta algunas cuestiones observadas en la práctica, intentaremos delimitar algunas significaciones de los diferentes actores en cuanto a este espacio de encuentro.

Señalamos en primer lugar a las *trabajadoras sociales*, como coordinadoras del espacio que utilizan las reuniones como herramienta trabajo para abordar lo grupal. Mediante éste, se busca no solo tener un registro semanal, sino también se propone que cada sujeto tenga voz y comience a reconocerse con el resto del grupo. Se propone que existan roles diferenciados en las mujeres como forma de organización de su vida cotidiana pero que esos roles no sean fijos sino flexibles e intercambiables en cuanto a las diferentes actividades propuestas, para que puedan fortalecer sus habilidades.

También, les permite trabajar sobre los principales ejes del dispositivo: salud comunitaria, autonomía e inclusión social, lo que permite ordenar las distintas formas de organización para elaborar estrategias que hagan posible la participación de las mujeres en espacios socio-laborales, como así también actividades recreativas, culturales, comunitarias.

Además, en dicho espacio se hacen explícitas aquellas cuestiones implícitas o “no habladas” que son de suma importancia para trabajarlas de manera conjunta.

Constituye un espacio de resolución de conflictos que surge en el grupo y que son expuestos allí, de manera que cada una puede aportar un punto de vista y resolverlos a través del diálogo.

Por otra parte, forman parte del espacio las mujeres que conviven en la Casa, quienes asumen un protagonismo central en las reuniones, ya que como mencionamos anteriormente se constituye como lugar de libre expresión, promoviéndose la empatía, comprensión y la escucha.

En relación a las *mujeres egresadas*, el espacio se constituye como un encuentro con las demás integrantes y lo significan desde un lugar en el que les permite participar de los espacios sociolaborales. Algunas de ellas, participó de las actividades de elaboración de los productos que luego vendían en las ferias que se llevaron a cabo en diversos lugares a lo largo del año.

El dispositivo también está abierto en caso de que deseen participar de actividades o hablar de cuestiones personales y compartirlas en grupo, compartiendo sus vivencias por lo que lo significan como un lugar de contención.

Como *estudiantes*, significamos el espacio desde un lugar que nos permitió comenzar a formar el vínculo con las mujeres y comenzar a conocer la historia de vida de cada una y cada proyecto de vida, por otra parte aprender el funcionamiento de la casa y los principales ejes que allí se abordan ; y también constituirnos como sujetas participantes del proceso con capacidad de proponer actividades e intervenir en el espacio, de manera que también nos permitió organizar y pensar en estrategias para ir implementando de manera conjunta y desde el lugar de apertura e intercambio con el resto de los participantes.

También nos posibilitó llevar un registro en relación a las cuestiones abordadas y sobre lo trabajado, de manera que nos posicionamos desde un lugar de pensar y proponer ideas que pudieran trabajarse con el grupo.

Finalmente, como mencionamos con anterioridad, el dispositivo trabaja desde un abordaje individual, grupal elaborando estrategias con la mirada puesta en la inclusión de las mujeres en los diversos espacios de la comunidad. Como vimos en este punto, se planifican y coordinan actividades de manera grupal, pero teniendo en cuenta los diferentes aportes e intereses de cada una de las mujeres. Así, comienza a pensarse en estos espacios las actividades de las que formarán parte, y qué espacios de la comunidad transitarán.

2.3) Una perspectiva desde lo comunitario: tejiendo redes.

Un punto importante a analizar son las problemáticas que aborda el dispositivo y las estrategias de intervención que ponen en juego las profesionales. Nos preguntamos entonces ¿Cuáles son las problemáticas y qué respuestas aparecen para abordarlas?

Partimos en retomar que el equipo técnico de la Casa de Medio Camino describió que “los dispositivos, trabajan con la noción de *proceso social* como estrategia de cambio, es decir, trabajan desde un encuadre social a través de un equipo de profesionales para abordar los procesos de los sujetos teniendo en cuenta a la persona como protagonista, desde una posición de salud y no de enfermedad” (Gallici, comunicación personal, 18 de junio 2017).

Desde este enfoque, la atención de las personas con padecimiento subjetivo no se limita a considerar solo la enfermedad y sus aspectos biológicos, más bien se propone un cambio en el modelo de atención que tienda a tener en cuenta otras dimensiones del ser humano, abarcando su pertenencia al colectivo social, por lo tanto, el contexto (social, político, económico, cultural) que lo atraviesa.

A partir de esto, nombramos algunas de las problemáticas de las mujeres que aparecen en la institución donde llevamos a cabo la práctica. Entre aquellas que se priorizan en el espacio: la falta de autonomía de las sujetas, la escasez de recursos económicos, el contacto con los familiares o redes de apoyo que pudieron haberse perdido o debilitado, y también los proyectos de vida y deseos anulados luego de los períodos de institucionalización, la inexistencia de políticas públicas que promuevan espacios de talleres o capacitaciones sociolaborales, acceso a una vivienda, entre otros.

Para dar respuesta, el equipo técnico se posiciona enfocándose en el modelo comunitario en el que prevalecen tres ejes: el fortalecimiento de la autonomía, el trabajo con base en la comunidad y la inclusión social.

En primera instancia, desde la intervención se tiende a trabajar el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres, entendiéndolas como sujetos de derecho, con potencialidades y habilidades para desarrollar acciones que las constituyan como partícipes de su proceso de transformación. Así consideramos la importancia de reconstruir con ellas su historia de vida, atravesamientos e intereses que las motivan en pos de lograr la inclusión social.

Por otro lado, siguiendo a Rodríguez (2009), entendemos que tanto en la Declaración de Caracas, como la OPS y la OMS, se propone generar estrategias desde la acción profesional con el fin de lograr un trabajo con base la comunidad, teniendo en cuenta que “toda persona tiene derecho a vivir y ser incluido en la misma” (p. 37).

Cabe mencionar entonces algunos puntos para hablar de inclusión y participación:

- Que las personas con padecimiento subjetivo, tengan la oportunidad de elegir su residencia; dónde y con quién vivir.
- Que tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en la comunidad,

incluida la asistencia personal y su inclusión en la comunidad para evitar aislamiento

- Que estén a disposición las instalaciones y servicios en la comunidad, para la población teniendo en cuenta necesidades de la misma.

Así, comenzamos a pensar en un cambio de modelo de atención de salud mental institucionalizada a uno más participativo y comunitario constituido por ciertos puntos que nombraremos a continuación. Dicho modelo recordemos que se enfoca en “lograr que las personas mantengan su integración social, conserven sus redes de apoyo social y sean miembros activos en la vida comunitaria”. (Rodríguez 2009, p. 43)

Este tipo de atención, requiere de una colaboración entre los servicios de salud mental prestados en los diferentes niveles de atención de salud.

El primer nivel formal de atención, lo constituye la atención primaria de la salud, puesto que proporciona una mayor accesibilidad física y económica, es más aceptable y ofrece la posibilidad de tratar a las personas en su propio entorno. Ésta es fundamental para lograr una atención comunitaria de calidad.

Por otra parte, en cuanto la atención de salud comunitaria es importante conocer cómo se establecen los servicios para evitar hospitalizaciones innecesarias. Existen los servicios comunitarios formales de salud mental (centros de día, casas de medio camino, casas asistidas entre otros) que son un requisito imprescindible para que las personas con padecimiento subjetivo logren una real inclusión en la comunidad, poniéndose atención al seguimiento y apoyo de las familias. Nombramos también que existen los servicios de los hospitales generales y los servicios comunitarios no formales de salud mental (servicios prestados por ONG, grupos de apoyo, profesionales de otras áreas, entre otros), con los que se puede generar algún tipo de articulación.

Finalmente, la noción de salud colectiva también debe constituirse como una estrategia colectiva y territorial que tienda a organizar los servicios en salud mental, y debe contar con ciertos principios como: la mutación desde una acción individual a una colectiva frente a las personas y su contexto valorizando diferentes recursos, la educación de la población en la desmitificación de los conceptos de peligrosidad y los prejuicios irracionales frente a las personas con padecimiento subjetivo, poniendo el énfasis en iniciativas culturales capaces de modificar la imagen social de la enfermedad y la articulación con instancias administrativas generales y territoriales capaces de capitalizar la acción de los técnicos y también de realización de una nueva organización de los servicios, entre otros. (Rotelli, 2014, p. 85)

Dicho esto, entendemos que el objetivo del modelo comunitario, es lograr un enlace entre el sujeto con padecimiento subjetivo y la comunidad que lo rodea. Por consiguiente, en esta relación se requiere la participación y compromiso, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de los interesados directos, familiares y los profesionales de otros sectores, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros.

2.3.1) La interdisciplina y trabajo en red, dos nociones para entender el modelo comunitario.

Tanto la interdisciplina como el trabajo en red, son dos cuestiones fundamentales a tener en cuenta a la hora de pensar en un enfoque de salud comunitaria desde la que opera el dispositivo. Según Rovere (1999) “se lo entiende como el lenguaje de los vínculos constituido entre personas donde se conectan para lograr objetivos, por lo que remitimos a un concepto fundamentalmente vincular” (p. 36). Definir a los actores sociales que aparecen en el escenario es importante, según Robirosa (2004) “lo que caracteriza o

identifica a un actor social es su posición particular en ese escenario, su papel, rol, propósitos o intereses” (p. 22).

Al introducir este concepto, entendemos que la Casa al articular con otras instituciones, actores sociales y teniendo en cuenta sus objetivos como dispositivo, toma como fundamental este trabajo para lograr la inclusión social y la autonomía.

La articulación con dichos actores, nos remite a pensar que existen distintos niveles de redes, en los que se van conformando vínculos solidarios entre las personas, Rovere (1999) destaca específicamente que en el proceso de construcción existen diferentes niveles, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos, para monitorear los grados de profundidad de una red. Estos, podrían nombrarse como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación, donde cada uno sirve de apoyo al siguiente. (p. 64)

El primer nivel sería el de reconocimiento, que expresaría la aceptación del otro. No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar, recorrimos este primer nivel cuando comenzamos a aceptar que el otro existe, cuando se hace presente y lo tomamos en cuenta.

Hay un segundo nivel que es el de conocimiento. Luego que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empezamos a tener en cuenta su palabra, a necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa interés por querer entender cómo se ve el mundo desde su perspectiva.

En el tercer nivel, a partir del interés y del conocimiento empiezan a existir algunos episodios de colaboración. No es una ayuda sistemática ni organizada, sino espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad, empiezo a colaborar, pero espero también que colaboren conmigo.

Respecto al cuarto nivel ya existen algunas formas sistemáticas de cooperación, que supone un proceso más complejo porque supone que existe un problema común, por lo tanto, hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir que hay un compartir sistemático de actividades.

Finalmente, en quinto nivel donde hay asociación, donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

Cada uno de los niveles mencionados está presente en relación a las redes generadas con diferentes actores con los que articula la Casa de Medio Camino, por ejemplo, así como estuvo presente el primer nivel de reconocimiento con aquellos actores involucrados en la salud mental con los que se podría pensar actividades en conjunto, surgió el interés por conocer cuáles son las acciones que genera ese “otro” aquí destacamos la importancia de recurrir a los saberes que portan por ejemplo los profesionales que forman parte del equipo interdisciplinario para abordar las problemáticas desde una mirada compleja, dependiendo del posicionamiento de cada uno.

Destacamos por otra parte, la colaboración con instituciones que prestaron sus espacios para llevar a cabo las ferias, las cuales a su vez también se llevaron a cabo en el dispositivo, es decir se dio reciprocidad, en un primer momento fue pensada de manera esporádica, pero como hubo buenos resultados, comenzaron a hacerse de manera organizada y seguida, por lo que pasamos al cuarto nivel, la cooperación, en donde el objetivo estaba puesto en recuperar la mirada de atender las problemáticas de salud mental con una lógica comunitaria generándose así, un conjunto de actividades organizadas desde las distintas instituciones con el fin de conocer y recorrer los espacios comunitarios para presentar los productos elaborados por los sujetos para generar capital económico. Así, se pensaron y llevaron a cabo las ferias en cada una de las instituciones presentes, prestando su espacio para dicho objetivo.

Finalmente, en cuanto al nivel de asociación en la articulación UNC y Casa de Medio Camino se vienen generando contratos desde hace años, con el fin de cumplir objetivos y proyectos en común, así ingresan estudiantes al dispositivo, que a su vez abre las puertas para que puedan pensarse estrategias para llevarse a cabo.

Lo importante aquí es poder visualizar que las articulaciones con diferentes actores no implican necesariamente todos los niveles, en ocasiones, con ciertos actores, se generará o logrará un solo nivel, y con otros, más de uno, por lo que decidimos recabar información en base a los propios registros de campo y plasmarla en el siguiente cuadro.

Niveles de redes

<u>NIVELES DE REDES</u>	<u>ACCIONES</u>	<u>EJEMPLOS PRÁCTICOS</u>
-RECONOCIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Reconozco a un otro • Aceptamos su identidad • Consideramos que puede aportarnos algo. 	<p>-Este nivel se presenta en varias articulaciones con actores. existe un reconocimiento de las trabajadoras sociales hacia nosotras, como sujetas pares de trabajo, en los proyectos que llevan a cabo. a su vez este nivel se presenta la relación social establecida de nosotras para con las mujeres, y de las trabajadoras sociales para con las mujeres, así como cualquier otro tipo de practicante. En ese reconocimiento se cree en el intercambio de ideas, porque al reconocer al otro su opinión vale, y nos sirve para ver cosas que quizás no vemos y nutrirnos mutuamente. Por lo general notamos este nivel en los primeros momentos de</p>

<p><u>CONOCIMIENTO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quiero conocer a ese otro • Ver como significa el mundo 	<p>inserción y acercamiento a los actores, los primeros contactos.</p> <p>-También este nivel aparece en la relación entre la Casa y la Secretaría de salud. Quien reconoce a la Casa como algo que tiene derecho a existir.</p> <p>-Este nivel lo notamos presente en diferentes situaciones. Por ejemplo, entre las trabajadoras sociales y la familia, averiguó cómo está constituida la familia, qué tipo de relación tiene con las mujeres, cómo pueden aportar, si hay predisposición. Entonces conozco a ese otro y lo hago presente en el proceso. Aquí el valor que prevalece es el interés.</p> <p>También este nivel se presenta en otro ejemplo como ser, las mujeres y la sociedad civil. las mujeres se interiorizan en cuanto a con qué actores van a trabajar, y se generan diferentes interacciones sociales que luego derivan en otros niveles de trabajo en red. Por último, se visualiza entre la casa y el ministerio de salud, quien a través del conocimiento mutuo interactuar para recibir lo destinado del presupuesto.</p>
<p>COLABORACIÓN</p>	<p>-Empiezo a trabajar con:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este nivel está dado desde los dos niveles previos. El trabajo en red en este nivel se ve visualizado en la

<p>1. -COOPERACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espontaneidad en las actividades que se realizan • Comparto sistemáticamente 	<p>realización de, por ejemplo: intervenciones artísticas en forma de reclamo en el que participaron muralistas, practicantes, coordinadoras de la casa y practicantes. Se realizó una intervención que consistió en una bomba” de denuncias por el contexto político- económico por el que estaba atravesada la casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otro ejemplo de este nivel es cuando se articuló con diferentes profesionales en el área de educación saludable en tanto gimnasia y salud alimenticia. Hubo colaboración para realizar talleres y diferentes actividades en las que participaron las invitadas y las mujeres que habitan la Casa. también un proyecto pro huerta” donde profesionales del rubro de la agronomía enseñaron a las mujeres a aprender sobre cosecha. fueron actividades esporádicas. • Para este nivel ejemplificamos cómo las mujeres articulan con otros actores de
------------------------	---	--

	<p>actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • comparto un problema en común co-problematizo situaciones 	<p>la sociedad civil para las estrategias de reproducción de su vida cotidiana, uno de estos ejemplos es cuando participan del encuentro de usuarios, en el que se problematiza la situación actual de la salud mental y que experiencias está viviendo cada una o que les parece que se debería transformar. Además, en esos encuentros se aprovecha a comercializar los productos de todos los usuarios que participan. También hay cooperación entre las trabajadoras sociales y las practicantes quienes co-problematizan constantemente situaciones y buscan estrategias integrales. Hay intercambio sistemático que enriquece los procesos grupales e individuales. se pautan objetivos a seguir con los diferentes profesionales y practicantes, y se llevan a cabo supervisiones y seguimientos en conjunto.</p> <p>nismo, en cuanto a nosotras interviniendo también nos encontramos en este nivel con las mujeres, quienes</p>
--	--	--

<p>ASOCIACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparto recursos • Comparto objetivos • Comparto proyectos 	<p>diseñamos actividades para desarrollar a lo largo de un año de práctica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podemos ejemplificar este nivel en la asociación de UNC mediante los convenios realizados y la casa de medio camino. En la que se insertan practicantes todos los años, se proyecta en conjunto las estrategias de intervención anual. Hay reuniones de seguimiento entre profesionales y practicantes. Se hacen acuerdo de trabajo, se delimitan las reglas de juego y competencias de cada actor. • Igualmente, entre las mujeres y la casa también existe este nivel donde ya están trabajados los cuatro niveles anteriores que
-------------------	---	--

		desembocan en la asociación de las mismas. comparten los mismos objetivos y sólo a partir de potenciar todos los niveles se pueden lograr.
--	--	--

Es necesario aclarar que en diversas intervenciones un nivel no puede darse aislado de otro. En la coordinación de la casa para trabajar por ejemplo con la universidad y sus practicantes, existe previamente un nivel de reconocimiento, conocimiento, colaboración y cooperación. Lo mismo para cuando me relaciono con la familia desde el dispositivo, para desarrollar el nivel de conocimiento primero debo reconocer que esas personas existen y pueden ser parte del proceso. Para con nosotras y las mujeres, no podríamos asociarnos, si previamente no desarrollamos los niveles mencionados, puesto a que el proceso de práctica implicaba trabajar con los cinco.

Muchas de las intervenciones se articulan desarrollando más de tres niveles, pero hay casos en los que los actores sólo desarrollan un solo nivel. Por ejemplo, con el Ministerio de salud solamente existe una relación de reconocimiento y conocimiento, porque no participa en el proceso de las acciones que lleva a cabo la casa para con las mujeres, es netamente burocrático. Con el Neuropsiquiátrico, solo existe una relación de conocimiento y colaboración, ya que se reconoce a un otro que comparte la problemática, se colabora en las cuestiones de estrategias integrales basadas en los acompañamientos de la salud de las mujeres, pero no se lleva a cabo un proceso por ejemplo de cooperación en que se constituyan actividades planeadas conjuntamente para las personas con padecimiento subjetivo.

Para especificar cómo se llevan a cabo las articulaciones de manera específica con algunos actores, comenzaremos mencionando el Ministerio de Salud y la Dirección de Salud mental pertenecientes a la provincia de Córdoba quienes se encargan de la política de salud de la provincia ya que aportan el capital económico, es decir, los recursos que posibilitan el sostenimiento de dispositivo y se destinan semanalmente.

Por otra parte, los familiares de las mujeres con padecimiento subjetivo son actores que pueden significar facilitadores u obstaculizadores en cuanto al proceso de las mismas. Éstos representan lazos afectivos, costumbres y hábitos que atraviesan la experiencia de cada una de las mujeres. De esta manera, entendemos la importancia de la participación y acompañamiento de éstos en el proceso.

Otra institución a nombrar es el hospital Neuropsiquiátrico de la provincia de Córdoba, por un lado, fortalece y aporta al abordaje en salud mental a través de los profesionales de salud disponibles para el trabajo con las mujeres, en cuanto a la entrega de medicamentos, o vinculación para algún evento que se participa conjuntamente, por iniciativa de algunos actores que establecen prácticas instituyentes. También participan de diversos talleres o actividades socio económicas llevadas a cabo en el hospital como ser repostería, pintura, cocina, entre otras.

Finalmente, se genera una articulación entre la UNC y el dispositivo, con el que se coordina el ingreso de estudiantes de diversas carreras para que lleven a cabo la práctica preprofesional. Entre ellos, estudiantes de psicología, trabajo social, etc.

Si bien los actores anteriormente nombrados se constituyen como primordiales, desde la Casa se busca generar articular con espacios a fin de lograr la participación de las mujeres en talleres, capacitaciones, encuentros sociales y culturales en los que se promueve el arte; como la música, las manualidades, cocina, etc; así como también ferias,

encuentro de usuarios, actividades en la casa del joven, paseos organizados, logrando transitar espacios de socialización, y salida a la comunidad.

Por otra parte, en el trabajo en red también aparece la interdisciplina y los diferentes profesionales que colaboran en las intervenciones, integrando las acciones que se llevan a cabo con los sujetos de intervención.

Consideramos que la interdisciplina es parte de las estrategias y acciones profesionales, por lo que nos pareció pertinente retomar dos autores para abordar lo que implica dicha noción.

Nos parece oportuno la conceptualización expuesta por Morin (2005), quien sostiene que la interdisciplina implica encontrar puntos de contacto entre las disciplinas en la que cada una aporta sus problemas, conceptos y métodos de investigación. El estudio, el análisis y la comprensión de los problemas no puede realizarse a través de la separación de las partes, fragmentando en áreas las dimensiones constituyentes de un problema, sino que la tarea debe ser la búsqueda de las interrelaciones internas de un todo. Las prácticas interdisciplinares se fundan en el encuentro, la cooperación y producción de nuevos marcos conceptuales compartidos, y de ninguna manera, significa perder la especificidad disciplinar. Es abordar y comprender una problemática como un entramado heterogéneo e inseparable, donde la interrelación de todas las dimensiones permite concretar la paradoja de lo uno y lo múltiple.

Por otro lado, nos interesa resaltar los aportes de Carballeda, citado por Raimondi, Alcoba y Kicyla (2012) en relación a la noción de interdisciplina, entendida ni más ni menos como la confrontación en el diálogo de distintas visiones de mundo traducidas en conocimiento (...) así, se puede presentar como una oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la "competencia" individual desvaloriza el trabajo en equipo. (p. 9)

También, pensando en la Interdisciplina en los servicios de salud, se enfrenta a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia estos, en tanto la expresión de una serie de cuestiones que en muchos casos superan los marcos de conocimiento de cada campo de saber que conforman los equipos de salud.

El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición. Una de las primeras cuestiones que aparece como compleja dentro de esta posibilidad se centra dentro de la necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud - enfermedad, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de los usuarios, la noción de salud, la visión de "problema social", etc., posiblemente desde allí sea factible la construcción de equipos de trabajo. Pero, a su vez, la conformación de un "equipo de trabajo" implica sostener los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la Intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal.

En síntesis, se la puede entender como un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la Intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. En definitiva, no es un problema de encuentro o sumatoria de campos de saber sino de interacción y reciprocidad simétrica. Es decir, una complementariedad, obligando a reconocer la incompletitud de las herramientas de cada disciplina, aun así, aparece obstáculos en tanto el trabajo en equipo, ya que surgen tensiones entre las profesiones a raíz de "jerarquías" estas. Pareciera que la interdisciplina puede ser entendida, entonces, como una entelequia en donde en lugar de trabajar en equipo, se pasa la responsabilidad de una disciplina a otra, en la que se cree con más posibilidades para que resuelva la problemática en juego. (Raimondi, & Kicyla 2012, p. 10)

Para visibilizar este trabajo que se realiza desde el dispositivo, tenemos en cuenta que por ejemplo que mientras los médicos darán respuesta a necesidades biológicas en función a la salud en general, los psiquiatras atenderán cada “diagnóstico” y brindan la medicación pero no como única respuesta, sino complementándola con otras intervenciones, a su vez los psicólogos interpelarán y abordarán problemáticas en función de cada particularidad, las trabajadoras sociales se enfocarán y harán hincapié en el contexto, la historia de vida de cada una, teniendo en cuenta su proyecto de vida y las redes que se pueden ir generando con sus lazos sociales y otras instituciones. Además, los acompañantes terapéuticos se centran en cada caso individual, supervisando cada proceso, intentando estimular también las habilidades de las mujeres, acompañando procesos de estabilidad y crisis.

Un caso práctico del trabajo en red, puede verse en las reuniones que se realizan distintos profesionales entre ellos médicos, acompañantes terapéuticos, psicólogos, etc., en el que se piensa de manera conjunta las estrategias y se intercambian saberes, realizando un seguimiento de cada sujeta y en qué caso que aparezca alguna crisis individual en las mujeres, o algún retroceso en el proceso, se vuelven a pensar acciones en conjunto. Lo mismo sucede en los proyectos de inclusión, se piensan acciones con los profesionales y practicantes de diferentes disciplinas en pos de lograr ese objetivo.

Existe flexibilidad para proponer actividades en base a los acompañamientos grupales e individuales por lo que se piensan ideas, se comunican a las coordinadoras, y se elaboran respuestas a las sujetas de manera conjunta. Esto se puede visualizar en la inserción de espacios sociolaborales, también en los acompañamientos individuales con apertura a la comunidad y en los espacios recreativos en los que se propone desde las practicantes y desde las profesionales.

Este abordaje piensa y delimita acciones que vayan de la mano de los lineamientos que se trabajan en la Casa de Medio Camino, primando fuertemente la mirada social de la persona, y no la de los diagnósticos.

2.3.2) ¿Qué obstáculos aparecen en escenario de la salud mental que dificultan el trabajo con base en la comunidad?

Para concluir, entendemos que poner en práctica el modelo que desarrollamos anteriormente resulta un desafío para aquellos profesionales que piensan y llevan a cabo intervenciones que están en concordancia con una mirada transformadora/desinstitucionalizadora.

Inicialmente, teniendo en cuenta una mirada amplia y más general, retomamos lo que plantea Buriyovich (2011), quien entiende que a pesar de la sanción de la Ley de Salud Mental 9848, el presupuesto destinado a la salud mental, es un indicador a atender, ya que presenta carencias y resultan una barrera en la implementación de políticas de salud mental.

Así, los estándares internacionales, establecen que el 10% del presupuesto de salud, debe destinarse a salud mental. Si se consideran los últimos ejercicios presupuestarios (a partir de la sanción de la ley en el año 2010), ninguno alcanza este objetivo, por lo contrario, ha ido disminuyendo (p. 56). Esto, hace visible el déficit de la capacidad estatal para llevar adelante los desafíos de la Ley 9848. Además, parte del presupuesto es destinado mayoritariamente a instituciones monovalentes y no a dispositivos alternativos lo que promueve la institucionalización de las personas con padecimiento subjetivo y que la atención a problemáticas se reduzca a espacios en los que predomina el encierro, y que por año tanto no promueven el trabajo que remite a la articulación con la comunidad.

Por otra parte, Rodríguez (2009) sostiene que, como punto de partida para trabajar desde un modelo comunitario, es necesario promover la intersectorialidad para fomentar una amplia gama de servicios que permitan sostener el tratamiento y la atención de las

personas con padecimiento subjetivo y que tienda la inclusión social. Por consiguiente, la colaboración entre los diversos sectores de la salud mental, es decisiva para lograr tal modelo. (p. 53). Pese a esto, la coordinadora del dispositivo, nos comenta que el sistema de salud mental está muy fragmentado y genera dificultades a la hora de pensar y poner en práctica estrategias que tiendan a resolver problemas con el objetivo de lograr la inclusión social.

Así, Buriyovich (2011) también plantea que dicha temática, está atravesada a su vez por otras problemáticas como consumo problemático, violencia de género, vivienda, educación, medicalización, niñez, entre otros, que responden a múltiples causas y requieren articulación entre diversas áreas del estado provincial, que propongan una intervención más integral, por ejemplo, deberían existir y ponerse en marcha programas de acompañamiento para la inclusión laboral, acceso a la vivienda, etc. así como también al tratarse de una problemática compleja, habría que pensar y generar respuestas integrales a problemáticas complejas que requieren de un articulación para llevar a cabo un abordaje interdisciplinario, basado en la sumatoria de saberes especializados, técnicos, específicos que aporten visiones, pluralidad de conocimientos y participar en el abordaje de resolución de problemáticas.

Como describimos anteriormente, en las redes que generan articulaciones entre actores insertos en las instituciones, tienen visiones e intereses distintos, de este modo, así como surgen alianzas que direccionan las intervenciones de cada uno hacia una misma respuesta, también aparecen conflictos y pujas. Sucede que en la sociedad están legitimadas ciertas prácticas, saberes y formas de abordar a la salud mental legitimados, de esta manera empiezan a entrar en contradicción y a su vez coexisten con el paradigma de derechos que está enmarcado en la ley nacional de salud mental, resultando difícil instalar prácticas contrahegemónicas con nuevas miradas que transformen las intervenciones.

Finalizando, si tenemos en cuenta aspectos micro que también aportan a la dificultad de promover la desinstitucionalización, en la sociedad se sostiene y predominan las prácticas enmarcadas en un modelo tutelar, que basándonos en las visiones que se instalaron a lo largo de los diferentes siglos en relación a la locura se reproducen las formas de ver al sujeto que debe ser “medicado”, “encerrado”, “tratado”.

El desafío como profesionales está puesto en seguir construyendo puentes y tejiendo redes que derriben las prácticas hegemónicas y deshumanizadas para lograr la emancipación y el empoderamiento de los sujetos con padecimiento subjetivo, por eso consideramos importante la formación y capacitación de los mencionados que pudieran incorporar y generar nuevas prácticas en los espacios en donde se insertan para trabajar desde otras lógicas.

En términos generales en relación a lo mencionado, según lo que propone Rotelli, “la estructura manicomial queda vigente más allá de que haya dispositivos alternativos, es decir la desinstitucionalización, no implica solamente la desinstitucionalización de las instituciones sino-debería decir fundamentalmente- la desinstitucionalización del psiquiatra y los profesionales de salud mental (...) más bien se tiende a tener en cuenta una crítica de las prácticas manicomiales, de todos los servicios que hablan de dónde pongo el ojo y cómo atiende el padecimiento subjetivo”. (Rotelli, 2014, p. 144). Por eso consideramos que el cambio de paradigma se lograría pensando en deconstruir prácticas manicomiales a partir de la formación de profesionales que se apoderen de los conocimientos requeridos para trabajar las problemáticas de salud mental en función de lo que plantea la Ley de Salud Mental, que tienda al cierre total de manicomios, generando internaciones breves, con la mirada puesta en un sujeto atravesado por un contexto.

En el próximo capítulo relataremos una práctica transformadora, donde las sujetas son partícipes de su proceso de cambio desde la mirada contrahegemónica de atención en el campo de la salud mental.

Hacemos referencia también a que dicho espacio, se constituye como un dispositivo alternativo de la salud mental entendiéndose por éste a una organización creada para abordar la problemática, sus dimensiones, procesos y complejidades desde un punto de vista integral, con el objetivo de considerar no sólo la perspectiva biologicista sino también los atravesamientos sociales, culturales, políticos y económicos de cada padecimiento subjetivo.

CAPÍTULO III

La Historia detrás de cada rostro.

“Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias” E. Galeano

3. 1) El padecimiento subjetivo: reflexiones sobre su definición.

En el capítulo anterior, desarrollamos el funcionamiento del dispositivo en el que nos insertamos para llevar a cabo la práctica pre-profesional, teniendo en cuenta los aspectos más significativos de dicho escenario. En el presente capítulo, nos centraremos en caracterizar nuestro sujeto de intervención: las mujeres que habitan, transitan y egresan de la Casa de Medio Camino.

Como punto de partida, retomamos la importancia del cambio paradigmático en cuanto a la manera de denominar a las personas con padecimiento subjetivo que trajeron las nuevas leyes de salud mental, que ubican al sujeto como destinatario de las políticas sociales ya no desde un lugar asociado a “sujetos con necesidades de ser asistidos”, sino entendiéndolos como titulares de derechos, con posibilidad de demandar prestaciones que el estado tiene la obligación de garantizar.

Frente a esta era de importantes avances en materia de derechos humanos, volvemos a posicionarnos, a la hora de caracterizar a las mujeres (y en estos nuevos modos de ver a las mismas), en defensa de este paradigma, que nos interpela en cuanto a cómo debemos intervenir, crear y construir dentro de la acción profesional que desempeñamos.

Además, nos parece interesante hacer un aporte en cuanto a lo que pensamos que debe desmitificarse en la sociedad cuando hablamos de padecimiento subjetivo, y que la misma asocia y denomina como “enfermedad mental”, “locura”, porque consideramos que las lógicas manicomiales están en la sociedad misma. Y nos preguntamos... ¿no es acaso la locura una construcción social? Esto es algo que debemos problematizar como seres sociales para comenzar a erradicar toda forma de discriminación frente a las personas que atraviesan estas experiencias.

Para sumar al análisis, tomamos un aporte del psicólogo Gorbacz (2013), quien nos invita a pensarnos a todos como sujetos que atravesamos algún grado de padecimiento subjetivo, ya que sostiene que nadie está exento de haber sufrido en algún momento de su vida angustia, temores, fobias, ansiedades, etc., por lo que intenta minimizar el peso que conllevan las etiquetas y prejuicios generados en el imaginario social hacia las personas que transitan estos procesos. Frente a esto, sostenemos que los sujetos con padecimiento subjetivo deberían dejar de considerarse “diferentes” y además; poder ser atendidos en los hospitales en donde todas las personas acuden cuando necesitan dar respuesta a los problemas que aparecen, así como también, insistimos, los servicios de salud deberían estar preparados para las nuevas demandas y realidades.

Por otra parte, nos llama la atención lo impregnado que está de prejuicios las tipologías de “enfermedades” que aparecen en los manuales, que se crean para catalogar y enmarcar dentro de determinadas “conductas a las personas” y que terminan siendo fuertemente estigmatizadoras en estos casos. Creemos que debe haber visiones amplias e integrales de múltiples factores a la hora de definir y pensar el padecimiento subjetivo en todas sus formas.

Frente a esta reflexión, profundizaremos en lo que se define como padecimiento subjetivo. Según la real academia española, padecer significa: sentir corporalmente un daño, dolor, soportar agravios, injurias, sufrir. Barbosa y Orfila (2018), reflexionan que las señales que podemos encontrar en el devenir del padecimiento subjetivo son numerosas; cuerpos fragmentados, violentados, arrasados, que luchan por afirmarse en un contexto marcado por la indiferencia hacia el prójimo y la fragilidad de los vínculos. Los indicadores del padecimiento están inscriptos en la piel de aquellos que día a día subsisten y resisten situaciones adversas. Estas vidas están atravesadas por un modelo cuya lógica de funcionamiento plantea la exclusión como un eje para su reproducción. Cuerpos marcados

por la angustia, frustración e incertidumbre son algunas de las formas en que emerge este malestar.

Carballeda (2009), sostiene que la categoría padecimiento subjetivo expone tensiones conceptuales entre lo subjetivo y lo objetivo, es una bisagra que muestra lo social incorporado, hecho cuerpo, hecho huella. Esta categoría articula la trayectoria individual y el contexto histórico-social. Muestra la forma en que las personas transitan-transitamos las privaciones materiales, las injusticias, y al mismo tiempo pone en evidencia la particularidad en las maneras de decodificar situaciones y modificar la propia vida. (p. 79).

Así, a través de estas caracterizaciones, comenzaremos a detectar cómo van entrando en juego todas estas cuestiones que se entrelazan, en la salud mental de las personas y cómo influyeron y atravesaron la vida de cada una.

3.2) Las mujeres que habitan la Casa: sus recorridos y experiencias.

¿Quiénes son las mujeres que se constituyeron como nuestras sujetas de intervención? Al insertarnos en la institución presenciamos ingresos y egresos de mujeres que fueron habitando la Casa, y si bien el dispositivo, tiene capacidad para aproximadamente seis personas, muchas mujeres (ya egresadas) también son parte de los proyectos que se planifican desde el equipo coordinador del dispositivo y se continúa, una vez egresadas, con un acompañamiento de sus procesos individuales.

Cabe destacar entonces, que consideramos como sujetas de intervención tanto a las mujeres que habitan la Casa, como así también a las que han egresado de la misma, con las que trabajamos de manera grupal e individual. La edad de las mencionadas, oscila alrededor de entre 21 a 50 años, teniendo en cuenta que cada una difiere entre sí, en tanto a una historia que contar, en cuanto a cómo vivencian su vida, en cuanto a sus atravesamientos personales y familiares, y todo lo que configura su trayectoria de vida.

Cada mujer tiene una trayectoria de vida distinta, deseos aspiraciones, modos de ver y de ser diferentes.

Nos parece importante señalar los aportes de Genolet y Lera (2007) quienes señalan que las trayectorias nos permiten pensar y diseñar intervenciones profesionales dentro del campo del trabajo social. La posibilidad de acceder y analizar la trayectoria de los sujetos con los que trabajamos, amplía considerablemente el conocimiento de la situación, para desde allí pensar y repensar las intervenciones.

Al profundizar sobre la historia de vida de nuestras sujetas de intervención, llegamos a la conclusión de que los períodos de internación en instituciones monovalentes, fueron prolongados y condicionaron fuertemente la manera de desenvolverse de las mujeres. El equipo técnico comenta “hubo un aislamiento total, muchas de ellas han estado hasta 12 años internadas y sin ver a sus hijos”.

Para comenzar a profundizar en sus trayectorias de vida, remarcamos que fue de suma importancia presenciar las instancias de encuentro colectivo denominadas Reuniones de Convivencia en las que fuimos observadoras participantes, las cuales nos permitieron crear un cuaderno de campo que nos permitió registrar: la palabra de cada sujeta en las diferentes experiencias que vivenciaban, así como también lo que está, pero “no se dice” que es parte de lo que el trabajador social debe identificar, porque muchas veces ahí están las claves de lo que se debe trabajar. Esto nos permitió una mirada acerca de distintas situaciones que las atravesaron, pudiendo conocer parte de su historia, sus vivencias, vínculos, su cotidianeidad, sus particularidades y experiencias.

Siguiendo con el análisis de sus trayectorias, queremos retomar lo que significa en su historia de vida, el paso de cada una por las instituciones monovalentes, debido a que como venimos planteando marca un antes y un después, una ruptura en el transitar de su vida. Recordemos que estas instituciones surgen con la necesidad de articular, adaptar los

cuerpos a las expectativas y posibilidades sociales con el fin de mantener el orden social. Según los aportes de Carballada (2012) “se trata de reclutar al sujeto inesperado que irrumpe en ese contexto, constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social” (p.10). Por lo tanto, es importante comprender cómo estos sujetos han transitado diversos acontecimientos que implicaron cambios en su vida, por lo que se vuelve necesario entender cómo los percibieron y transitaron. Para esto debemos conocer los elementos que anudan las trayectorias individuales y familiares, es decir aquellos que efectivamente irrumpieron en sus vidas y provocaron rupturas en las mismas.

Los trabajadores sociales deben tener en cuenta la escucha activa de los relatos de los sujetos, porque el “contar la vida” es una práctica mediante la cual el sujeto interpreta su mundo, seleccionando y organizando diferentes aspectos tales como sucesos, anécdotas, hechos, personas, etc., y es aquí es donde se pone en escena todo lo que configura su historia. Es así, que a partir de este aporte consideramos que debe recuperarse desde el campo del trabajo social, la narración, el relato de lo social, como un modo crítico y comprometido de dar voz a los que socialmente han sido privados de ella.

El poder ejercido desde instituciones manicomiales por las que transitaron, se aplica a la vida cotidiana que categoriza al individuo, le asigna su propia individualidad, lo ata en su propia identidad, le impone una verdad sobre sí, que está obligado a reconocer y que otros deben reconocer en él. De esta manera, los sujetos incorporan hábitos y conductas que son aprehendidas y naturalizadas.

Sumando al análisis, para los modos de funcionar de las instituciones totales, Goffman (2001), plantea que son las que constituyen una barrera entre el sujeto y el mundo exterior, generando una mutilación del yo, y un aislamiento del todo social, la pérdida de autonomía de las personas frente a las actividades programadas con horarios fijos establecidos mediante normas explícitas, entre otras cuestiones. (p. 127)

Así, podemos dar cuenta de algunas dificultades de las mujeres, producto de incorporar y naturalizar prácticas desde la lógica de estas instituciones, que requiere de un largo proceso de intervención para desaprenderlas. Por ejemplo, identificamos cómo repercutió en la autonomía y dependencia de las mujeres para organizar actividades y quehaceres del día a día que se hacen presentes por ejemplo cuando F nos cuenta: “ahí nos organizan todo, no tenemos que hacer nada, nos cocinan y llaman al momento de comer, siempre a un mismo horario, los horarios están fijos, para comer y dormir”. Así, de a poco, se va perdiendo la iniciativa, creatividad, y autonomía de los sujetos.

Además, algunas comentaron lo difícil que resulta después, transitar espacios de la comunidad, F “me cuesta cruzar la calle y llegar a algún lugar sola”, por lo que necesitan el acompañamiento de otras personas para movilizarse.

Destacamos también la individualidad a la que terminan sometidos los sujetos en las instituciones, producto de la pérdida de vinculación social, por lo que, en su cotidianeidad, resulta difícil socializar con el otro, participar de actividades grupales, dialogar y consensuar, expresar sus vivencias, etc.

En contraposición a esto, los dispositivos alternativos de salud mental, y particularmente la Casa de Medio Camino, tienen otro enfoque de modos de atención, creando nuevos escenarios, nuevas condiciones y oportunidades. Las mujeres nos comentan que a diferencia de donde estuvieron “internadas”: “acá nos escuchan, podemos hablar tranquilas contando los problemas y por lo que tuvimos que pasar” “Nos ayudan a pensar qué podemos hacer para empezar a trabajar y poder vivir solas”. Así desde el primer momento, se torna fundamental la escucha y el diálogo con las mismas y lo que planteamos como fundamental anteriormente en cuanto a la trayectoria de vida.

3.2.1) Las áreas problemáticas de las sujetas con padecimiento subjetivo: algunas variables de análisis.

Nos centramos en las historias de vida, que permiten según Ferraroti (2011) entender al individuo, como parte de un todo, inserto en una estructura social, por lo que se entiende que el sujeto, está atravesado por un contexto social, político, cultural y económico, que podemos entender al adentrarnos en el texto que nos va a narrar el propio sujeto. Es importante, generar un ambiente de empatía y confianza, en el que se irán desprendiendo las, áreas problemáticas de su vida, ya sean cuestiones familiares, laborales, individuales, entre otras.

De esta manera, podemos analizar cuáles son los intereses del sujeto, potencialidades, limitaciones, recursos y redes sociales con las que cuenta para desenvolverse en la cotidianidad, momentos que atravesó y que quedaron inscriptos en sus cuerpos.

Nuestra idea no es centrarnos en especificar la historia de vida de cada una de las mujeres, sino generalizar las realidades de las mismas ya que encontramos algunos aspectos en común que constituyen en definitiva las situaciones problemáticas por las que atraviesan, y lo que nos da lugar también posteriormente, a entender cómo se perciben así mismas. A partir de esto, nos acercamos a entender cómo se problematizan dichas cuestiones desde el dispositivo y qué respuestas o estrategias se ponen en juego.

Así, seleccionamos algunos puntos problemáticos que nos permiten realizar un diagnóstico de la complejidad de las problemáticas que atraviesan las sujetas con padecimiento subjetivo.

- **REDES FAMILIARES-SOCIALES**

Consideramos importante analizar las redes con las que cuentan las mujeres partiendo de entender que, desde la Casa, se tienen presente a la hora de elaborar estrategias, como mencionamos en el capítulo anterior, las mismas se generan en diferentes niveles, y con diversos actores sociales.

La importancia de lograr generar articulaciones con otros, es que permite pensar y abrir espacios para elaborar acciones de manera integral. Desde la Casa de Medio Camino, se analizan las redes con las que cuentan las mujeres y se piensan opciones con aquellos con los que se pueden construir nuevas.

Partimos de entender que el sujeto se halla inmerso en un contexto, y parte de lo que lo constituye, son las relaciones con los otros. Veamos ahora qué aporta Basaglia (1979) al respecto, teniendo en cuenta que, para generar redes, siempre necesitamos y debe estar presente el otro. Según el autor, constituye una situación sumamente dramática “dar de alta” a una persona que está en un manicomio, dado que estuvo allí durante períodos muy prolongados, y ahora deberá enfrentarse a una realidad que la ha rechazado y empujado hacia allí, esto es la organización social, la sociedad, que al salir del manicomio, no ha cambiado en absoluto, probablemente se den altas probabilidades de regresar nuevamente, entendiendo que en la sociedad son escasas las herramientas que predominan para hablar de una inclusión real de la persona con padecimiento subjetivo.

Así podemos ver por ejemplo, que en el momento de la “internación”, el núcleo familiar se organiza independientemente de la persona con padecimiento subjetivo, generando no sólo un aislamiento para con esta, sino que también ponen en un lugar de “sujeto extraño” al grupo familiar. (Basaglia, 1979, p. 45-47) A partir de esto, es cómo empezamos a entender que el círculo de personas con las que se relacionaban las mujeres se modifica en la mayoría de los casos por completo.

En algunos discursos de ellas, observamos cómo aparecen estas cuestiones como lo que nos cuenta V “mis hijos deben estar re grandes, hace mucho que no los veo, no sé si ellos querrán verme, los extraño”, por otro lado P nos comenta que “desde hace mucho tiempo mi hija se hizo cargo de mi hijo menor, y están bien así, ya se acostumbraron a estar ellos viste”, finalmente F, dice “ yo no me sentía cómoda estando con mis hermanas, por ahí mejor que estemos lejos”.

Las relaciones familiares y sociales de las mujeres estuvieron marcadas por experimentar en diferentes momentos en su vida teñidos de sentimientos de pérdidas, violencia institucional, maltrato, soledad, y angustia, debido a cómo se fue transformando y construyendo su entorno al momento del ingreso y salida de las instituciones monovalentes.

Muchas mujeres cuentan el distanciamiento que tienen de sus familias, su falta de contacto y diálogo con hijos, hermanos, amigos. Son pocos los momentos que comparten alguna experiencia de interacción con sus lazos afectivos y la mayoría de esos acercamientos fueron generados por las trabajadoras sociales. A diferencia de las instituciones monovalentes, es casi nulo promover las relaciones socio-afectivas de los y las sujetas que habitan esas instituciones, como parte fundamental de su “recuperación”. Tejer estas redes son pilares fundamentales en la inclusión social de las mujeres, no solo porque pueden aportar en cuanto a algún tipo de capital: económico social o cultural, sino que son un acompañamiento fundamental por lo que para ellas implica su familia, la significación que le dan. Las mujeres manifiestan en múltiples oportunidades la necesidad de contactarse con sus familias, otras, por el contrario, manifiestan no querer reencontrarse por la sensación de pérdida que sintieron al reconfigurarse sus familias y “dejarlas de lado” frente a sus “internaciones”.

En estas realidades, Basaglia (1979) se pregunta ¿Qué podemos hacer? ¿Podemos recrear nuevamente la familia? Así, la respuesta podría orientarse en encontrar una solución de vida para el que es “dado de alta” lo llama él, no ya en el grupo familiar, sino en el grupo social. Esta es la dificultad mayor que exige gran habilidad por parte del operador social, que en la miseria extra institucional, debe encontrar un lugar para las personas con las que se interviene. (p. 55)

Finalmente, tenemos en cuenta que las redes sociales entonces, son uno de los aspectos más trabajados desde el dispositivo. En relación a esto se elaboran estrategias de manera individual y grupal y teniendo en cuenta también lo que deseen las sujetas se intentó retomar el vínculo y fortalecer sus redes, en ocasiones se logró vincular a las mujeres con algunos lazos familiares. Para dar un ejemplo con una de las mujeres que transitó más de 10 años de “internación”, se logró la desvinculación con su hijo. Luego de retomar el vínculo, se pactaron generar encuentros esporádicos para fortalecer el proceso que se estaba llevando a cabo con dicha sujeta, quien estaba insertándose a la comunidad, con un proyecto de vida retomado por parte de las profesionales, con planes de independencia absoluta y un acompañamiento constante en esta nueva etapa. La mujer culminó su etapa en la Casa, viviendo sola y teniendo una relación duradera y estable con su hijo.

En cuanto a otras mujeres, se logró por ejemplo que una de ellas mantenga encuentros con su hermana semanalmente, por lo que para la mujer esto fue algo muy significativo ya que con sus hijos no mantenía contacto. Este vínculo, le permitió retomar el contacto social con el otro, transitando espacios sociales con el familiar mencionado, compartiendo actividades que promovieron su relación con el medio social.

Para finalizar, entendemos que lo que se debe llevar a cabo para trabajar esta área problemática que analizamos, consta en tener una lectura de las redes con las que contaban

las mujeres previamente a su ingreso al dispositivo, y el desafío es ponerlas al alcance, intervenir fortaleciendo y configurando nuevas articulaciones con otros, y con su entorno, siempre teniendo en cuenta como las mujeres lo significan.

- **HABILIDADES SOCIALES:**

Entendemos a las habilidades sociales como un capital fundamental para la inclusión social de las mujeres y la construcción de su autonomía. Son recursos que utilizados, permiten desarrollar nuestro potencial humano.

La Casa toma como proyecto de intervención, el fortalecimiento del desarrollo individual de las mujeres, para su vinculación social, para esto hay que hacer uso de ciertas habilidades. Las mismas, permiten satisfacer necesidades materiales: como por ejemplo conseguir un trabajo, administrarse, así como simbólicas: la participación social y comunitariamente. Esto es un aporte muy significativo para intervenciones en el campo de la salud mental desde un enfoque comunitario.

El principal factor de análisis para comprender este nudo problemático es el de la comunicación, porque las sujetas presentan ciertas dificultades a la hora de la interacción social en este sentido, por lo que se busca realizar estrategias que logren aptitudes para ello. El contacto con el otro, las relaciones interpersonales son fundamentales a la hora de retomar el proyecto de vida de las sujetas.

La relación de las mujeres el medio social, se vio obstruida desde el momento en que ingresaron a las instituciones monovalentes transcurriendo años de “internación”, en los que las sujetas pasan a naturalizar rutinas y prácticas en la que no se ejercitan ciertas habilidades sociales por la situación de aislamiento que padecen, por lo que se ve claramente un debilitamiento de la capacidad de relacionarse entre pares producto del modo de vivir de esos espacios en los que, como mencionamos, transcurrieron largos períodos de su vida.

Para hacer un paralelismo, en la Casa las mujeres realizan un gran número de actividades que implican el desarrollo de estas habilidades; los quehaceres cotidianos en manera conjunta, la organización de sus trámites personales, turnos médicos, actividades semanales como talleres, trabajos o ferias a las que asisten y encuentros con profesionales así como también con otros actores que acompañan sus procesos en diferentes propuestas en las que interactúan con el medio social, entre otras cosas. Esto en las instituciones monovalentes no sucedía, las mujeres tenían una rutina marcada por la falta de todas estas cuestiones que hacían a su desarrollo personal, a su interacción en sociedad y se naturalizó un modo de vivir marcado obstáculos de destreza en el ámbito de las relaciones, producto de las lógicas manicomiales en las que no hay respuestas para los sujetos con padecimiento subjetivo que subrayen la importancia de potenciar dichos factores.

A modo de ejemplo, en la casa a la hora de insertarse en algunos espacios como en las ferias, se desarrollan lo que denominamos “ensayos conductuales” que consisten en crear un “juego de roles” para mejorar ciertas las habilidades generales (contacto visual, fluidez del habla, gestos,) y reducir las dificultades que puedan a llegar a tener las mujeres, lo que permite favorecer sus capacidades relacionales, esto empoderó a las mujeres a la hora de salir a la comunidad. Cada una desempeñó un rol en ese “actuar” y permitió visualizar en que se sentía más cómoda cada una a la hora de llevar a cabo sus actividades colectivas, y a su vez se intercambiaban para que todas puedan ejercitar esas habilidades.

Como actores dentro del dispositivo, evaluamos y propusimos al terminar nuestra práctica pre-profesional en la Casa de Medio Camino, que esta actividad de intervención se siga realizando porque nos pareció una gran herramienta para identificar dificultades individuales y grupales a reforzar a la hora de asistir a los espacios socio-comunitarios, así como para también una gran oportunidad para que las mujeres puedan ser conscientes de sus capacidades, potenciarlas conjuntamente, y desarrollar fortalezas. Es decir, las

intervenciones direccionadas a potenciar los factores mencionados, favorece la construcción de independencia y autonomía en las mujeres. y se enmarca también como una posibilidad de construir un aprendizaje, que permita desarrollar líneas de acción para la reproducción de la existencia de las sujetas.

Por último, consideramos que trabajar con las habilidades (entendidas como un recurso), da pie a construir oportunidades de inserción no solo social, sino en el mercado laboral.

Antes de comenzar a plasmar la realidad del mundo laboral, consideramos de suma importancia remarcar que las representaciones sociales que existen para con los sujetos con padecimiento subjetivo, afectan directamente la posibilidad de desarrollar ciertas habilidades sociales en pos de esa inclusión.

La inclusión socio-laboral de los sujetos con padecimiento subjetivo, se ve afectada entre otras cuestiones, por los estigmas generados desde la sociedad y las etiquetas que asumen los sujetos. La estigmatización origina una grave discriminación que perjudica seriamente las posibilidades de relación, integración y normalización de las personas con padecimiento. Dicha discriminación también va a limitar la cantidad de recursos disponibles para la inclusión a espacios comunitarios, la disponibilidad en cuanto a vivienda, y el acceso a determinadas oportunidades.

- **INSERCIÓN EN EL MERCADO LABORAL:**

Tras las consideraciones que planteamos para comprender estas variables de análisis, nos centraremos en otro de los puntos problemáticos que hace también a la autonomía de las mujeres. Como venimos sosteniendo, la casa de Medio Camino, es un dispositivo alternativo que se enfoca en pensar y repensar estrategias para la inclusión en los espacios sociales, que implica intervenir para que las sujetas con padecimiento subjetivo puedan acceder a un trabajo, vivienda, educación, salud, entre otros, desde la autonomía y la independencia de las mismas.

De esta manera, se constituyó en una de las mayores preocupaciones a trabajar en la Casa: las dificultades que se presentan para la inclusión al mercado laboral, dado que conlleva imprescindiblemente una reflexión sobre las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas que intervienen en la participación de las sujetas en el mismo, y que merece especial atención por ser la principal fuente de obtención de recursos en una sociedad que como bien sabemos se caracteriza por ser capitalista.

Tal como señala Castel en Soldano y Andrenacci (2006), la relación salarial se transforma en el vector central de integración social, a partir de la cual se obtiene un lugar físico y simbólico y el derecho a beneficiarse de los sistemas de protección que salvaguardan el acceso y permanencia de los sujetos en ese lugar. Como pudimos ver en apartados anteriores, la integración social de los sujetos con padecimiento subjetivo asume determinadas características ligadas a la calidad de empleos obtenidos, la inscripción en la familia y una red relacional más amplia y que se ve afectada de manera particular por los largos períodos de internación.

A partir de los aportes de Castel (1991) podemos analizar el lugar que ocupan las mujeres en la división social de trabajo, en las redes de sociabilidad analizadas anteriormente y en el sistema de protección (seguridad social); y que lleva a ubicarlas en una zona de marginalidad o de desafiliación, marcada por una doble desenganche: ausencia de trabajo y aislamiento relacional. (p. 78)

Por otro lado, nos interesa destacar la ausencia de servicios específicos de carácter público que contribuyan a la inclusión laboral de las personas con padecimiento subjetivo. Hacemos referencia a programas, planes que faciliten y brinden posibilidades de acceder a trabajos. Teniendo en cuenta estas lecturas, es necesario plantear que las mujeres también tienen sus propias percepciones sobre su inserción al mercado laboral. En cuanto a esta variable, podemos decir que algunas de ellas participan de talleres que les permite obtener

conocimientos y desarrollar habilidades para posibles accesos a trabajos: peluquería, computación, mosaiquismo, música, pintura, cocina, manualidades, entre otros. Pese a esto, otras mujeres nos comentan su interés por hacer otros talleres en los que quizás necesitan instrumentos que requieren comprarse, o deseos de estudiar algo, pero para esto es necesario obtener un capital económico previamente.

Las trayectorias laborales de nuestras sujetas de intervención se caracterizan por la informalidad, el desempleo o la precarización laboral, y en consecuencia una falta de acceso a beneficios sociales como obra social, aportes previsionales, vacaciones pagas, etc. De esta manera, es sumamente relevante contar las actividades autónomas de autogestión que llevan a cabo las mujeres y que forman parte de su autosustento, como la elaboración de comida para vender, productos artesanales, de limpieza, trabajos en viveros, peluquería, servicio doméstico, producción de tejidos, etc.

Nos detendremos en relatar cómo la inclusión laboral es una cuestión muy presente y dialogada entre las mujeres por lo que nos permite entender cuáles son sus perspectivas frente a esto, cómo significan el acceso al mercado laboral en sus vidas. Las mismas comentan respecto a esto, “si en una entrevista me preguntan de qué trabaje, donde viví, no sé si contar donde estuve viviendo estos últimos años, porque en una entrevista eso no me favorece creo yo ”, si me preguntan dónde estuve este tiempo no sé qué les digo” ; otra agrega “ es difícil, me pongo nerviosa en las entrevistas, no sé bien que decir o contar sobre mí, hice trabajos manuales donde estuve, o acá ahora en las ferias, pero no sé si eso sirve para cualquier entrevista de otro tipo de trabajo”.

Resumiendo, entendemos que son importantes las sensaciones que se expresan en las mujeres al momento de comenzar a trabajar la inclusión en los espacios comunitarios. Haciendo referencia a los espacios sociolaborales puntualmente, notamos que en ellas se expresan sentimientos de miedo, ansiedades, incertidumbre, frustración, que devienen de

los estigmas que se generaron en torno a los padecimientos subjetivos y se plasman a la hora de acceder al trabajo.

Creemos que algunas de las frases mencionadas anteriormente ejemplifican lo dicho, entendiendo que, para ellas, el paso por las instituciones monovalentes, implica inevitablemente una transformación total de todo el acontecer de su vida, y una barrera momento de iniciar una nueva búsqueda laboral.

3.3) Rompiendo cadenas desde la intervención profesional: valoraciones significativas.

A modo de conclusión, proponemos comprender que estas áreas problemáticas son el resultado de hacer una reconstrucción de los relatos de las sujetas respecto a su historia de vida, inmersas en un contexto económico, social y cultural que las atraviesa. Estas categorías de análisis nos permiten, a través de recuperar las trayectorias de vida de las mujeres, diseñar intervenciones desde el trabajo social, así entendemos que las trayectorias pueden constituirse en una de las fuentes esenciales para investigar la realidad.

Leer detenidamente los relatos de vida plasmados en aquellos registros escritos que reflejan una trayectoria humana, que dan noticia de la visión que los sujetos tienen de la realidad y de su propia existencia; ofrece elementos que constituyen una mejor visión del entramado del sujeto con lo social. Entendemos que para hacer una lectura teórica de los acontecimientos que marcaron la vida de cada una, se constituye como parte esencial comprender que cada palabra de las personas es importante, cada gesto, sensación, tiene un sentido, el hecho de saber que fueron silenciadas o invisibilizadas por mucho tiempo, hace que el poder expresar y poner en palabras aquello que deseen contar, implique un empoderamiento.

Destacamos que el análisis de esta variable, nos permite tener una mirada compleja, que abarca cuestiones que trascienden la mirada del sujeto con padecimiento que se reducía sólo a cuestiones biológicas a atender como establecen viejos paradigmas, para ir más allá, y entender que el contexto influye y repercute en la salud mental. Retomamos la reflexión de Galende, “las medicaciones, a veces calman los síntomas, pero dejan a la oscuridad muchas historias de vida”, la clave está en ahondar en estas, porque nos abrirá puertas para comenzar un análisis más profundo.

Con esto, queremos decir que las variables como la falta de posibilidades que encuentran a las mujeres para acceder a sus derechos y para su desarrollo personal, el vacío de políticas públicas que predomina en la actualidad, el debilitamiento de redes sociales, y una vez más, los estigmas sociales que se generan en torno a los padecimientos subjetivos, repercuten fuertemente en la salud mental de las personas e influyen en las dificultades que se generan para lograr la inclusión en los diferentes ámbitos de la sociedad.

Para finalizar, teniendo en cuenta entonces que el contexto tiene gran influencia a la hora de pensar en la construcción de estrategias para la inclusión de sujetos con padecimiento subjetivo, nos llevó a reflexionar sobre aportes de Ferrara (1985), quien sostiene la importancia de entender el proceso salud/enfermedad desde lo colectivo. Una sociedad que no construye su salud, que no se organiza, y que no lucha por ella, se enferma. La salud, está condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo, es un proceso histórico-social, es sinónimo de articulación con otros, con la historia y el contexto, no puede ser leída desde una perspectiva unicausal. (Ferrara, 1985, La salud necesita ser estatal)

Fue importante entender lo que expone el autor, porque explica cómo interpretamos a lo largo del capítulo a nuestro sujeto de intervención analizando cómo entra en juego lo social, aquellas cuestiones que lo atraviesan, como así también, nos lleva a interrogarnos

¿existe una verdadera inclusión social? ¿Qué hay que tener en cuenta para analizar si en la realidad social se pone en práctica?

Para aproximarnos a responder estas preguntas, retomamos en análisis de dos autores que aportan desde su perspectiva a la reflexión que haremos en torno a este tema.

Si hablamos de inclusión social en el área de salud mental, en la que como sujeto principal hayamos a personas con padecimiento subjetivo, tenemos en cuenta según lo analizado que están atravesadas por un contexto social, histórico, político, económico. Allí mismo tenemos en cuenta personas con las que se vinculan, familiares, amigos, profesionales, en diversos ambientes, comunitarios, institucionales.

Durante el proceso de cada una de las mujeres de la Casa de Medio Camino, podemos distinguir el paso por diferentes instituciones marcadas por ciertas lógicas, las relaciones que fueron tejiendo con profesionales, otras mujeres, y en otros ámbitos comunitarios. Lo importante aquí es entender que a lo largo de la historia existieron y se distinguieron diversas maneras de ver las problemáticas a las que los profesionales insertos en instituciones fueron dando respuestas.

Las instituciones se transforman, reconfiguran y con ellas los profesionales también, por lo que Cantarelli sostiene que las instituciones actuales, en escala que sea se enfrentan con la gestión permanente de lo inhabitual: nuevas preguntas, nuevas problemáticas, nuevas identidades, nuevos conflictos. Así, frente a nuevas normativas, paradigmas que van gestándose y legitimándose socialmente, es como las instituciones también se encuentran atravesadas por el contexto, al que deben adaptarse y comenzar a pensar en nuevas formas de ver y entender a los sujetos con los que trabajan, cómo se posicionan, entienden y elaboran estrategias para dar respuesta a las nuevas problemáticas.

Entonces, ¿cómo funcionan y qué rol tienen las instituciones en la inclusión social?

La autora también sostiene que el suelo sobre el que se apoyan las instituciones en nuestra época, están definidas por la fragmentación que existe entre ellas, entendiendo esto como la tendencia de las mismas a la dispersión de proyectos, asociaciones, vínculos, actividades y rutinas. Sostiene que frente a esto, nos encontramos con un escenario en el que se puede detectar una fatiga y agotamiento por parte de los profesionales que se hayan en articulación con otros profesionales, a su vez insertos en un contexto que cambia con el paso el tiempo, se va reconfigurando, y así, se deben repensar, tejer, anudar proyectos, asociaciones, vínculos y rutinas todo el tiempo.

Dado que las instituciones e intervenciones de los profesionales están en permanente construcción todo el tiempo... ¿es posible pensar en estrategias reales que apunten a la inclusión social si hay formas de ver y entender a las problemáticas de manera tan diferentes, teorías, paradigmas que también pueden distinguirse entre sí y presentar grandes diferencias pero aun coexisten en la realidad social?, ¿es posible lograr un espacio de articulación, apuntar hacia un mismo objetivo, como lo es la inclusión social de las personas con padecimiento subjetivo en la comunidad?

Si tanto el contexto, como las instituciones, los profesionales están en constante transformación, como así también la realidad social en sí, por lo tanto nos encontramos con un panorama de inestabilidad, incertidumbre, cambios, y se presentan pujas y tensiones entre profesionales, ¿cómo apuntamos a un mismo objetivo, cómo pensamos en estrategias que perduren en el tiempo? Una vez que las mujeres egresan de la Casa de Medio Camino, ¿están las instituciones sociales preparadas o pensadas más bien, para que haya una inclusión real?

Para sumar al análisis y frente a estos interrogantes, entendemos que situándonos en la práctica, la Casa de Medio Camino es una política pública, por lo tanto depende de instituciones públicas que aporten un presupuesto para que el espacio pueda funcionar y

sostenerse. Clemente (2018) propone pensar cómo logramos la accesibilidad a ciertos derechos, teniendo en cuenta el presupuesto con el que contamos para ello.

En la actualidad, como analizamos en capítulos anteriores, el presupuesto destinado al área de salud mental, es mínimo, por lo tanto hay escasos recursos económicos, humanos, y espacios que funcionen para atender estas problemáticas. El acceso a los derechos contemplados en la ley nacional y provincial de salud mental se presenta como un problema, aparecen obstáculos para ello.

Teniendo cuenta estas limitaciones, ¿Cómo logramos una verdadera inclusión social?

El autor propone también que deberían construirse instituciones hospitalarias, entendidos como espacios de alojamiento, que dé lugar a ese “otro”, lo visibilice, teniendo en cuenta agentes, trama de relaciones, otros espacios, dispositivos puestos en juego.

La hospitalidad exige inventar, esta invención permitirá la configuración de dispositivos de apertura, repensar el diseño de las estrategias institucionales que posibiliten garantizar que el sujeto pueda decir, proponer un modo de habitar la institución que aloje sus necesidades singulares.

Si bien según la ley nacional de salud mental, estipula deberían existir dispositivos alternativos, estos son transitorios, una vez que las personas retoman o comiezan un nuevo proyecto de vida, qué rol juega el estado, las instituciones, los profesionales, y la sociedad. ¿Están preparados para incluirlos socialmente, es decir cuentan con los recursos necesarios para ello?

Para concluir con el análisis, pensamos que el desafío está en que las instituciones puedan institucionalizar (valga la redundancia) los avances de la época que tanto esfuerzo llevó a la militancia, en cuanto proponer y pensar para lograr construcciones con nuevos

valores y lecturas y con ello, nuevas formas de intervenir que apunten a la verdadera inclusión de las personas en la sociedad.

En el siguiente capítulo, detallaremos las estrategias que pusimos en juego a lo largo de la práctica y cómo se involucran otros actores, permitiéndonos entender a la salud como asunto colectivo.

CAPÍTULO IV

La libertad es terapéutica: las mujeres saliendo a la comunidad.

“Tal vez se haga necesario entender a la salud como un resultado de relaciones sociales y del devenir histórico-político. Es decir, comprender la salud como proceso, como campo de lucha y transformación”. Dr. Alfredo Juan Manuel Carballada

4.1) Nuestra inserción a la Casa de Medio Camino: momento de pujas y encuentros.

Luego de hacer una reconstrucción histórica de la “locura”, reconocer el espacio institucional en el que nos insertamos y las sujetas que lo habitan, nos situaremos en describir nuestro proceso en la práctica de intervención pre-profesional llevada a cabo a lo largo del año 2017. Describiremos cómo fue dicha inserción en la institución, así como también lo característico de ese momento a nivel contextual, porque lo acontecido en aquel momento nos permitió involucrarnos en una estrategia de intervención en la que estuvieron presente diversos actores para responder a lo que acontecía políticamente, y que construyó una demanda particular del escenario, para con el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.

En ese entonces, el contexto (escenario general) atravesó el escenario particular repercutiendo en el funcionamiento del dispositivo, con esto queremos decir que se vio perjudicado, por la coyuntura política y económica del momento.

Teniendo en cuenta que la capacidad estatal implica la “posibilidad que tienen las instancias gubernamentales de problematizar, priorizar, decidir y gestionar las cuestiones públicas”, (Repetto, 2004, p. 205); observamos que se presentaron una serie de dificultades en cuanto a que el estado asigne y distribuya recursos materiales y humanos para la institución, lo que hace visible las “fallas” en la capacidad estatal para llevar adelante los desafíos de la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental de destinar mayores capitales a estos dispositivos en pos de promoverlos. Frente a esta lectura, destacamos que el funcionamiento de la Casa de Medio Camino, comenzó a presentar diferentes obstáculos para su mantenimiento y para llevar adelante los proyectos de microemprendimientos que se estaban construyendo en aquel entonces, al no contar con los recursos materiales suficientes.

Además, la escasez de recursos humanos se hacía cada vez más evidente, dado que en ese momento quien coordinaba la Casa era una trabajadora social, siendo que reiteradas veces se había solicitado el ingreso y acompañamiento de otra/o profesional para dar respuesta a las múltiples demandas que se presentaban.

Ante el momento crítico que se hizo presente para cada uno de los que formaban parte del dispositivo, interpretamos que nuestra inserción también tuvo impregnada de ese contexto particular. Si bien recién comenzábamos a indagar y reconocer a las sujetas, como así también el funcionamiento de la institución, consideramos de suma importancia el habernos implicado durante el proceso de organización y ejecución de nuevas estrategias pensadas para afrontar la situación del momento, porque de algún modo, significó sentir un grado de pertenencia e identidad para con la institución.

Así, comenzó un proceso de lucha colectiva y conformación de alianzas entre actores, que llevó a pensar acciones para visibilizar la ausencia del estado que cada vez se profundizaba más. Se propuso tras jornadas de diálogo y debate, generar una intervención artística como modo de protesta, materializado en una “urna-bomba”, que contenía reclamos escritos de todos los participantes luego de reflexionar sobre cuáles derechos estaban siendo vulnerados. Funcionó como una demanda de exigibilidad de derechos frente a la situación, y buscó generar mayor repercusión social para que trascienda de manera pública. Así participaron estudiantes de trabajo social, psicología, acompañantes terapéuticos practicantes, artistas (muralistas), mujeres que habitaban la Casa, y las ya egresadas, la UNC (cátedra de Intervención pre profesional de Trabajo Social), y una periodista, quien fue la encargada de plasmar todos los reclamos en el Diario Día a Día de Córdoba.

Desde esta perspectiva, emprendimos acciones en pos de lograr algún tipo de incidencia, (efecto) que transforme la realidad que estaba atravesando esta política pública,

compartiendo intereses en común entre los actores, conformando lo que denominamos entramado de intereses, que como plantea, Chiara y Di Virgilio (2009), remite a una relación de alianza entre actores para potenciar determinado interés, lograr deseos; en este caso tuvo que ver con obtener respuesta de alguna manera sobre la escasez de recursos materiales y humanos que debían provenir del Ministerio de Salud y Dirección de Salud Mental de Córdoba.

El proceso de conformación de alianzas que se inició durante ese tiempo, nos llevó a entender cuán importante es la organización y lucha colectiva para defender estos espacios alternativos, que trabajan desde una lógica totalmente diferente a las instituciones totales que perduran en el tiempo, debido a que el estado mediante los montos que asignan en el área, las sigue sosteniendo, incumpliendo con la ley y promoviendo así, la vigencia de los neuropsiquiátricos. Es por esto que decimos que el contexto incide en los escenarios, y nos referimos con esto a la redistribución de los presupuestos que no cumplen con lo estipulado, así como también a la generación de mecanismos que cumplan con los derechos que la ley provee para las personas que transitan por dispositivos alternativos de atención.

Tras la visibilización de la problemática y las estrategias implementadas desde la casa para que tome estado público, el Ministerio, frente a la exposición en la que se vio “perjudicado”, comenzó a transferir los recursos que siempre debió delegar.

4.2) La demanda del equipo técnico: ¿Qué se nos solicitó trabajar?

A partir de hacer un reconocimiento del escenario singular y de las sujetas que lo habitan, comenzaremos a delimitar la demanda que se nos presentó desde la institución al momento de nuestro ingreso. La misma, constituye la primera instancia, clave y fundante de nuestra acción en tanto intervención y nos habilita el ingreso a estos espacios (...) quien demanda tiene una lectura previa de ello y no lo hace desde una posición neutral, tampoco

quienes la receptan, ya que cuentan con un marco teórico, político, ético, epistemológico y empírico. (Rotondi, 2013, p. 14)

La demanda, provino de quien coordina la institución, más específicamente de la trabajadora social, y se expresó en “fomentar y potenciar los espacios de laboriosidad expresados en micro emprendimientos que fueron trabajándose años anteriores, con el fin de generar recursos económicos, pero también lograr dar respuesta a necesidades simbólicas, que tiendan a fortalecer su autonomía e inclusión en la comunidad”.

En el año 2016 se comenzó a trabajar sobre la inserción de las mujeres en espacios de laboriosidad materializadas en ferias para poder continuar con los objetivos del dispositivo. En la demanda, se incluye a nuestro sujeto directo de intervención (las mujeres) y otros actores sociales: instituciones, practicantes, organizaciones sociales y diversos profesionales de distintas disciplinas.

A partir de esto, se plantea que, para llevar a cabo la estrategia de intervención, es necesario primero realizar una investigación diagnóstica, que dará cuenta del problema a abordar. Dicho diagnóstico se elabora para diseñar la/s estrategia/s de intervención y es el punto de partida; éste debe contener: una caracterización de la naturaleza y la magnitud del problema y una evaluación de las acciones realizadas, además de identificar a los actores y grupos sociales afectados o involucrados. (Travi, 2004, p. 29) Entendemos que para construir el objeto de intervención que se construye, es necesario ordenar el campo de datos que surge a partir del la demanda y el diagnóstico.

Nuestra investigación diagnóstica se basó en recopilar información, realizar entrevistas, registrar lo observado, recuperar trabajos académicos anteriores, y nos permitió realizar una evaluación de los diferentes aspectos presentes en la institución útiles para interpretar la demanda: los capitales en disputa, las políticas públicas implementadas para tener un mirada contextual de la demanda, la estructura organizativa y

normativa del dispositivo, para conocer el proyecto de la institución y tener un marco que nos permita entender la misma, las relaciones interpersonales, los objetivos del dispositivo, la distribución de funciones, como se piensan y ponen en marcha las estrategias para dar respuestas a las diversas problemáticas, como se efectivizan las propuestas, etc.

Por otro lado, en cuanto a las sujetas de intervención, pudimos, a través de los acompañamientos individuales y grupales, interpretar como significan la demanda, cómo fueron las experiencias previas en los microemprendimientos y distintos espacios, y qué estrategias se pusieron en juego para que tengan un rol activo. Logramos visualizar que la inclusión en dichos espacios tenía efectos muy positivos en las mujeres, lograba satisfacer otras necesidades de índole simbólicas, por lo que nuestra estrategia se direccionó en mantener y promover la participación de las mujeres en espacios socio-laborales. Conocer los diferentes actores involucrados en la demanda, fue fundamental, ya que en cada lugar de la comunidad a los que se asistía, se caracterizaban por promover un trabajo en red, claves al momento de entender cómo se generaba la articulación entre la Casa y los actores sociales.

Teniendo en cuenta lo analizado, destacamos entonces, la necesidad de generar capital económico de las mujeres y en base a eso, plantear como línea de acción mantener o ampliar espacios de laboriosidad con base en la comunidad. Esto nos da una pauta para comenzar a pensar en cómo construiremos nuestro objeto de intervención.

4.3) Construcción del objeto de intervención: ¿sobre qué intervenimos?

Luego de conocer la demanda institucional, y hacer una lectura de la misma, nos centraremos en describir cómo construimos nuestro objeto de intervención.

En la configuración del campo del trabajo social el concepto objeto, adquiere una relevancia fundamental, y se encuentran múltiples planteos acerca de su definición, a raíz

de la falta de clarificación teórica que se conoce sobre el mismo, ya que existen diversas perspectivas epistemológicas de la disciplina.

El debate sobre el objeto, no pierde su vigencia, en tanto se actualiza constantemente y su claridad es un factor necesario para la intervención. Frente a la complejidad teórica y teniendo en cuenta que diversos autores lo definen, problematizan, resignifican en distintos periodos históricos, nos centraremos en tomar algunas perspectivas que nos parecieran fundamentales acerca de qué es el objeto para luego retomar en base a esto nuestra práctica.

La definición clara y repetida del objeto de intervención tiene una gran importancia en la vida académica porque es el lugar donde todas las herramientas de interpretación de la realidad (que se pretende conocer para intervenir) se ubican y tienen sentido. El objeto define la especificidad. Entonces la pregunta clave es ¿sobre qué intervenimos?

El autor Parra cita del C.E.L.A.T.S que plantea que definir el problema objeto de intervención es delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de modificar con nuestra intervención profesional. Concluye afirmando que el objeto de intervención no está dado en la realidad, sino que es una construcción. Su delimitación permite establecer una metodología de intervención. (Parra, 1983 p. 109-110)

Además, es interesante destacar los aportes de Rozas Pagaza (1990) quien desarrolla una novedosa concepción del objeto del Trabajo Social como campo problemático, el cual define como “la explicitación argumentada de los nexos más significativos de la cuestión social hoy con relación a la peculiaridad que adquiere la relación problematizada entre sujeto y necesidad” (p. 16).

La autora, también plantea que el sobre qué de la intervención, lleva a una construcción histórico-social y dicha intervención, pensada como campo problemático, implica considerar a las manifestaciones de la cuestión social, como las coordenadas que

aparecen como obstáculos a la reproducción de los actores sociales cuando éstos se enfrentan a sus necesidades, las cuales responden a la relación capital-trabajo generada en la organización de la sociedad, afectando directamente la reproducción social de los sujetos, adquiriendo un significado particular para la intervención en cuanto ellos se encarnan en la vida cotidiana de los sujetos. Estas necesidades se expresan en demandas puntuales, que es la forma como se ha institucionalizado la cuestión social en la esfera pública del Estado, relación recurso-demanda, desde la racionalidad instrumental. (Rozas Pagaza, 1990, p. 18-19)

Para sintetizar finalmente el concepto de objeto destacamos que se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no. (Rozas Pagaza, 2001, p. 34)

Por último, nos centramos en un tercer aporte para comprender la definición del objeto, retomando a Aquín (1995) quien desarrolla el concepto, aportando que se trata del “equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica” (p. 28).

Nos posicionamos a partir de los aportes de esta autora para dar cuenta de nuestra práctica pre-profesional, quien lo define y ubica en la “delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción y, los procesos de distribución secundaria del ingreso”. (Aquín, 1995, p. 29)

Siguiendo sus ideas, se detallarán aquellos obstáculos que aparecen en las mujeres para reproducir su existencia (derechos vulnerados), pero también mencionaremos aquellos capitales, recursos o habilidades con los que cuentan para llevar a cabo acciones que mejoren sus condiciones de vida, y finalmente qué respuestas aparecen desde la

distribución secundaria de ingreso, esto es; con qué políticas públicas contamos para dar respuestas a las necesidades de las sujetas.

Comenzaremos con la *reproducción de la vida cotidiana de las sujetas*, entendiendo por vida cotidiana al conjunto de actividades que llevan a la reproducción de los sujetos como individuos, lo cual a su vez reproduce la sociedad. Estas actividades apuntan a mantener o mejorar sus condiciones de vida ya sea de forma material o simbólica. (Heller 1977, p. 19). Hablamos de lo cotidiano para dar cuenta de la forma en que cada sujeto, histórica y socialmente situado, organiza su entorno, vive y concretiza lo social de una manera particular. Se destacan aquí, todas las actividades que llevan a cabo las mujeres en su cotidianeidad para transformar su situación: la escasez de recursos materiales que les permitan un desarrollo personal; esto incluye: la participación en diferentes espacios sociolaborales y comunitarios y el desarrollo de microemprendimientos. Las sujetas acuden a diferentes espacios como ferias, barrios, parques, y encuentros colectivos de índole recreativo, en donde exponen los productos que fabrican: gastronómicos, artesanías manualidades, artículos de limpieza, entre otros, que conlleva un proceso de producción, comercialización y difusión.

Las actividades realizadas con las mujeres atraviesan diferentes momentos:

- Obtención de materiales y elementos necesarios para la producción.
- División de tareas y roles en el grupo para comenzar el proceso de producción de los diferentes productos.
- Producción y organización, respecto a cómo se llevará a cabo dicho proceso en la comunidad.
- Venta y difusión.

Con el fin de detallar todo el proceso que se desarrolla para lograr lo expresado anteriormente, comenzamos por un primer momento que tiene que ver con el cómo se recauda el capital económico para habilitar los materiales y elementos necesarios en pos de fabricar los productos seleccionados. Así, la obtención se inició con, por ejemplo, la venta de rifas mediante la cual se generó una acumulación de dinero de manera grupal (un pozo de dinero). Entendemos que a partir de este momento comenzó la salida de las mujeres a la comunidad y, por lo tanto, la interacción social.

Al obtener los recursos para el proceso de producción, comienza la organización de los diferentes momentos en los que cada mujer tendrá una función que cumplir. Por su parte, las sujetas piensan en conjunto con las practicantes y trabajadoras sociales alternativas de inversión de lo recaudado: dónde y qué es conveniente comprar, teniendo en cuenta lugares y costos, etc. Luego, se realizamos la división de tareas y roles, donde resulta fundamental la cooperación como parte indispensable del elaborado de los productos. A partir de esto, iniciamos la fabricación de los mismos y una vez terminados se organiza cómo se llevará a cabo la difusión y venta, considerados como procesos colectivos en los que participamos activamente.

Destacamos, que estas actividades conllevan y promueven la inclusión y participación de las mujeres a los diferentes espacios sociales, así resaltamos algunos; ferias, encuentros culturales y recreativos, como así también talleres de diferentes índoles que le brindan herramientas para un futuro laboral y que también son parte de su reproducción cotidiana, entre ellos: talleres de cocina, manualidades, música, computación, dibujo, etc. Por otro lado, mencionamos la participación en diferentes proyectos como: proyecto Pro-Huerta, para aprender cuestiones relacionadas al sembrado de alimentos, o el cuidado y control sobre la salud alimentaria, es decir actividades como educación física y nutricional mediante el contacto con una profesional en el área.

Esto les permite a las mujeres adquirir capitales materiales y simbólicos porque les brinda oportunidades de conocimiento de diversa índole que les pueden servir para los posibles espacios en los que se involucran a lo largo de su vida. A su vez, algunas de ellas venden lo que producen en esos talleres y recaudan dinero a través de esto.

Teniendo en cuenta que surgen *obstáculos para la reproducción de la existencia*, hacemos referencia aquí a una serie de derechos que son vulnerados ubicándonos así en otra esfera para destacar específicamente las necesidades que aparecen en el espacio. Siguiendo a Bourdieu (1997) tomamos la clasificación de necesidades materiales, para referimos al “estado objetivado o institucionalizado de un recurso, mientras que las no materiales, hacen referencia valores, disposiciones de sentimiento, conocimientos o saberes, habilidades etc.”. (p. 59) Es decir, relacionadas al habitus o estado incorporado de tales disposiciones.

El autor destaca las necesidades y recursos económicos, que, en su *dimensión material*, “están vinculadas a aquellos recursos que hacen posible la reproducción, distribución o consumo de otros” (Bourdieu, 1997, p.73), en el caso de nuestro campo podemos identificarlo como los recursos demandados para satisfacer reclamos tales como alimentación, salud, vestimenta, vivienda entre otros que no pueden ser previstos por sus propios medios.

En este caso podemos identificar que la mayoría de las mujeres no disponen de ingresos y otras necesitan recaudar más para poder cubrir sus gastos, por lo cual es de suma importancia generar estrategias dirigidas a cumplir este objetivo.

Es cuanto a lo planteado observamos que hay un escaso acceso a los derechos en materia de trabajo, vivienda, salud, educación y recreación. Son derechos que se ven vulnerados en cuanto a lo que propone la ley, y deberían estar socialmente disponibles. Lo

que sucede en la realidad, es que no se generan mecanismos tendientes a promoverlos y hacerlos efectivos.

Además esto se ve atravesado por varias cuestiones entre ellos, los prejuicios sociales que existen y circulan en la sociedad, y un vaciamiento del estado en el área de salud y trabajo, en el que se generan recortes que afectan las posibilidades de avance en materia de derechos para las personas con padecimiento subjetivo y también surgen desde el estado representaciones sociales en las que se visualiza una intención de retroceso, de mantener vigente viejas lógicas a través de decretos, que preocupan seriamente a los que intervenimos en este campo.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta, y que afectan la reproducción de la vida de las mujeres, es la marcada burocracia que obstaculiza el acceso a los diferentes derechos, por ejemplo, las diferentes constancias que deben presentar las sujetas que “justifiquen la escasez de recursos económicos mensuales” al Ministerio para obtenerlos y que son esenciales para vivir. En ocasiones, el dinero destinado de este organismo no es suficiente para cubrir todas las necesidades. A su vez para acceder al Certificado de Discapacidad o a la Pensión no Contributiva por Discapacidad, las mujeres deben esperar tiempos prolongados (más del estipulado), y en ocasiones no hay respuestas concretas que nos permitan saber cuándo se completará el trámite, por lo que se ve obstruido ese derecho pese a haber presentado todos los requisitos en tiempo y forma.

Por otra parte, en tanto a la *dimensión no material* nos referimos a aquellos recursos culturales como las habilidades, conocimientos y saberes. Se trata de lo que Bourdieu (1997) denomina “estado incorporado de posiciones que hacen al habitus, tales como valores habilidades saberes que se adquieren de manera consciente e inconsciente en los distintos espacios de la vida social (la familia, comunidad)”. (p. 94)

Podemos identificar aquí, las necesidades no materiales de las mujeres, en algunas habilidades sociales para desenvolverse en la comunidad que se hallan debilitadas; cuando pensamos en el contacto con el “otro”, la independencia, ligada a una mayor o menor inclusión social, la participación en espacios sociales por parte de las mujeres, entre otras. Es decir, en el ámbito simbólico se intenta empoderar a las mujeres y transmitirles saberes en cuanto a información sobre sus derechos, la importancia de ciertas prácticas de la vida cotidiana, en cuestiones de higiene y salud en general, alimentación, convivencia, estrategias para desenvolverse en los espacios que se insertan, etc.

Finalmente, en relación a la última esfera a desarrollar, en cuanto a los *procesos de distribución secundaria del ingreso*, definiremos cual es la respuesta estatal en acción, qué políticas públicas y/o programas surgen para dar respuesta a las necesidades de las mujeres. Entendemos por políticas sociales a las “intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida y reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales”. (Danani 2009, p.32). Aquí opera el momento de la distribución secundaria del ingreso.

En cuanto a la salud mental existe un vacío en cuanto a programas y políticas públicas destinadas a abordar las problemáticas de vivienda y trabajo en el egreso de las mujeres, así como también son mínimos los dispositivos que existen para trabajar integralmente la problemática por lo encontramos en la casa de medio camino un espacio de potencialización y empoderamiento de los sujetos con padecimiento subjetivo y consideramos de suma importancia la extensión de esta experiencia desmanicomializadora a nivel territorio.

Sin embargo, mencionamos que el presupuesto destinado al dispositivo para su funcionamiento proviene del Estado, quien se encarga de garantizar el acceso al derecho de la alimentación y vivienda de las mujeres. Por otro lado, las sujetas deberían poder acceder

a la Pensión no Contributiva como también ser beneficiadas por el pase libre de tránsito que les permite desenvolverse en sus diferentes actividades, pero algunas quedan excluidas de dichos derechos. Finalmente, agregamos que cuentan con medicación de manera gratuita, retirando la misma en Hospitales.

Luego de abordar las esferas, y teniendo en cuenta la interrelación entre las mismas, delimitamos nuestro objeto de intervención como: ***“Acceder a recursos materiales y simbólicos en los procesos grupales e individuales, integrando a las sujetas en espacios sociolaborales y comunitarios”***. Es decir, que la estrategia irá dirigida a generar capital económico, pero también se buscará nutrir de capitales sociales a las mujeres.

A partir de lo analizado anteriormente, concluimos remarcando que es importante centrarnos en los modos de observar aquellos elementos que están implicados en la demanda para pensar en cómo delimitamos el objeto de intervención que conlleva cierto tiempo de análisis, diversas lecturas, rupturas, y reformulaciones para definirlo de la manera más concreta y específica posible, con el objetivo de clarificar el accionar profesional.

4.4) Práctica pre-profesional en acción.

Tanto la lectura de la demanda y la construcción de nuestro objeto de intervención, constituyen dos instancias claves en el trabajo social, son el eje orientador de nuestra/s estrategia/s de intervención para dar respuesta a las necesidades de los sujetos.

De esta manera, “hacer explícita la demanda, identificar a los sujetos que la formulan, caracterizar el escenario desde donde surge y evaluar la pertinencia, serán claves para decidir la oportunidad y las formas de darles respuestas desde el Trabajo Social”. (Rotondi, 2011. p. 24)

En este sentido, en cuanto a las respuestas que íbamos a construir desde la demanda, comenzamos a pensar cuáles eran las posibilidades con las que contábamos para ampliar otros espacios en la comunidad, desde los objetivos del equipo de trabajo de la casa. Así, comenzamos por preguntarnos ¿cuál es el objetivo de la intervención? para qué intervenimos?, Como transformar o modificar las dificultades identificadas.? De este modo, establecimos como objetivo general: *Diseñar acciones transformadoras de la realidad de las sujetas teniendo en cuenta los factores que obstaculizan algunos aspectos de su vida cotidiana, en pos de lograr la inclusión social y laboral.* Por otra parte, en cuanto a nuestros objetivos específicos destacamos los siguientes:

- Lograr un espacio de interacción en el que se problematicen cuestiones en relación a los obstáculos en cuanto a la inserción socio- laboral en la comunidad y cómo repercute en su autonomía.
- Potenciar las habilidades de cada una de las mujeres en los procesos de fabricación y producción de productos que serán utilizados para la venta en las ferias y otros espacios.
- Conocer la trayectoria de vida de cada una de las mujeres.
- Promover el desarrollo de habilidades sociales en los procesos singulares de las sujetas.

Una vez que delimitamos nuestros objetivos, comenzamos a pensar las acciones tendientes a desarrollarlos.

Para comenzar, nos interesa remarcar que las estrategias según González (2008) son claves para definir *qué* se quiere hacer, *para qué* y *con quiénes*. A partir de ello, se podrá establecer el *cómo* hacerlo en la forma más adecuada para los fines propuestos y en las circunstancias sociales concretas donde se pretende intervenir. Las estrategias son

mecanismos conscientes, pensados producto de un saber científico en los que se articulan objetivos, funciones, procedimientos y técnicas, uso del tiempo y espacio, para resolver problemas relacionados con el proceso de acceso a los recursos en la satisfacción de las necesidades. (p. 33)

Es importante tener presente también que las estrategias o mediaciones según Rodríguez y Taborda (2012) son “categorías analítica-instrumentales por las cuales se procesa la operacionalización de la acción profesional. Se expresan un conjunto de categorías, instrumentos, recursos, técnicas y estrategias por las cuales la acción profesional gana operacionalidad y concreción”. (p. 17)

Resulta fundamental determinar con qué *técnicas* y herramientas contamos para el accionar que pretendemos llevar adelante en la institución. Esto se plasma en lo que González (2006) plantea al sostener que el Trabajo Social requiere para su ejercicio profesional de herramientas teóricas y metodológicas que le permitan orientar sus prácticas y tener la capacidad para conocer y leer los hechos y sucesos que se ponen en juego en el terreno de la intervención. (p. 33)

Entendemos que la intervención profesional es un proceso en el cual se aplican procedimientos, técnicas y demás herramientas metodológicas, según los abordajes sean familiares, grupales, comunitarios o institucionales y el tipo de problemática a abordar.

A partir de lo planteado, haremos una breve reseña de las técnicas que utilizamos durante nuestra práctica pre-profesional. A través del registro escrito (cuaderno de campo) recuperamos: la memoria de nuestro accionar, describimos e interpretamos datos y situaciones para la reconstrucción de los hechos sobre los cuales intervenimos: actividades, eventos, horarios, fechas, actores y su participación, paseos, visitas, tareas, descripciones, percepciones, lecturas teóricas, etc.). Además, en los procesos colectivos, utilizamos la observación participante ubicándonos como actores activos con respecto a la participación

en las actividades planificadas. También, en el momento del diagnóstico institucional se realizaron entrevistas en profundidad a la Trabajadora Social a cargo del dispositivo, que nos sirvió para indagar y esclarecer aspectos referidos a la historia del mismo.

También, en nuestra intervención utilizamos *funciones y procedimientos* que pusimos en juego a la hora de intervenir y fueron utilizadas en la implementación de la estrategia.

En cualquier intervención profesional, González (2006) aporta que los procedimientos tienen que ver con modalidades de acción, una serie de actos que predeterminan cursos de acción y la manera de ejecutar un trabajo, los entendemos como tácticas, esto es, conjunto de medios y habilidades operativas e instrumentales, puestas en juego en una estrategia, son parte constitutiva de las mismas. La elección de estos se relaciona con la demanda, los sistemas de necesidades, políticas estatales vigentes y las posibilidades de los profesionales. Destacaremos los que fueron utilizados desde la intervención profesional:

- *Gestión*: arbitrar los medios para la obtención de algo. Implica la acción por parte del trabajador social y por su propia cuenta de un recurso demandado por una persona o grupo, en el contexto, incluso de un proceso co- gestionado. (ej. realizar trámites de documentación, conseguir recursos económicos, subsidios). Durante nuestro proceso de acompañamientos individuales, se puso en juego la gestión. Se iniciaron trámites para la obtención y recreación de recursos de las mujeres, teniendo en cuenta que alguno de ellos, son derechos reconocidos por el estado. Por ejemplo, acompañar a cobrar la Pensión No Contributiva, acceder a distintos tratamientos relacionados con la salud, o planes de acción relacionados con el contacto con el otro en comunidad, organización de cuidados personales

programando con las mujeres tareas relacionadas a su vida cotidiana, que abarcaría recursos más de tipo simbólicos.

- *Dilucidación:* se generaba un proceso de dilucidación, entendido como el esclarecimiento o problematización de una situación analizando las alternativas de acción y sus consecuencias, respecto a las necesidades y su jerarquización, de los recursos económicos, culturales y sociales de los agentes, las formas posibles de su acceso, las posibilidades de transferencia, por lo que a modo de ejemplo, durante el proceso que conlleva la realización de las ferias, se generaban espacios de diálogo, planteando que como objetivo no sólo se buscaba acumular capital económico, sino también generar una participación e interacción con la comunidad, problematizando el problema y la solución de todo lo que conllevaba ese proceso y los resultados.
- *Co-gestión:* implica la forma conjunta de resolución de un problema, incluida la dilucidación del mismo, de lo que es necesario hacer y cómo hacerlo, en donde la tarea profesional consiste en aportar su conocimiento para que los sujetos afirmen, amplíen, creen o administren sus recursos de toda índole. Uno de los ejemplos que podemos dar, tuvo que ver con el momento de gestionar el boleto gratuito obtenido de la pensión no contributiva donde se le informó a las mujeres sobre sus derechos y cómo proceder para obtenerlo y del certificado de discapacidad de una de las mujeres, donde nos encontramos con un proceso de cogestión, pero apostando en un futuro a la autogestión y la autonomía de esa sujeta, garantizando que pueda acceder a sus derechos. Otro procedimiento vinculado a la co-gestión fue la participación de las mujeres en los espacios de laboriosidad para obtener recursos económicos, donde se proyectó conjuntamente todos los pasos a seguir, acompañándolas para lograr la autogestión, mediante una intervención individual y grupal.

- *Autogestión:* refiere a la puesta en marcha por parte de los individuos o grupos, de acciones, medidas, etc., para solucionar un problema. Los individuos, grupos y comunidades tienden a autogestionarse permanentemente en sus vidas. La demanda le llega generalmente al trabajador social cuando ese proceso autogestivo espontáneo, ha encontrado algún obstáculo. Como comentamos este fue el fin de todas las acciones profesionales logrando un alto grado de autogestión a través de los resultados de los procesos de gestión dilucidación co-gestión.

4.4.1) Empoderarse colectivamente: nuestra intervención con las sujetas.

Para seguir desarrollando la estrategia, recuperamos dos momentos que nos permiten estructurar y organizar aquellas acciones que llevamos a cabo a lo largo del año.

En una *primera instancia* destacamos las **actividades grupales**, orientadas a sostener y potenciar los espacios sociolaborales, las cuales dividimos en diferentes momentos:

- ❖ Espacio de diálogo y organización para la preparación de diversos productos y la venta de los mismos.

Con la intención de generar el trabajo en equipo, se estableció un espacio en el que cada una de las mujeres pudiesen exponer sus ideas, propuestas y elecciones en cuanto los roles y tareas para cada actividad, con el fin de pensar y debatir entre todas, qué productos se iban a elaborar y de qué manera se presentarían a la comunidad para ser vendidos.

Este aspecto, incluyó en un primer momento la preparación de productos artesanales, como alfombras, mates, aros, porta sahumeros, entre otros. Luego fuimos incorporando la elaboración de productos gastronómicos y también de limpieza, a partir de la participación e involucramiento en otros espacios de ferias,

El espacio de diálogo y comunicación es fundamentales para la organización del grupo, el rol que asumirá cada una según las habilidades o capacidades con las que cuentan, que puedan elegir qué desean hacer, en qué lugar se sienten más cómodas trabajando y cómo se iban a desenvolver a lo largo de todo el período planificado.

La idea de potenciar habilidades, tuvo que ver con tener en cuenta conocimientos y saberes incorporados a lo largo de la vida por las mujeres, en talleres, en su cotidianidad, en trabajos anteriores, entre otros. Esto, nos permitió pensar en en conjunto nuevas propuestas para elaborar otros productos, dividir las tareas de acuerdo a preferencias e intereses de cada una, y motivar al grupo teniendo en cuenta aquellas cosas que las entusiasmaba a la hora de trabajar.

❖ Difusión: preparación de folletos.

Al comenzar a participar en espacios sociocomunitarios, pensamos como opción poder mostrar a través de estrategias de difusión las acciones llevadas a cabo en conjunto con las mujeres donde se pudiera plasmar los productos artesanales que realizan, quiénes eran, y qué era el dispositivo.

Así, se planteó, la creación y construcción colectiva del folleto en el que pudiéramos plasmar la historia de la Casa, ejes que allí se trabajan, quienes son las mujeres, qué trabajos se realizan, qué significa para ellas el dispositivo. Esto, fue pensado como una herramienta de visibilización del dispositivo y las sujetas que habitan el espacio teniendo en cuenta cómo lo significan y cuán diferente es ese espacio al de las instituciones que transitaron anteriormente. Así vemos en el siguiente relato “en el Neuro no hablaba con nadie, estaba siempre aburrida, acá en la Casa hice amigas, el destino hizo que nos crucemos para ayudarnos”, “se abrieron las puertas de un nuevo lugar para mí, acá aprendí

a hacer manualidades y artesanías”, agregan también “las puertas de la Casa están abiertas para que luego volemos”.

Por otro lado, también indagamos cuál era el fin de transitar los espacios presentando los productos que fabricamos. Resaltamos que en este sentido se comenzó a tener una mirada más amplia en este aspecto, ya que al dialogar las mujeres ponían énfasis en generar capital económico, a lo que luego destacamos la importancia de problematizar otras cuestiones, como aprender y visualizar las construcciones artísticas de otras personas, desarrollar habilidades y potencialidades de cada una de ellas al momento de la producción y venta, la autonomía para movilizarse y asistir a los lugares que ellas eligieron, conocer otros espacios de la sociedad como así también personas interactuando con los demás, entre otras cuestiones. Se destaca en el relato siguiente: “es cierto, a mí me gustó mucho ir a las Heras porque es re grande, hay mucha ropa para ver y también cosas diferentes que la feria del MOK, está bueno probar suerte también en otros lugares”.

- ❖ Selección de los espacios comunitarios que serán transitados para la venta.

Teniendo como punto de referencia las experiencias de algunas mujeres que habían participado en la Feria Mok en el Parque Sarmiento de Córdoba, decidimos tenerlo en cuenta, pero, además, proponer expandir los espacios de manera que pudiésemos participar con más frecuencia en distintas ferias. En un primer momento sólo asistimos allí, y en ocasiones al parque de las Heras, que requirió mayor organización ya que por la distancia debíamos buscar colectivos, y observar de manera estratégica a qué horario ir y qué lugar ocupar para presentar nuestros productos. Las mujeres fueron incorporando estas cuestiones y observando, recorriendo, socializando con otros puestos de artesanos, proponiendo y dialogando cómo se organizarían en cada espacio comunitario que presentaba diferencias.

Si bien, dichos lugares fueron los más transcurridos, comenzamos a tejer redes con otros actores sociales/institucionales que también estaban interesados en generar espacios de microemprendimientos de productos artesanales.

Se encontraron algunos obstáculos en el proceso, por un lado, las ferias en las que participamos se realizaban una vez al mes y por otro, en las mismas se presentaban sólo algunos productos que luego de hacer un análisis observamos que no se vendían tanto como otros. En consecuencia de estas dificultades se propuso una estrategia alternativa que fue pensada en función de potenciar cuestiones como generar vínculos, autonomía para salir en los momentos que ellas desearan, acompañamiento grupal en las actividades y expandir la salida a la comunidad. Entonces, comenzamos a transitar otros espacios como: barrios cercanos al dispositivo, la plaza ubicada al frente de la Casa, Hoteles cercanos, Parque Sarmiento y Parque de las Tejas.

Finalmente, teniendo en cuenta que nuestro eje de trabajo tenía que ver con pensar acciones para ampliar los espacios que transitaban las mujeres en la comunidad, nos organizamos para llevar a cabo cada paso de nuestros objetivos en las diferentes inserciones: ferias, marcha de salud mental, encuentro con otras organizaciones, acompañamientos individuales, y así pensar espacios de lucha, emancipación, recreación y empoderamiento de las sujetas.

En el marco de la realización de estas actividades, sostenemos que los objetivos propuestos inicialmente, pudieron concretarse, pudimos poner en juego los ejes principales en los que se basa el dispositivo, la escucha, participación, diálogo horizontal, tener en cuenta la voz de cada una, la contención, empatía, entre otros.

Por otra parte, en un *segundo momento* en relación a las actividades a **nivel individual**, se nos asignó a cada, un caso particular en pos de generar un acompañamiento continuo que permitiera conocer y ahondar sobre la historia de vida de la mujer y

centrarnos por un lado en potenciar sus habilidades y capacidades y por otro, problematizar necesidades económicas y simbólicas de las mismas.

Comentaremos de manera sintética los tres acompañamientos, teniendo en cuenta particularidades de cada uno

En el primer proceso comenzamos a realizar trámites en la Dirección de Especialidades Médicas (DEM) y Servicio social del Ministerio de Salud, para que la sujeta pudiese obtener los anteojos, que en ocasiones para ella significaba una limitación no poder realizar ciertas actividades que implican un esfuerzo visual, por ejemplo, pintar, dibujar, leer.

Por otra parte, en relación también a cuestiones de salud, el acompañamiento estuvo orientado a realizar chequeos médicos para abordar su problema de tiroides y principio de diabetes en el Hospital San Roque. La idea, era interpretar conjuntamente la información que brindaba el médico para atender la problemática, como así también tener en cuenta trámites que debían realizarse para su tratamiento. También, destacamos la importancia de organizar las actividades a realizar que implicaba una rutina a seguir.

Dicho acompañamiento nos permitió recorrer muchos espacios de la comunidad, por lo que comenzó a generarse un vínculo de confianza, un diálogo cada vez más fluido, mediante el cual pudimos sumergirnos en su historia de vida, sus experiencias, miedos, proyectos, recuerdos y deseos, lo que nos permitió conocer sus lazos sociales, particularmente centrados en sus hijos, con los que deseaba reencontrarse y poder verlos con más frecuencia, fue así, que desde el equipo técnico se construyeron estrategias dirigidas a esto.

Es interesante destacar también que durante las salidas a la comunidad las problemáticas en torno al interactuar con otros, y las dificultades para relacionarse con algunas personas se hicieron evidentes. En ocasiones, para pedir turnos, o dialogar con el

médico, durante este proceso, la sujeta comenzaba a entrar en un estado de ansiedad, nervios, y ciertos miedos se hacían presentes, por lo que esto llevaba a responder de manera inadecuada (a veces agresivamente), sino que también llevaba a que la sujeta interprete que el otro hacía o decía cosas con cierta intención para perjudicarla a ella. Por ejemplo, esperando a ser atendida por un secretario para que le dé un turno, al generarse la demora, P. mencionaba “esto no pasa nunca, justo yo que vengo hoy se están demorando, lo hacen a propósito, atendieron a otras personas que llegaron después” inmediatamente quería volver otro día, aprender a esperar resultó un desafío.

También, a modo de ejemplo, cuando realizamos los trámites para los anteojos, nos llevó a recorrer varios espacios, y esperar un tiempo determinado para obtenerlos. Esto era interpretado por ella como obstáculos, inconvenientes, y su respuesta era una vez más “no, no me los quieren dar, porque se demoran tanto, para mí que si me demoran así, es por algo, y no me los quieren dar, ya está”, como así también solían ser respuesta ante los que la atendían, o esperaban a ser atendidos “ a mí me dijeron que venga acá con esto, y que ustedes me los iban a hacer asique no sé, tienen que hacérmelos”, “ustedes también están esperando hace rato, porque no se estos, venimos y nos tienen mil horas y encima el marco que quiero no lo puedo tener, tengo que elegir otros”, “estaba yo antes que vos, vine más temprano ¿por qué te atiende a vos?, se está colando”. En fin, fue importante lograr que se entienda que en las instituciones públicas, aparecen a veces obstáculos, que manejan tiempos que implican esperar prolongadas horas, y que por lo tanto esto conlleva aprender a esperar y entender que es el contexto el que influye y repercute en las demoras que fueron apareciendo a lo largo del proceso, y que entonces es necesario aprender a esperar.

Por otro lado, se realizó un seguimiento individual a una egresada de la Casa; resaltando que la misma sigue acompañando para también fortalecer en el afuera. De esta manera, se pactó una visita semanal; la primera intervención consistió en la concientización

de la limpieza del hogar y la higiene personal, en donde se reforzaron diversos hábitos que habían sido debilitados después de una recaída que había tenido unas semanas antes de iniciar el proceso. Paralelamente se realizaron acompañamientos a controles ginecológicos y apoyo a la interpretación de los resultados médicos.

Por otro lado, se realizaron actividades recreativas, como salidas al cine, paseos al parque, visitas a museos entre otros, con el fin de fortalecer lazos sociales y romper con ciertos miedos que atravesaba la egresada. La misma expresaba: “No me gusta salir, tengo vértigo a las alturas y a cruzar las calles”. En estos espacios se generaron diversas charlas respecto a su historia de vida, sus relaciones sociales y familiares, su trayectoria tanto el Neuropsiquiátrico como en su paso por la Casa de Medio Camino. A partir de estas cuestiones, se inició un trabajo interdisciplinario con su psicólogo; y con su acompañante terapéutico; donde se trabajaron objetivos en común como la administración de dinero, la higiene personal y el vínculo con la comunidad.

En cuanto al último acompañamiento se propuso potenciar la vinculación con el medio social de la sujeta teniendo en cuenta que presentaba ciertas dificultades a la hora de interactuar con los demás. La estrategia fue dirigida a desarrollar diferentes actividades tendientes a potenciar el desenvolvimiento con el medio social, De esta manera, se apuntó que contribuyan entonces a fortalecer la autonomía en los diversos espacios, así, se generaron paseos en la zona, se encargaba actividades como hacer compras en los supermercados, entre otras tareas que terminaron por construir y fortalecer el vínculo de confianza. Se obtuvieron logros muy importantes con la sujeta; por un lado

También, se comenzó el trámite del Certificado de Discapacidad, por lo que también acudimos a diversos espacios, en los que debíamos preguntar, sacarnos dudas, y comunicarnos con otros para poder llevarlo a cabo. Con esto, se logró de alguna manera, autonomía en tanto a movilizarnos, contactar con otros.

Los acompañamientos individuales desarrollados propuestos por el equipo técnico, nos demandó centrarnos en las necesidades puntuales que fueron apareciendo en cada caso, por lo que inicialmente significó un desafío, y un proceso diferente que requería otras lecturas e interpretaciones respecto a cómo veníamos abordado las demandas grupales. Con esto, queremos decir que, si bien cada una llevó a cabo un proceso particular con cada mujer, nos llevó a reconocer otros modos de ver y entender a las sujetas, implicarnos en su historia de vida, generar un vínculo de confianza más profundo y escucha activa, y en el vínculo crear un espacio que permitiese a cada sujeta profundizar sobre sus experiencias, vivencias, proyectos, deseos, miedos, entre otras cuestiones.

Esto nos llevó a analizar desde cerca las problemáticas de padecimiento subjetivo, observar en la cotidianeidad cómo implican obstáculos, pero también potencialidades que nos posicionan entendiendo la diversidad de cada una. Es en base a esto, es que buscamos trabajar empleando estrategias pensadas para abordar cada demanda teniendo como fin poder generar respuestas que empoderen a las sujetas.

4.5) Transformar a la par: el valor de hacernos oír y ser escuchadas.

Concluyendo con nuestro proceso de intervención, queremos remarcar la importancia de la autonomía con la que contamos a lo largo de nuestra práctica para trabajar en el espacio institucional. Hacemos referencia con esto, a la posibilidad que se nos dio desde el equipo técnico de proponer o llevar a cabo las actividades que planificamos, participar en las reuniones teniendo en cuenta nuestra voz y la libertad de expresión para manifestar nuestras opiniones, puntos de vista, sugerencias tomándonos como pares a la hora de trabajar.

Destacamos esto, porque entendemos que en algunas instituciones las reglas son fijas, y los criterios parecen ser inamovibles, hacemos referencia a la heteronormatividad,

que muchas veces imposibilita u obstaculiza el proceso de intervención de los estudiantes a la hora de llevar a cabo las actividades planificadas. Se ven obligados a amoldarse a normas que están instituidas fuertemente.

Como mencionamos anteriormente, en otras instituciones existe cierta autonomía relativa para accionar, dado que también existen reglas, horarios, normas que cumplir, pero la autonomía entra en juego cuando se abren espacios para que cada sujeto pueda posicionarse, poner en juego acciones, pensar y proponer en conjunto. Interpretamos que éste fue uno de los puntos fuertes que nos permitió proponer las estrategias pensadas de manera grupal que contribuyeron a ampliar espacios de inclusión en la comunidad.

Dicho esto, comentaremos los resultados de las estrategias que pensamos y pusimos en acción, qué logros y obstáculos atravesamos; y qué aprendizaje nos dejó.

En cuanto a ciertas limitaciones que pudimos encontrar en la práctica, nos encontramos con diversos obstáculos a la hora de alcanzar nuestros objetivos. Algunos tuvieron que ver con el poco rendimiento económico de las ferias. Si bien generamos un espacio para comprender con qué fin participábamos en las mismas, teniendo en cuenta que recorrimos diversos espacios, que existía un reconocimiento e interacción con un otro, para las sujetas era muy importante generar capital económico. Al no concretarse las expectativas de ventas, se observaba una desmotivación y conflictos a nivel grupal. Esto repercutió durante el proceso, desde la fabricación de productos, hasta la venta, dificultando modos de organización y comunicación.

Así, debimos repensar y modificar las estrategias, dado que se ponía en duda la participación en algunos lugares, como así también los productos que tenían en venta. Consecuentemente, comenzamos a pensar en las Reuniones de Convivencia junto a las mujeres y trabajadoras sociales estrategias alternativas; teniendo en cuenta otros lugares en donde podríamos ofrecer los productos, como así también generar nuevos. En este espacio,

también se llevaron a cabo actividades dinámicas y el uso de la creatividad como el actuar instancias de venta con el fin de visualizar puntos a fortalecer durante los procesos de los mismos e identificar las capacidades de cada una potenciándolas y aumentando su motivación. De esta manera, surgieron otros lugares para acudir (barrios cercanos y sectores comerciales dejando folletos y contactos) y nuevas formas de comunicar, transmitir y vender.

Destacamos que estos obstáculos nos sirvieron como base para repensar y analizar cada acción que llevamos a cabo. Así, algunos de los aprendizajes que resaltamos es que la organización colectiva es fundamental a la hora de trabajar en grupo, así como también sostener la pluralidad de las voces y aportes, el manejo y control de conflictos y tensiones grupales, sortear momentos de frustraciones, fortaleza, motivaciones y desmotivaciones, análisis de resultados que se trabajaban en instancias de reflexiones para alcanzar ciertas metas y objetivos, siempre desde una crítica constructiva.

Finalmente, destacamos los resultados positivos y el avance que fuimos logrando de manera conjunta; que implicó tiempo y todo un proceso en el que fuimos logrando expandir espacios de la comunidad en los que participábamos. Si bien inicialmente, trasladarnos e ir a cierto espacio generalmente estaba relacionado a las ferias, o íbamos con el “objetivo de...”, en el transcurso del tiempo, surgieron otras y nuevas maneras de participar, ya sea para distendernos, conocer otros espacios, como plazas, galerías, centro, parques, entre otros.

Ponemos énfasis en resaltar esto, ya que tiene que ver con el logro de cierta autonomía para decidir qué espacios recorrer, con quienes, entre otras cuestiones, lo que nos permitió más permeabilidad para pensar en nuevos lugares para llevar a cabo actividades como las ferias.

Reflexiones finales

Para concluir con la presente tesina de grado desarrollaremos algunas reflexiones que nos permitirán hacer un análisis integral del proceso de práctica en el año 2017. Nos interesa poder relatar cómo nos atravesó dicho proceso, cómo significamos cada paso que dimos en el contacto con las mujeres y aquellos involucrados en el espacio en que nos insertamos.

Al acercarnos e introducirnos al campo de intervención de la salud mental, aprendimos a deconstruir conceptos que estaban instalados socialmente, lo que nos llevó a conocer una realidad totalmente desconocida hasta ese entonces para nosotras. Al sumergirnos en el tema, empezamos a entender a la salud mental desde otro punto de vista partiendo de observar e interpretar cómo funcionan las instituciones monovalentes, las diferentes modalidades de atención frente a los sujetos con padecimiento subjetivo, los posicionamientos de los profesionales que abordan esta temática en los distintos espacios, y las diversas lecturas que se dan respecto a esto.

Reflexionamos sobre cómo empezar a contar lo aprendido (más allá de un marco teórico) e inmediatamente surgió un puntapié que nos permite cuestionarnos la lógica de este sistema perverso en el que vivimos, que tiende a invisibilizar y “reclutar” a aquellas personas que están excluidas de la sociedad. Comenzaremos entonces por lo que más generó impacto en nosotras y nos llevó a encontrarnos con muchas sensaciones, que compartíamos cada vez que terminaba nuestros momentos en las prácticas. Hacemos referencia a las prácticas deshumanizadas, exclusión, violencia institucional y social que marcó a cada mujer y que pudimos ir descubriendo mediante sus propios relatos.

Al profundizar con el paso del tiempo sobre las experiencias de su tránsito por las instituciones monovalentes, entendíamos que el “silencio” de los profesionales sobre

muchas de sus realidades, la falta de tacto y visión en sus modos de intervenir, están directamente relacionados a la invisibilización de estas personas por parte del estado y el sistema, que excluye y recluye a las personas que “no son funcionales“ al mismo en instituciones de encierro, como las cárceles y hospitales monovalentes.

Entendemos que esto es posible debido que existe un sostenimiento de las instituciones preparadas para tal fin, como así también una sociedad teñida de múltiples estigmas producto de la desinformación y naturalización de representaciones sociales en torno a las personas con padecimiento subjetivo, que deja en evidencia una vez más la violencia de diversas índoles que vivencian estas personas, propagándose una falta de apertura de espacios que posibiliten trabajar la inclusión social de las mismas, permitiendo el acceso a derechos como salud, vivienda, trabajo, etc.

En sus relatos también visualizamos el sentimiento de soledad que acompañó a cada una durante mucho tiempo al estar en las instituciones, soledad que se hizo presente en cada silencio al que se fueron acostumbrando, sin un otro que pregunte por sus proyectos, sus trayectos, cómo se encontraba, cuáles eran las experiencias que habían transitado, si tenían sus vínculos familiares, qué espacios frecuentaba o simplemente qué les gusta hacer a diario.

La situación de “abandono” del estado y la sociedad misma que excluye, hacia estas personas nos llevó a preguntarnos ¿es ésta realidad ignorada por la mayoría? ¿se habla de salud mental en la sociedad? ¿la gente conoce estas realidades sociales? En un contexto donde los derechos humanos tienen grandes avances, cambios de paradigmas, nuevas conceptualizaciones, nos preguntamos ¿cómo es posible que sigan prevaleciendo espacios en los que se produzcan y reproduzcan prácticas extremadamente deshumanizantes?

Nuestra práctica nos dejó sentimientos de impotencia e incertidumbre, ya que, al profundizar sobre las leyes de salud mental, nos topamos con una realidad en la que

claramente muchos de los objetivos propuestos por las mismas en pos de lograr avances en la transformación de la realidad de las personas con padecimiento subjetivo, no se concretan y existe una escasa voluntad política en la coyuntura actual de garantizar y hacer efectivo esos derechos.

Correlativamente, investigamos sobre experiencias desmanicomializadoras y nuevas formas de abordar a la salud mental en distintas partes del mundo, Argentina y más particularmente en la provincia de Córdoba, desde una perspectiva de inclusión social/comunitaria donde a través del uso de la creatividad y propuestas desde un abordaje multidimensional y de redes, van generando respuestas diferentes con el propósito de construir otros espacios en el que las personas con padecimiento subjetivo participen de manera activa. Consideramos que este abordaje atravesado por un enfoque de derechos, logró resultados muy positivos que pueden plasmarse en la realidad, y es producto de un trabajo integral e interdisciplinario que mira y entiende a la salud mental desde un abordaje multifactorial.

Aquí retomaremos una reflexión de Galende (2015) para comprender la importancia de lo dicho, cuando la gente se enferma, la vida se desorganiza. Curarse es volver a organizar una vida. Los aspectos que entran en esa vida son muy complejos, hay que tener trabajo, ingreso económico, familia, amigos, inserción dentro de alguna relación social, de algún dispositivo social, hay que entender toda esa complejidad.

Es precisamente aquí, donde nos detenemos para remarcar las experiencias desmanicomializadoras como el dispositivo de la Casa de Medio Camino, que son el disparador para pensar no solo las nuevas prácticas en el campo de la salud mental, sino una nueva sociedad, más inclusiva para todos. Entendemos y compartimos la importancia de la existencia de los mencionados, que juegan un papel fundamental para el cierre definitivo de manicomios (como está estipulado en la ley) y destacamos también, lo

fundamental de que existan diversos grupos de personas que promuevan la transformación de las representaciones sociales acerca de los sujetos con padecimiento subjetivo para luego construir nuevas realidades desde acciones interventivas. Consideramos que los cambios a generarse, son profundos, y sobre todo culturales, si bien las leyes lograron rupturas significativas, desde la práctica queda mucho por hacer y debemos centrarnos en dar a conocer y visibilizar de manera más amplia las experiencias desmanicomializadoras y sus efectos, llegadas e impactos.

Siguiendo el análisis, sentimos que se deben derribar diversos mitos que pueden existir para con estas personas en donde se naturaliza que portan una “imposibilidad o incapacidad de” y no posibilidades de o capacidades para” llevando esta mirada social a la privación de su libertad y autonomía.

Por otro lado, nuestro paso por la Casa de Medio Camino, también nos dejó aprendizajes, no solo académicos para poder ser parte de los procesos de transformación social desde nuestro rol pre profesional (además de sumarnos a la lucha de los movimientos sociales que defienden estos dispositivos alternativos y estas nuevas maneras de abordar la problemática) sino valores humanos, al trabajar en un proceso tejido de relaciones sociales teñidas de solidaridad y compañerismo, donde permanece muy activa la construcción colectiva para desenvolverse en la vida cotidiana.

Es importante comprender también, que este dispositivo surge y se mantiene en la actualidad gracias a las luchas que se fueron dando a lo largo del tiempo, y que es un espacio sostenido y coordinado por trabajadoras sociales, con una mirada social e integral para abordar las problemáticas, en las que intervienen por supuesto también otros profesionales que aportan desde diversas lecturas, pero entender que frente a un contexto en el que prevalecen y tienen mucha fuerza las intervenciones meramente médicas en esta área y quedan escasos espacios reducidos que dan lugar a otras profesiones para intervenir,

mencionar este dato, no es menor, ya que es el resultado de largos períodos de atravesar momentos de pujas y tensiones con otros profesionales y paradigmas.

Rescatamos para finalizar, la importancia de luchar por sostener estos espacios que apuntan a que las personas tengan la posibilidad de acceder a los derechos humanos fundamentales, y por otro lado a generar conciencia social en tanto a la igualdad de oportunidades; involucrarnos como sociedad en la problemática, facilita ir destruyendo las barreras que existieron históricamente. Consideramos que uno de los desafíos pendientes tiene que ver con que se legitime socialmente la construcción de dispositivos alternativos, puesto que la mayoría de la sociedad desconoce totalmente su existencia, además de hacer visible la urgencia de efectivizarlos.

Bibliografía

- Abramovich V. (2004) Una aproximación al Enfoque de Derechos en las Estrategias y Políticas de Desarrollo de América Latina. CELS. Santiago, Chile.
- Amarante P. (2009) Superar el Manicomio. Editorial Topia. Argentina.
- Amico, L. (2005) La institucionalización de la locura, la intervención del trabajo social en alternativas de acción. Espacio Editorial Buenos Aires.
- Aquín, N (1995) Acerca del objeto del Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales.
- Barbosa C. y Orfila A. (2018) Tesis de grado en Salud Mental. Encuentro de Subjetividades “Mujeres conquistando espacios comunitarios significativos” Universidad Nacional de Córdoba.
- Basaglia F. (1979) La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Topia Editorial. Buenos Aires
- Bourdieu P. (1997) Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción. Anagrama. Barcelona (2006) Campo del Poder y Reproducción Social. Elementos para un análisis de la dinámica de clases. Ferreyra Editor. Córdoba Argentina.
- Buriyovich, J. y Ase, I. (2013) Capacidades estatales, APS y Derecho a la Salud Mental. Ponencia presentada en Jornadas Nacionales de Atención Primaria en Salud Mental, Mendoza.
- Carballeda A. (2009) La intervención en los Social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. Universidad Nacional de La Plata.
- Carballeda A. (2012) La Intervención en lo Social. Exclusión e Integración en los nuevo escenario sociales. 1° ed., 4° reimp. Buenos Aires.
- Castel R, (1991) La dinámica de los procesos de marginalidad. De la vulnerabilidad a la exclusión. Revista Topia. Buenos Aires.

- Chiara M. y Di Virgilio M. (2009). *Conceptualizando la Gestión Social: Gestión de la Política Social*. Prometeo Libros, UNGS. Buenos Aires.
- Cohen, N. y Natella G. (coords.) (2007). *Capítulo 2 Atender a las demandas*. En N. Cohen y G (coords), *Trabajar en Salud Mental. Desmanicomialización en Río Negro*. Lugar Editorial. Buenos Aires
- González, C. (2008) Mimeo. Cátedra de Trabajo Social e intervención con familias. ETS-UNC.
- Danani, C (2009) *La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización*, en Chiara M. y Di Virgilio M.M (organizadoras) *Gestión de la política social. Conceptos herramientas*, Prometeo Libros, Buenos Aires.
- Ferrara, P. (2010, Abril, 19). *La salud es la solución al conflicto*. Página 12. Disponible: <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>
- Ferrarotti, F. (2011) *Las historias de vida como método*. Universidad Sapienza de Roma. Publicaciones del Centro de Estudios Sociológicos- FCPyS.
- Galende, E (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*.
- Galende, E. (1998) *La salud y la salud mental. Concepciones y paradigmas. Su historicidad. Perspectivas clásicas y alternativas en salud mental*, Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, Uner, Paraná.
- Galende, E. (2015). *Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes en salud mental*. [Video]. Librandi J. Entrevistador. Buenos Aires: CeDoPS.

- Gallici, C. (2015) Tesis de Maestría de Salud Mental “Casa de Medio Camino de Mujeres”: ¿Iniciativa innovadora en el abordaje de las problemáticas de Salud Mental? Universidad Nacional de Córdoba.
- Guerra R. (23 de abril de 2017) El Arte como herramienta transformadora. LaVoz. Recuperado <https://www.lavoz.com.ar/salud/el-arte-como-herramienta-transformadora>
- Goffman, E. (1980) Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales -la ed. 3a reimp- Buenos Aires: Amorroutu.
- Gorbacz, L. (2013) En el medio de la Ley. Disponible: Canal Encuentro
- Heller A. (1977) Sociología de la vida cotidiana. Colección Socialismo y Libertad. Ediciones Península.
- Jorge J. Rodríguez (2009) Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Salud Mental en la Comunidad. Comité Editorial: Silvina Malvárez, René González, Itzhak Levav.
- Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L., & Bolcatto, S. (2007) Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. Revista Cátedra Paralela. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Ley Nacional de Salud Mental 26. 657 (2011) Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
- Ley Provincial de Salud Mental 9848 (2010) Legislación de la Provincia de Córdoba.
- Morin E. (2005) Sobre la Interdisciplinareidad. Disponible: www.pensamientocomplejo.com.ar 25/3/2005

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000) Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México.
- Parra, G. 1983. El objeto y el trabajo social: algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. Boletín electrónico
- Pautassi, L. (2010) El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una breve revisión.
- Pellegrini, J. (2005) Cuando el manicomio ya no está. Ed. Fundación Gerónima; San Luis, Argentina.
- Pichon-Rivière, E. (1981). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 6ª edición.
- Raimondi, A. , & Todor K. (2012) Inclusión Social en Salud Mental: la concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental. Trabajo final de integración, Posgrado en Determinantes Sociales de la Salud Mental. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Repetto, F. (2004) El Marco institucional de las Políticas Sociales. Aspectos político-institucionales que dificultan la construcción de una autoridad social. CEPAL- Colección Documentos de proyectos.
- Robirosa, M (1990) Turbulencia y gestión planificada. Editorial EUDEBA.
- Rodríguez y Taborda (2012) Diseño estratégico de actuación profesional, ficha de cátedra. ETS-UNC
- Romañach, J. y M. Lobato (2005): “Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano”. Foro de Vida Independiente y Divertad.

- Rotelli F. (2014) Vivir sin Manicomios. La experiencia de Trieste. Editorial Topía. Buenos Aires.
- Rotondi, G. (2013) Intervención institucional en Trabajo Social. Pistas para el análisis de la demanda. Cátedra Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención IV- Institucional. Escuela de Trabajo Social- UNC.
- Rotondi G, Fonesca, Verón y otros (2011) Las instituciones. ¿Nuevas gestiones? límites y posibilidades. Ponencia presentada en el Encuentro de la red rioplatense de unidades académicas de trabajo social: Debates y proposiciones de Trabajo Social en el marco del bicentenario. Paraná. Entre Ríos. Res 14927/10. Secretaría de políticas universitarias. Ministerio de Educación.
- Rovere, M. (2009) Redes en salud un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad Universidad Nacional de Rosario.
- Rozas Pagaza M. (1990) Una perspectiva teórico metodológica de la intervención en Trabajo Social, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Rozas Pagaza M. (2001) La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Soldano D. & Andrenacci L. (2006). Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino. Em L. Andrenacci, Problemas de política social en la Argentina contemporánea. Bs As: Prometeo libros y Universidad Nacional General Sarmiento.
- Travi, B. (2004) El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional. Espacio Editorial.

Índice

<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract</i>	2
<i>Introducción</i>	3
CAPÍTULO I	
<i>La salud mental está en los derechos: un recorrido hacia las conquistas bisagras</i>	6
1.1) Las prácticas disciplinarias: el poder atravesando los cuerpos.....	7
1.1.1) <i>Deconstruyendo la concepción de sujeto pasivo</i>	13
1.2) Repensando los Derechos Humanos: un camino hacia la emancipación.....	16
1.3) El arte como herramienta de transformación: experiencias desmanicomializadoras en Argentina.....	24
CAPÍTULO II	
<i>Construyendo identidades emancipadoras desde el dispositivo</i>	34
2.1) El surgimiento de la Casa: derribando las barreras de lo hegemónico.....	35
2.2) ¡Todas las voces, todas!: una mirada desde lo grupal.....	42
2.2.1) <i>¿Cómo significamos el espacio cada uno de los actores?</i>	46
2.3) Una perspectiva desde lo comunitario: tejiendo redes.....	48
2.3.1) <i>La interdisciplina y trabajo en red, dos nociones para entender el modelo comunitario</i>	51
2.3.2) <i>¿Qué obstáculos aparecen en escenario de la salud mental que dificultan el trabajo con base en la comunidad?</i>	64
CAPÍTULO III	
<i>La Historia detrás de cada rostro</i>	68
3. 1) <i>El padecimiento subjetivo: reflexiones sobre su definición</i>	69
3.2) <i>Las mujeres que habitan la Casa: sus recorridos y experiencias</i>	71
3.2.1) <i>Las áreas problemáticas de las sujetas con padecimiento subjetivo: algunas variables de análisis</i>	75
3.3) <i>Rompiendo cadenas desde la intervención profesional: valoraciones significativas</i>	84
CAPÍTULO IV	
<i>La libertad es terapéutica: las mujeres saliendo a la comunidad</i>	90
4.1) <i>Nuestra inserción a la Casa de Medio Camino: momento de pujas y encuentros</i>	91
4.2) <i>La demanda del equipo técnico: ¿Qué se nos solicitó trabajar?</i>	93
4.3) <i>Construcción del objeto de intervención: ¿sobre qué intervenimos?</i>	95
4.4) <i>Práctica pre-profesional en acción</i>	103
4.4.1) <i>Empoderarse colectivamente: nuestra intervención con las sujetas</i>	108
4.5) <i>Transformar a la par: el valor de hacernos oír y ser escuchadas</i>	115
<i>Reflexiones finales</i>	118
<i>Bibliografía</i>	123