

Encuentro de subjetividades

Mujeres conquistando espacios comunitarios significativos

Barbosa, Calfú Malén
Orfila, Agustina

Año 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



**ENCUENTRO DE SUBJETIVIDADES
MUJERES CONQUISTANDO
ESPACIOS COMUNITARIOS
SIGNIFICATIVOS**

Año 2018

Autoras: Barbosa, Calfú Malén y Orfila, Agustina.

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

Profesora del Seminario de Redacción de Tesina: Mgtr. Bosio, M. Teresa.

Orientadoras temáticas y referentes institucionales: Lic. Arrieta, Liliana y Lic. Gallici, Cecilia.

Dedicatoria

A todas las mujeres que esperan su libertad, olvidadas tras los muros de los manicomios.

A todas/os las/os profesionales del Trabajo Social, para que nuestras intervenciones se dirijan hacia la restitución y fortalecimiento de derechos de todas y cada una de las personas con las que trabajamos.

Por la lucha para construir nuevos espacios de promoción de una nueva Salud Mental.

Agradecimientos

Primeramente, quisiéramos agradecer haber podido estudiar en la Universidad Pública, y a lxs docentes por sus aportes, especialmente a Exequiel Torres y María Teresa Bosio que nos marcaron el camino, que nos ayudaron a pensar y ser críticas de nuestro trabajo y a reflexionar constantemente.

A las coordinadoras de La Casa de Medio Camino, Cecilia Gallici y Liliana Arrieta, por sus luchas cotidianas, por la entrega y compromiso con la profesión, por construir y mantener el dispositivo con tanto amor y empatía. Por acompañarnos y sostenernos.

A las mujeres que habitan y habitaron La Casa, que nos dedicaron su tiempo, sus historias, nos dejaron conocerlas y compartir juntas este proceso de aprendizaje, este encuentro de subjetividades.

A nuestros padres, hermanos, abuelos, tíos, y pareja por brindarnos su apoyo, contención y cariño, y sobre todo a las mujeres guerreras que componen nuestras familias por empoderarnos, por enseñarnos a luchar y no callar.

A nuestxs amigxs y compañerxs por estar presentes en estos años, especialmente a “las pibas” por su sororidad, por sus aportes, por cada abrazo, charla y momento compartido.

...y aquí estamos las nietas de las brujas que no pudieron quemar...

Índice

<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract</i>	1
<i>Introducción</i>	3
<i>Capítulo I: Definiciones y Alcances del Concepto de Salud Mental</i>	5
1.2 <i>La salud mental en la historia, de locos, enfermos, anormales a sujetos de derechos</i>	9
1.3 <i>Contexto normativo y políticas públicas acerca de la Salud Mental</i>	15
1.3.1 <i>Ley Provincial N° 9848: construyendo una red de dispositivos alternativos</i>	16
1.3.2 <i>Ley Nacional n° 26657, un cambio de época</i>	18
1.3.3 <i>Políticas Públicas en tensión: entre el deber y el hacer</i>	20
<i>Capítulo II: dispositivo Casa de Medio Camino de Mujeres, abriendo las puertas de la Desmanicomialización</i>	23
2.1 <i>Transitando el escenario institucional y su cotidianeidad</i>	25
2.2 <i>Tendencia en el mundo, historia de la intervención del trabajo social en la Salud Mental</i>	31
2.3 <i>Roles de los trabajadores sociales e incumbencias profesionales</i>	38
2.4 <i>Red de relaciones en la Casa de Medio Camino</i>	40
<i>Capítulo III: Mujeres que habitan y habitaron la Casa</i>	46
3.1 <i>El padecimiento desde la subjetividad</i>	48
3.2 <i>La desigualdad tiene cara de mujer</i>	50
3.3 <i>La desmercantilización como estrategia para hacer frente a las necesidades de la vida cotidiana</i>	55
3.4 <i>Las políticas sobre discapacidad</i>	61
<i>Capítulo IV: Del aislamiento y la exclusión a la conquista de espacios comunitarios significativos</i>	66
4.1 <i>La cuestión del objeto y el campo problemático en trabajo social</i>	68
4.2 <i>Rompiendo muros, habitando espacios</i>	73
4.3 <i>La acción desde la presencia constante</i>	76
4.4 <i>Diseñando la intervención</i>	79
4.5 <i>Sentires en la casa de medio camino</i>	89
<i>Reflexiones finales</i>	91
<i>Bibliografía</i>	96

Resumen

Se propone presentar el trabajo de intervención pre-profesional que desarrollamos en La Casa de Medio Camino de Mujeres. Esta es una institución dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y de la Dirección General de Programas de Salud Mental. Secretaría de Salud Mental

La característica de este espacio institucional es que el mismo es definido como un dispositivo estratégico, enmarcado en la ley Nacional de Salud Mental 26657 y en la ley de Salud Mental Provincial 9848, es un lugar de cuidado, intercambio social, y contención dirigido a fortalecer la autonomía y la independencia de mujeres entre los 21 y 50 años, que poseen diferentes padecimientos subjetivos, en un tiempo determinado aproximadamente de 6 meses, para recuperar un nuevo lugar social de acuerdo a su proyecto de vida.

Nuestro abordaje consistió en acompañar a las mujeres en los procesos de participación activa en lugares comunitarios significativos a través de la construcción de espacios de laboriosidad y de redes, fomentando la inclusión, la escucha, la autonomía y la independencia individual y económica, desde una perspectiva de derechos y de género, donde se ubican como sujetas activas y protagonistas de cada proceso.

Palabras claves: salud mental, mujeres, derechos, dispositivo Casa de Medio Camino, inclusión, espacios comunitarios significativos.

Abstract

It is proposed to present the pre-professional intervention work (Io) that we developed in Halfway House for Women. This is an institution dependent on the Ministry of Health of the Province of Córdoba and the General Directorate of Mental Health Programs. Ministry of Mental Health

The characteristic of this institutional space is that it is defined as a strategic device, framed in the National Mental Health Law 26657 and in the Provincial Mental

Health Law 9848, it is a place of care, social exchange, and containment aimed at strengthening the autonomy and independence of women between 21 and 50 years of age, that have different subjective ailments, in a determined time of approximately 6 months, to recover a new social place according to their life project.

Our approach consisted in accompanying women in the processes of active participation in significant community places through the construction of spaces of industry and networks, promoting inclusion, listening, autonomy and individual and economic independence, from a perspective of rights and gender, where they are located as active subjects and protagonists of each process.

Keywords: mental health, women, rights, Halfway House for Women device, inclusion, significant community spaces.

Introducción

Nuestro proceso de práctica pre- profesional comienza con la elección de la temática referida a la Salud Mental ya que la consideramos un área interesante sobre la cual profundizar, debido a que en el transcurso de la carrera no contamos con un espacio de formación que la abordara.

Durante la inserción, se planteó la necesidad objetivo de poder consolidar la participación en espacios comunitarios significativos de las mujeres que habitan la Casa de Medio Camino.

Los objetivos que se construyeron en relación a la estrategia pre profesional, fueron orientados hacia el fortalecimiento de la autonomía de las sujetas, a la recuperación de sus capacidades, habilidades y efectivización de sus derechos sociales, proponiendo como líneas de acción el fortalecimiento de redes, favorecer los espacios de laboriosidad y facilitar los espacios de escucha e intercambio, con el fin de reconstruir el lazo social, aportando a la salud.

La lectura y el análisis de autores en el campo de la Salud Mental (Foucault, Galende, Carballeda, Goffman, Basaglia, Cohen y Natella) como así también las entrevistas realizadas a especialistas en la temática nos permitieron conocer la historia de la locura, las transformaciones que fueron surgiendo en torno a la salud mental a lo largo de los diferentes momentos históricos, las leyes, el proceso de creación de la Casa de Medio Camino, las perspectivas teóricas sobre las que se posicionan sus fundadoras, y sobre los padecimientos subjetivos que poseen las mujeres que habitan y circulan por el dispositivo.

El abordaje metodológico para realizar la recolección de información fue el cualitativo, que nos permitió captar significados, prácticas y representaciones de las mujeres. Utilizamos herramientas como la lectura de historias clínicas, entrevistas en profundidad, observación participante, que nos aportaron información. Para plasmar estos datos se utilizó el registro escrito en el cuaderno de campo y un registro visual fotográfico.

Realizamos entrevistas en profundidad a diez mujeres que habitan la Casa, a los dos referentes institucionales y a una acompañante terapéutica, lo que nos permitió identificar varias miradas en relación a la cotidianidad en la institución como así también prácticas y representaciones en relación a La Salud Mental.

La lectura de las historias clínicas de las mujeres nos aportó información biográfica de cada una, sus deseos, intereses, proyectos, acceso a la obra social, ingreso económico, relaciones y vínculos familiares y medicación diaria.

La intervención estuvo enfocada en tres niveles simultáneamente: el comunitario con la realización de los espacios de laboriosidad; el grupal con la participación de las reuniones de convivencia semanales; por último, el individual, con el acompañamiento de dos mujeres teniendo objetivos específicos con cada una.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos. En el primero de ellos se realiza un recorrido histórico de las posiciones teóricas que atraviesan a la salud mental, vinculándolo con dos paradigmas coexistentes al interior de las instituciones: el tutelar y el de derechos. Se identifican las políticas públicas, las tensiones en su implementación, y el contexto normativo actual que las regula.

En el segundo capítulo identificamos el escenario institucional y su cotidianeidad, el rol del trabajo social como profesión en el área de Salud Mental.

En el tercer capítulo reconocemos al sujeto de intervención, describimos y caracterizamos a las mujeres que habitan y habitaron la Casa, identificando la noción del género desde una visión feminista y su relación con los abordajes en la Salud Mental.

Finalmente, en el cuarto capítulo se reconstruye el camino de la intervención desde una visión metodológica, ubicando las herramientas utilizadas, se realiza la construcción del objeto de intervención, las estrategias utilizadas, se fundamentan las líneas de acción y se enumeran los objetivos.

Capítulo I: Definiciones y Alcances del Concepto de Salud Mental.

“Silbando bajito ando.

Me construyo un girasol

-es decir me lo dibujo –

Y lo pego en la pared desnuda y grisácea del hospicio.

Después le pongo yerba al mate

y me voy a pasear por mis recuerdos.

Había una mamá, allá en mi infancia,

que trenzaba mi rubia cabellera,

que me ponía moños primorosos

y vestiditos con puntillas.

-Mamá no vino a verme nunca

ahora que estoy en el hospicio

-¡Como me gustaría que me trenzara el pelo!

Estoy aburrida de ser grande y estar sola.

A veces, hasta me aburro de estar loca

Y juego a la lucidez, por algún rato.

Mientras me cebo otro amargo que aseguro

-ayuda

-a soportar la realidad, los abandonos,

los etcéteras.

Me construyo otro girasol

-es decir me lo dibujo-

y lo pego en las paredes del hospicio.

(Ya casi tengo un girasolar completo)”

(Marisa Wagner 31 de agosto de 1997)

1.1 Nociones y debates

La Salud Mental es, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. La OMS la considera: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»

A partir de un análisis de la relación sujeto-mundo, se identifica a la Salud Mental, buscando en las causas sociales la génesis de las enfermedades mentales. La sociedad sería entonces responsable - o corresponsable - de que sus miembros adquieran distintos tipos de padecimientos subjetivos, es decir, que los cambios en la sociedad tienen su impacto en la salud mental.

Desde nuestra perspectiva, consideramos la salud mental involucrada en el campo de la salud como un fenómeno complejo de la realidad humana que solo puede ser comprendido desde el paradigma de la complejidad. Se entiende a la salud como “un estado de relativo equilibrio, donde confluye lo biológico, lo social y lo subjetivo, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Es un medio para la realización personal y colectiva, es poder evolucionar en el tiempo, crecer, madurar y morir”. (Dávila 2014, pág. 3).

La salud/enfermedad/cuidado es un proceso dialectico sometido a múltiples determinaciones (macro-estructurales/sociales, económicas, políticas culturales) y condicionamientos (micro-biopsicosociales) que deberá enfocarse desde una perspectiva sincrónica (interacciones actuales) y diacrónica (como construcción social inmersa en un proceso histórico).

La sociedad influye y tiene implicancias decisivas en la organización y los contenidos de la vida psíquicas, ya que a través del proceso de socialización el individuo construye subjetividades, y transita inmerso en las interacciones socialmente instituidas.

Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacios para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes. De superar la visión simplista y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. Al mismo tiempo esto representa el reto de demostrar que estos desarrollos tienen mayor potencialidad para movilizar recursos de poder en función de obtener cambios favorables en las condiciones de vida y perfiles de salud de diferentes grupos de población y para articularse con los desarrollos del pensamiento estratégico en salud y de la planificación estratégica que permitirán mayor eficiencia y eficacia de las acciones de salud. (Castellanos, 1990).

Se debe identificar a los procesos salud/enfermedad/cuidado desde la perspectiva de salud integral, que pueda constituirse como un espacio social más amplio. El tipo de acciones de salud que se derivan de este abordaje particular tiende a organizarse en planes y programas de salud por grupos de población, abriendo mayores posibilidades a la descentralización y a la participación de las organizaciones, de la población. Este abordaje permite redefinir muchas de las acciones que podrían definirse en un abordaje singular o potenciarlas como parte del esfuerzo por modificar las condiciones de existencia de un grupo. (Castellanos, 1990).

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no son independientes de *quien* y desde cual *posición* la construye. De esta manera están relacionadas con el actor en una determinada situación. Esto constituye un aspecto central para comprender por qué algunas concepciones se sostienen y se modifican. El predominio de una forma de pensamiento no es sólo función de su mayor capacidad explicativa en abstracto, sino de su mayor capacidad explicativa desde el punto de vista de quienes tienen el poder de hacer predominar sus proyectos “dado el carácter heterogéneo de nuestras sociedades, sobre todo en circunstancias de poder compartido, la hegemonía de dichas ideas es también función de su potencialidad de dar respuestas a los fenómenos desde el punto de vista de otros actores sociales. La legitimación de un cuerpo de pensamiento exige así por un lado la acumulación de poder y por el otro su desarrollo no sólo metodológico sino tecnológico”. (Castellanos, 2009, pág. 6).

Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (2000) establecen que no existe una definición “oficial” sobre lo que es salud mental. Es entendida como un campo de fuerzas, de lucha de sentidos donde se enfrentan y confrontan concepciones con respecto al hombre y a la sociedad. Cualquier definición estará influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, el modo de producción y circulación de conocimiento, el posicionamiento epistemológico y teórico, el escenario social, económico y político, etc.

Las concepciones de Salud Mental forman parte de un sistema de representaciones sociales, es decir, que se encuentran en el plano de los procesos ideológicos. Son producciones que tienen la doble condición de lo colectivo y de lo individual, a su vez cumplen una función simbólica de legitimación, que permiten establecer si la conducta de un sujeto o de un grupo social es normal o patológica, es sana o enferma.

Garello S. sostiene que la Salud Mental es un aprendizaje de la realidad, una relación progresivamente sintetizadora y totalizante, en la que se va articulando el pasado, el presente y el proyecto. No domina la fragmentación sino la posibilidad de ir integrando aquello que se fragmenta, donde domina la posibilidad de visualizar y resolver. No es un estado definitivo, es un movimiento permanente de construcción, de búsqueda alrededor de lo que significa Salud Mental: visualización y resolución de contradicciones internas y las que surgen en el marco de la vida cotidiana. (Garello; 2011).

1.2 La salud mental en la historia, de locos, enfermos, anormales a sujetos de derechos

Dentro del ámbito de Salud Mental existen dos Paradigmas que no sólo son un modo de entender las situaciones, sino que también generan un modo de hacer e intervenir en relación a los fenómenos.

Galende, Emiliano (1997) sostiene que el **Paradigma Tutelar** se fundamenta en la relación asimétrica entre profesional y paciente ubicando el poder y el saber del lado del profesional de la salud y la persona con padecimiento psíquico era considerada alguien al que se debía enseñar a ser de otra manera, encerrarla, institucionalizarla y ‘curarla’.

La manicomialización se dirigía a evitar que el sujeto deambulara por las calles, siempre bajo el control del Estado, excluyéndolo de la sociedad, porque veía a la persona con padecimiento como anormal, loco, era un objeto inconveniente que había que ocultar.

Esa población era percibida como una amenaza al orden de la sociedad por las clases dominantes lo que produjo la creación de instituciones totales que reconocen su origen en el comienzo de la modernidad en donde la enfermedad mental, la discapacidad o la delincuencia responderían a la función social de marginar, separar, encerrar y disciplinar a los elementos anormales de la población.

La cárcel y el manicomio surgen a fines del siglo XIX sostenido por los valores de la modernidad y bajo la influencia socio- cultural del positivismo, estos son lugares que se construyeron y donde rigen como tratamiento de la “anormalidad” y del delito, contruidos bajo los criterios de “castigo” y disciplinamiento; con un fuerte contenido moral; la cárcel moderna se organiza como correccional (de ahí su nombre), con la idea justamente de corrección mediante el castigo como expectativa del cambio de “la actitud moral”.

El manicomio, organizado también en una idea de “corregir” las conductas de estas personas, catalogadas como locos, desviados, enfermos, marginales, anormales, donde se apuntaba a volverlas a la “razón”, acallar sus verdades, encerrar y oprimir sus cuerpos, silenciar pensamientos, borrar identidades inscribiendo nuevas subjetividades, identidades marcadas y atravesadas por modos operativos de accionar institucionalmente bajo esta lógica manicomial. (Foucault, 1990).

Para Foucault (1990) una institución psiquiátrica presenta tendencias absorbentes o totalizadoras, simbolizadas por los obstáculos (puertas cerradas, celdas,

pabellones, altos muros, etc.) que se oponen a la integración y circulación de los internos con el medio social. En su ensayo sobre la locura muestra como la sociedad moderna priorizo el orden y la limpieza social, separando del espacio público lo que provocaba desorden.

Para Erving Goffman la institución total es “un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada totalmente por la institución de salud” (Goffman, 1980, pág. 15)

La ecuación locura-pobreza-marginalidad permitía que el estado y la sociedad legitimaran prácticas ilegales, y constantes violaciones a la integridad de las personas. El entrecruzamiento de los modos institucionales de operar: “cárcel”-“manicomio”, las valoraciones y significaciones que las mismas lógicas institucionales inscriben en los sujetos: locos, anormales, desviados, pobres, esquizofrénicos, delincuentes, drogadictos, alcohólicos, violentos operan como valores estigmatizantes. De esta manera, el sujeto queda desdibujado y así objetivado y clasificado, así se van produciendo grupos de personas que se ven condicionadas en el ejercicio ciudadano de sus derechos tales como el de la salud.

Paralelamente, durante este siglo, se disputa y genera un cambio de actitud en la atención médica y también por parte del Estado hacia la atención del loco. Siguiendo a Amico este cambio es impulsado por un psiquiatra francés el doctor Philippe Pinel, que propone humanizar el tratamiento del loco para ser considerados seres humanos. Argumenta que no todo en la locura es heredado o por defecto orgánico en el cerebro, sino que podría ser adquirido por defectos morales, utilizaba una terapia que incluía duchas frías y el uso de camisas de fuerzas. (Amico, 2005, pág. 19)

El Modelo Tutelar justifica sus acciones por la intencionalidad de las mismas. Se sostiene que estas son piadosas, filantrópicas, de reeducación, protección y control. Este paradigma restrictivo se sustenta en la peligrosidad del loco que descansa en la lógica discriminatoria y selectiva del sistema jurídico-político de reproducción de las desigualdades sociales. Como categoría clasificatoria se basa en prejuicios, con el único

objetivo de brindar la sensación de seguridad a la sociedad e imponer un control en lugar de dar una respuesta al padecimiento de un sujeto y su entorno.

La locura es un concepto construido en el marco de ese paradigma, que no permite atender a la singularidad del individuo sino a su “capacidad potencial” de dañarse o dañar a otros. Se toman medidas en función de atribuciones que se hacen por comportamientos pasados y se castiga con el encierro, la indiferencia o los malos tratos”. (CELS, 2007, pág. 32).

En el Siglo XX comenzaron construirse algunas reformas en cuanto a la Salud Mental, modificaciones que cuestionaron el manicomio y sus métodos de atención, dando paso a la conformación del **Paradigma de Derechos**. Este fue propulsado por psiquiatras comunitarios como R. Laing, F. Basaglia, D. Cooper. Las primeras expresiones y abordajes de este paradigma tuvieron lugar en Europa, llegando luego sus repercusiones a Latinoamérica. Los principales cuestionamientos se basaron en la defensa de los Derechos Humanos tratando de transformar los diferentes dispositivos institucionales de la lógica manicomial, según este enfoque anti psiquiátrico las concepciones sobre salud/enfermedad que sostienen los manicomios serían de por sí negadoras de derechos.

Estos movimientos se generaron luego de la Segunda Guerra Mundial promoviendo el cierre definitivo de los manicomios con la creación de redes de atención y prevención en Salud Mental en el marco de un abordaje comunitario. (Rodríguez, 2005, pág. 68).

Estas propuestas construidas en Europa, sobre todo en Italia, tuvieron eco y adquirieron forma propia en Latinoamérica. Particularmente en Brasil, en 1978, se inicia la Reforma psiquiátrica con la emergencia de movimientos sociales, después de un largo periodo de represión militar, dentro de los cuales se destaca el movimiento de los trabajadores de Salud Mental, que inicia un fuerte proceso de cuestionamiento de las políticas de asistencia psiquiátrica vigente.

En tanto propuesta de superación de lógicas manicomiales, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria se plantean servicios con base en la comunidad y

diversas prácticas socioculturales que promuevan subjetividades autónomas que garanticen el acceso a derechos y favorezcan procesos de integración social en personas con padecimiento mental (Cohen y Natella, 2013; Amarante, 2009). Por ello, como dispositivos estratégicos y de subjetivación, debían adquirir características que evitaran la serialidad y favorezcan procesos de singularización. (Guattari, 1996).

En Argentina, a partir del año 1983, con el advenimiento de la Democracia, algunas provincias promovieron este tipo de abordaje y modelo de atención. En la Provincia de Río Negro, con la llegada del doctor H. Cohen se inicia un proceso de transformación del sistema de atención psiquiátrica que tendrá dos hitos fundamentales: el cierre del Hospital de Allen en 1988 y la sanción de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen sufrimiento mental en 1991.

En la Provincia de San Luis en el año 1993, se inició un Plan Provincial de Salud Mental con el objetivo de reformular integralmente la atención psiquiátrica en el sistema público. Así, “una larga historia de encierro, calabozos y abandono social terminó en San Luis con el Hospital abierto y habitado por la comunidad, donde las familias eran ayudadas, el conocimiento y el aprendizaje reemplazaban al maltrato y la humillación, y mostraron un nuevo modo de concebir la salud y la enfermedad” (Amico, 2005, pág. 64).

Otro hecho significativo en nuestro país fueron los Informes y estudios realizados por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), que en el año 2007 ponen en evidencia las condiciones de los Hospitales Psiquiátricos, visibilizando la vulneración de los Derechos Humanos de las personas internadas en dichas instituciones. Paralelamente la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud (OMS- OPS) elaboran un documento titulado “Estrategias y Plan de Acción sobre la Salud Mental para las Américas”.

Según datos publicados por el Programa Nacional de Epidemiología (PRONESAM) y analizados por el Observatorio en Salud Mental y Derechos Humanos perteneciente a la Mesa de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba (en adelante (O.S.M.D.H) informan que para el año 2001 existían en la Argentina 54 instituciones

con internamiento crónico encontrándose 21.000 personas internadas en instituciones públicas.

Estos estudios se convirtieron en unos de los antecedentes que posibilitaron una fisura en el campo de la salud mental, para el replanteamiento de un nuevo paradigma, abriendo el horizonte para que en el año 2010 fuera promulgada la Ley Provincial n° 9.848 y la Ley Nacional n° 26657 de Salud Mental.

Asimismo, la lucha de distintos colectivos profesionales del área de salud, y los familiares de las personas con padecimientos subjetivos, se convirtieron en actores claves para concretar la modificación normativa.

A partir de estos aportes teóricos y líneas de acción los trabajadores de la Salud Mental – nacionales y provinciales- comenzaron a apoyarse en estas nociones y consecuentemente reclamaron la transformación del sistema de atención. Este proceso de cambio socio cultural se conoce como Desmanicomialización que entiende que la Salud Mental es posible a partir de la interacción social concreta en condiciones de horizontalidad de poder, es una modalidad de trabajo en Salud Mental Comunitaria, que favorece el cambio de la representación social de la locura (despsiquiatrización) y la formulación de estrategias terapéuticas más convenientes en donde se trabaja en una red de viviendas, como eje de la desmanicomialización.

Estos movimientos y nociones significaron una ruptura con el pensamiento centrado en la enfermedad y permitieron vislumbrar la salud como un proceso dinámico y complejo determinado por múltiples factores, abriendo paso así, al Paradigma de Derechos. Este tiene como aspecto central el reconocimiento de los derechos de las personas, cuyo cambio principal era la transformación del lazo social que la psiquiatría había instalado, se aborda la temática desde la interdisciplinariedad, haciendo referencia al trabajo en conjunto con diferentes profesionales de la salud, donde se busca reducir la hegemonía de la psiquiatría y la medicina en general, ya que se incorporan disciplinas de las Ciencias Sociales como Trabajo Social y Psicología.

El derecho a la salud, desde esta perspectiva, incluye la capacidad de actuar, es decir la posibilidad de realizar actos regulados jurídicamente para hacer que las

decisiones que toma una persona sean efectivas y lo conviertan en un sujeto de derecho no solamente desde el punto de vista teórico. La autonomía individual implica poder estar a cargo de su propia vida y tener la libertad de tomar decisiones.¹

Esto implica el pasaje de un modelo “hospitalocéntrico”, a un modelo de abordaje ambulatorio y comunitario, se prohíbe la apertura de nuevas instituciones de internación, y obliga al reemplazo progresivo de las existentes, ya que las instituciones monovalentes tienden rápidamente a ser utilizadas como depósito de personas, en mayor medida que un hospital general. La definición de que la salud mental requiere dispositivos separados del resto de la atención en salud contribuye a la discriminación de los afectados. Por esto, se busca crear dispositivos sustitutivos, como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, etc. Lo que constituye una de las claves de la nueva Ley Nacional.

1.3 Contexto normativo y políticas públicas acerca de la Salud Mental.

El Estado, siguiendo a Oszlak (1999), es al mismo tiempo la relación social y aparato institucional, que supone conformar una instancia de articulación política de dominación y consenso en la sociedad a través de las instituciones que la materializan. Es el ámbito de referencia privilegiado de la reproducción social, entendida esta en el sentido amplio de la recreación del reconocimiento de las pautas básicas que orientan la vida social y de la consecuente continuidad de las prácticas sociales. Por lo tanto, se constituye en un actor en la reproducción de los problemas sociales, en la delimitación de su responsabilidad, en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones. Es la manera que la cuestión social es constituida como cuestión de Estado y, en consecuencia, el resultado de la politización del ámbito de la reproducción. (Giddens, 1995).

Considerando la influencia del Estado en los procesos de construcción del orden social, político y económico, podemos afirmar que la intervención social del mismo se materializa en la creación de políticas públicas, y el grado del consenso o coerción de

¹ IV Congreso de Psicología de la ULAPSI , Políticas Públicas en la Salud Mental: el ejemplo de Argentina, eje Psicología latinoamericana, Derechos Humanos y Democracia, 2013.

ese proceso depende de la particular combinación de fuerzas sociales en que se encuadre; es decir, en la forma de legitimidad que tiene como productor y reproductor de un determinado orden social y articulador de las relaciones sociales que derivan de la dinámica de funcionamiento del mismo.

La política social, se puede definir como aquellas intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida y reproducción de la vida de los distintos sectores y grupos sociales. Su desarrollo es un proceso sociopolítico, institucional, económico y cultural, en el que se construyen el trabajo y la política y en la que la sociedad define los sujetos, objetos y medios legítimos de satisfacción de necesidades. (Lindemboin y Danani, 2003).

Grassi (2007) señala que las políticas sociales expresan la medida en que la sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de todos los miembros y su capacidad de protección de los mismos. En efecto, puede identificarse el carácter fundamental de la definición de necesidad social para el desarrollo de la política social.

En este sentido tanto la ley Provincial como la Nacional se encuadran en el objetivo de construir una política pública en torno a la Salud Mental desmanicomializadora, encuadrada en la estrategia de la Atención Primaria de Salud y como garantía del derecho al acceso a los servicios de salud mental, a todos los ciudadanos del país.

Burijovich (2016) sostiene que estas leyes están apoyadas sobre tres ejes: enfoque de derechos, Atención Primaria de la Salud y desmanicomialización que implican un salto de calidad en materia de políticas sanitarias y constituyen un desafío para la gestión pública.

1.3.1 Ley Provincial N° 9848: construyendo una red de dispositivos alternativos

La ley de Salud Mental Provincial n° 9.848 se sanciona en el año 2010 y tiene por objeto garantizar el ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el acceso de la

población, sin ningún tipo de exclusión, a la atención en salud mental a través de servicios adecuados, integrados y conducidos por expertos en la problemática, y la atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud.

La misma expresa un modelo desmanicomializador o alternativo al modelo asilar psiquiátrico y es garante del derecho a la salud mental para todos los ciudadanos de la provincia; requiere de un sistema sanitario universalista coordinado, integral, atravesado por una lógica intersectorial, interdisciplinaria y participativa.

Esta ley propone la construcción de una red de dispositivos alternativos de internación en el decreto reglamentario 1.022.11, como casas de medio camino, residencias compartidas, casas asistidas, casas de autogestión, etc. Estos dispositivos alternativos son definidos como “establecimientos que suministran servicios supletorios al hogar familiar (alojamiento, pensión, pertenencia grupal) para pacientes o ex – pacientes mentales que no puedan convivir en su grupo familiar ni en forma individual o independiente” (art. 14 inc.b, Cap.IV).

Desde los aportes de Arrieta-Gallici, (2009) existen residencias compartidas que apuntan a dar respuesta a las personas con padecimiento subjetivo con mayor grado de autonomía e independencia y que tienen cierto grado de aprendizaje para vivir en la comunidad, pueden compartir un espacio con otros, sin embargo su precariedad en los vínculos y carencia de recursos económicos no les permite afrontar los gastos que genera la vida cotidiana ni un lugar físico para vivir.

Las casas asistidas y semi asistidas dan repuesta a las personas con padecimiento subjetivo con menor grado de autonomía e independencia. Las mismas son supervisadas o asistidas por el equipo de salud en diferentes grados de complejidad según lo requieran las personas que allí residen.

Por otro lado, la Casa de Medio Camino es un dispositivo que proporciona una instancia ambulatoria, como un proceso de transición entre el hospital y la comunidad, para personas con padecimientos subjetivos estabilizados con problemáticas de psicosis,

neurosis graves o consumo problemático de sustancias, cuyas edades oscilan entre los 21 y 50 años.

Por último, las casas de autogestión están conformadas por dos o cuatro personas que deciden alquilar una vivienda por sus propios medios, de acuerdo a sus ingresos económicos, y empatía entre pares. Se los acompaña en el tiempo concurriendo eventualmente y si es necesario con estrategias de apoyo y fortalecimiento.

1.3.2. Ley Nacional n° 26657: un cambio de época.

El diseño e implementación de políticas públicas en Argentina durante la primera década del siglo XXI expresan un pasaje de un Estado mínimo del modelo neoliberal al Estado productivo- inclusivo vigente (García Delgado, 2011). La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental es una de las manifestaciones de este reposicionamiento del Estado.

La Ley de Salud Mental Nacional retoma instrumentos internacionales de Protección en Salud Mental, constituyéndose como la base jurídica necesaria para la transformación de las tradicionales formas manicomiales y asilares de tratamiento de los padecimientos mentales que, en convivencia con otras formas alternativas, tienen aún vigencia en nuestro país.

El fundamento de esta ley es la perspectiva de Salud Mental Comunitaria y la integración de las personas con padecimiento mental para la plena vigencia de sus derechos, conforme al principio de no discriminación, definiendo abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y ambulatorios, e incluyendo las adicciones dentro de las problemáticas de salud mental.

Por otra parte, restringe los tiempos y criterios para las internaciones, prohíbe la creación de nuevos manicomios y prescribe internaciones en hospitales generales. Este último viene siendo uno de los puntos más controvertidos respecto a su implementación. Al respecto debe señalarse que la inclusión de las prácticas de salud mental en las prácticas de salud en general, se fundamenta en una concepción integral, compleja y procesual de la salud (Procesos de salud –enfermedad – cuidado) y en una política de integralidad de derechos.

Nótese que la Salud Mental es definida en el art. 3 de la Ley Salud mental Nacional como: “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” En este sentido el “derecho a la salud mental”, más allá de sus especificidades, debe ser concebido en el mismo sentido que el “derecho a la salud”.

Las políticas definen en cada contexto el nivel de prioridad que un gobierno asigna a cada área (salud, educación, trabajo, seguridad social). Con respecto al área de salud, en particular la de salud mental, los logros se materializan en un conjunto de leyes que impactan positivamente en la construcción de una sociedad más justa e igualitaria, entre ellas se encuentra la aprobación de la Ley N° 26.657 y la reciente sanción de su Decreto Reglamentario N° 603 del 28 de mayo de 2013 que regulan la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y se presentan como una innovadora legislación en materia política que encuentran sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos.² Estas leyes se materializan con el compromiso y las adecuadas condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.

Esta ley propone un profundo cambio de paradigma modificando el tutelar, por otro centrado en la estrategia de APS,³ asistencia ambulatoria cercana al lugar de residencia de los usuarios por parte de los equipos interdisciplinarios; internaciones cortas en Hospitales Generales en caso de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros; creación de un órgano de control para todas las internaciones. Propone, además el acceso equitativo a cargo de conducción de todos los profesionales del equipo de salud.

² Nos referimos a normativas internacionales como la Declaración de Caracas, Principios para la protección de los enfermos mentales, Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual, Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental, leyes provinciales de salud mental.

³ APS, atención primaria de la salud.

1.3.3. Políticas Públicas en tensión: entre el deber y el hacer.

Es importante identificar los puntos de tensión que existen en la implementación de las leyes nombradas anteriormente y las prácticas en las instituciones. Una de estas tensiones está referida al presupuesto destinado al área de Salud Mental, que se destina en su mayor porcentaje a hospitales monovalentes, y no en incorporar más dispositivos alternativos y reorganizar los recursos humanos en ellos y en la comunidad.

Otro punto de tensión da cuenta de una mirada crítica sobre la implementación de estas leyes en políticas, ya que a pesar de lo estipulado en la ley 26.657, el modelo de provisión de salud mental público a nivel nacional, continúa basándose casi exclusivamente en la atención institucional asilar. Existe una gran carencia de servicios de salud mental de atención primaria en toda Argentina, como así también en la construcción de nuevos dispositivos alternativos en la Provincia de Córdoba.

Como lo afirma el CELS en su informe, esta carencia de servicios de salud mental basados en la comunidad es un problema complejo, por el hecho de que, en general, la formación en salud mental en Argentina enfatiza el psicoanálisis como enfoque privilegiado entre otras variables que lo determinan. Como modalidad de tratamiento éste se orienta hacia la terapia individual más que a la rehabilitación psicosocial requerida. (CELS, 2007 pág. 34).

Los últimos años han significado para el campo de la salud mental importantes avances en materia de Derechos Humanos: sanción de una ley nacional y su reglamentación, con normativas provinciales en consonancia, y la existencia de un plan nacional de salud mental. Tales avances se produjeron en el contexto del desarrollo de políticas inclusivas a nivel nacional y regional.

Correlativamente y en consonancia con desarrollos mundiales, se puede reconocer una tendencia a la medicalización de la vida, centrada en el criterio de la atención al malestar. Las industrias y los monopolios en salud se configuran como un actor internacional de peso en dicha tendencia; pero también lo son las corporaciones profesionales que prestan “su ciencia” legitimando prácticas en salud mental que ponen en juego la dignidad de los sujetos.

En los últimos años hubo en nuestro país un desarrollo legislativo en favor de normativas que tienden a la igualación de los seres humanos por la vía de la diversidad con independencia de sus elecciones, padecimientos, necesidades de apoyos, etc. Ahora bien, resulta paradójico que en paralelo a tal desarrollo, se haya considerado necesaria la sanción de leyes que apuntan a la concreción de derechos y a la cobertura prestacional de situaciones que se enuncian como específicas por estar asociadas a un diagnóstico.

Debe señalarse un doble riesgo: en el plano normativo el de retomar la tendencia a la focalización del derecho propia de las políticas neoliberales; y en el plano de las prácticas el de una vuelta a modelos basados en la “enfermedad mental”. Emiliano Galende (2008) señala la tensión evidente entre las propuestas de abordaje psicosocial y comunitario de las problemáticas; y una demanda social de medicalización del malestar psíquico y del malestar inherente a la existencia misma, que reclama respuestas rápidas y eficientes a través de su “eliminación” por la vía de medicamento.

La mayoría de los avances en las políticas de reforma de los últimos años en nuestro país se han librado en el plano normativo y en menor medida en el ámbito institucional, y ello indefectiblemente ha comenzado a modificar las prácticas en salud mental. Ahora bien, el desafío para los próximos años será el de profundizar los mecanismos de aplicación de la ley, proceso en el cual la adecuación legislativa e institucional de aquellas provincias que aún no haya avanzado en ese sentido, no es un hecho de importancia menor.

Por último debe tenerse presente que la potencialidad de los reformas del campo de la salud mental encuentran su límite en un sistema de salud fragmentado y segmentado, cuya modificación estructural resulta fundamental para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con padecimiento subjetivo.

Es fundamental que los profesionales de salud mental incorporen buenas prácticas, como acentúa Adriana Granica (2013) “Las buenas prácticas que se van poniendo en marcha, antes de que se voten las leyes, es lo mejor que le puede ocurrir a un corpus normativo. Las buenas leyes recogen buenas prácticas y al mismo tiempo las profundizan dando un marco normativo y ético para su aplicación y exigibilidad.”

En este sentido, las profesionales que componen La Casa de Medio Camino de Mujeres, nos alientan a intervenir desde esta noción de buenas prácticas ya que se trata de una institución que desde el año 2009 trabaja bajo una perspectiva de derechos, visto como un dispositivo alternativo al modelo asilar, ellas trabajan teniendo en cuenta la particularidad- singularidad de cada mujer, generando niveles de autonomía e independencia, como así también, se interviene a nivel grupal con estrategias desde lo comunitario.

*Capítulo II: dispositivo Casa
de Medio Camino de
Mujeres, abriendo las
puertas de la
Desmanicomialización*

*“Se van entretrejiendo pasos que marcan valientes huellas de mujeres
Que son capaces de quebrar esa quietud frente a sus historias de vida.
Pasos que buscan encontrarse en un ir y venir, buscan caminos propios que
Dibujan día a día, en una marcha singular atravesada por lo colectivo.
Así, surgen palabras que renacen de las cenizas, rompiendo un silencio que arrasa
Desde hace tantos años, y solo pueden comprender el dolor y la alegría*

Desde la diversidad”

(Arrieta y Gallici, 2012).

2.1 Transitando el escenario institucional y su cotidianeidad.

La siguiente información fue recolectada a partir de diferentes entrevistas a las coordinadoras de la casa, y extraída de la tesis de maestría realizada por una de ellas.

La propuesta de creación de una Casa de Medio Camino tiene su origen en los años 90 como parte de una iniciativa del área del Servicio Social del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial ya que existían dificultades al momento de externar a los pacientes de dicha institución. Al momento de dar respuesta a la externación se contaba en la comunidad con más posibilidades de lugares para hombres, y no se contaban con alternativas para mujeres.

Si bien ideológicamente desde las perspectivas planteadas en Servicio Social, se acordaba con implementar propuestas alternativas a la internación, se relacionaba directamente con la reducción de gastos para el Estado. Estas alternativas a su vez se percibían desdibujadas por el escenario de crisis política e institucional en esos momentos.

En 1998 se adjudica un inmueble el cual depende del Ministerio de Salud de la Provincia, en momentos que se desempeñaba como Director de Salud Mental, el Dr. Osvaldo Navarro. Sin embargo siete años más tarde, en el 2005, es presentado por las autoridades provinciales para ser inaugurada aunque que no se cumplía con los requisitos de seguridad ni de infraestructura de acuerdo a las ordenanzas ministeriales. Posteriormente a estos acontecimientos, desde el servicio social del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, se siguen con los pasos necesarios para cumplimentar los requisitos y se avanza con la compra del equipamiento de muebles y electrodoméstico. (Gallici, 2015)

En el año 2008, a cargo de la Dirección General de Salud Mental, el Dr. Filiponi, Emilio, retoma el mismo, pero se realiza desde las profesionales una mirada integral, dándole un giro importante a la propuesta, enmarcada en estrategias más integrales que promovía esta dirección, se propone, implementarlo para la Provincia de Córdoba, y no como exclusivo del Hospital Neuropsiquiátrico. Las profesionales designadas para llevar a cabo este giro, fueron el equipo de Trabajadoras Sociales. (Gallici, 2015)

El proyecto es presentado por Licenciadas en Trabajo Social, cuando solicitaban traslados en el área de Salud Mental, es una propuesta superadora que tiene por objetivo principal propiciar que en la Provincia de Córdoba se construya una red de alternativas terapéuticas como estrategia global e integral, Casas de Medio Camino, Casas de Autogestión, Residencias compartidas, Cooperativas de Trabajo y Artísticas, dirigidas a dar respuestas a las necesidades de sus pacientes y sus familias y fortalecer propuestas de trabajo de instancias intersectoriales. El 16 de junio del 2009 se abren las puertas del dispositivo, en el marco de la ley de salud mental provincial.

La Casa de Medio Camino de mujeres es una institución dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y de la Dirección General de Programas de Salud Mental se encuentra localizada en Pasaje Tomas Olivier, Esquina Balcarce, Barrio Centro de la ciudad de Córdoba Capital. La casa está ubicada en un lugar estratégico, de fácil acceso a instituciones de salud, como hospitales generales, neuropsiquiátrico provincial, IPAD, casa del joven, Centro de Rehabilitación Socio-laboral y a espacios recreativos y laborales.

Consiste en una instancia ambulatoria, como un proceso de transición entre el Hospital y la comunidad para mujeres entre los 21 y 50 años con cuadros psiquiátricos estabilizados, con diagnóstico de psicosis, neurosis graves o consumo problemático de sustancias. (Información extraída de los documentos del consentimiento informado, y de los criterios admisión).

Es definida por sus coordinadoras como un dispositivo estratégico, un lugar de cuidado y de intercambio social, dirigido a fortalecer la autonomía y la independencia de estas mujeres en un tiempo determinado aproximadamente 6 meses, para recuperar un nuevo lugar social de acuerdo a su proyecto de vida. (Gallici, 2015). El tiempo que las sujetas permanecen en la casa depende de los objetivos de intervención en el proyecto de cada mujer y de los tiempos administrativos burocráticos de los recursos que se gestionan para poder autoabastecerse.

Así el dispositivo, brinda un espacio de contención para aquellas personas cuyos ingresos económicos, vínculos familiares y/o sociales se caracterizan por su precariedad para lo que se desarrollan estrategias destinadas a fomentar habilidades que tiendan al autoabastecimiento económico como la recuperación de la participación en la trama social, es decir la inclusión social. (Arrieta, Gallici 2009).

Foucault define al dispositivo como el conjunto heterogéneo de elementos discursivos y no discursivos, incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, medidas administrativas, leyes, enunciados científicos y proposiciones filosóficas (Foucault, 1977). Dichos elementos conforman una red con una naturaleza específica a partir de la cual el dispositivo produce formas de subjetividad, inscribiendo modos y formas de ser de acuerdo con determinados efectos de saber/poder. De este modo, los dispositivos buscan orientar prácticas singulares y conducir conductas, aunque diversas posibilidades latentes permiten que la práctica interprete y reinterprete lo que la regla significa en cada caso particular (García Fanlo, 2011).

El equipo de profesionales a cargo, trabaja desde la perspectiva de los derechos humanos por lo que sus intervenciones se basan en el fortalecimiento de las mujeres como sujetas de derecho, incorporando buenas prácticas.⁴

La estructura de la casa está compuesta por dos habitaciones (en las que duermen seis mujeres) una cocina, un living/comedor que es el lugar de encuentro y reunión, tres baños (uno grande con ducha), un patio en el que se puede visualizar una huerta y murales realizados en intervenciones anteriores por las mujeres, y una oficina destinada a las trabajadoras sociales en la que desarrollan sus actividades diarias. El dispositivo cuenta con los servicios esenciales como luz, agua y cloaca y está equipada con muebles, electrodomésticos, vajilla y ropa de blanco.

La Casa cuenta con un equipo profesional compuesto por Licenciadas en Trabajo Social que cumplen sus funciones de lunes a viernes por la mañana y solo se hacen presentes en otros días o momentos cuando alguna situación lo demande, es decir, que cumplen guardias pasivas todo el año.

Además de estas profesionales circulan por el dispositivo otros actores sociales como las mujeres que ya egresaron de la casa, pero que continúan asistiendo manteniendo un vínculo tanto con las profesionales como con las otras mujeres, acompañantes terapéuticas, psicólogas, profesionales pertenecientes a la RISAM

⁴Buenas prácticas: En esta modalidad de atención consideramos buenas prácticas a espacios de lucha en contra del aislamiento y precariedad de las relaciones, de redes de escucha y solidaridades, pequeñas a veces, pero que tejen un lazo social y le van dando sentido al proyecto de vida a sujetas/os (Arrieta/Gallici,2013:s/p) (22).

(Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental) familiares, parejas, amigos, estudiantes de psicología, trabajo social, educación física, artistas y músicos.

La Casa recibe derivaciones de las distintas instituciones que conforman la red de dispositivos de salud mental tanto públicas como privadas, así mismo se reciben pedidos de ingresos de particulares, y de las obras sociales, como por ejemplo del Hospital Emilio Vidal Abal, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, IPAD, Clínica Morra, Clínica Saint Michel.

Las mujeres que llegan al este dispositivo transitan por un proceso de admisión que consta de tres entrevistas:

1. La primera entrevista tiene lugar con el equipo interdisciplinario tratante. Este equipo está conformado generalmente por: un/a Psicólogo/a, un/a Médico/a Psiquiatra y Trabajadora Social. En esta primera entrevista se indaga sobre la historia clínica de la persona que se deriva, registran los datos de la institución de la que provienen, los datos del responsable terapéutico, el tiempo y motivo de internación, los referentes familiares y la estrategia de externación que viene trabajando la mujer con el equipo de profesionales. Esta instancia orienta a revisar los diferentes dispositivos de intervención en el proceso de esa persona derivada, en el que se enmarcaran los puntos de encuentros en las estrategias planteadas con el equipo y que acompañan a esclarecer el sentido y la dirección del ingreso a la Casa
2. La segunda entrevista se realiza con la posible mujer que resida en la casa. En esta oportunidad se intenta acercarse y conocer la historia de la mujer relatada en primera persona; se indaga acerca de sus deseos, intereses, miedos y proyectos en esta nueva etapa fuera de la institución. Así mismo, se constituye también en un espacio en el que se le brinda a la persona la posibilidad de plantear sus dudas e inquietudes en relación a la casa a los fines de conocer el funcionamiento y los objetivos de la misma. Hace referencia a la presentación de la persona, con la posibilidad que se abra una puerta a pensar una forma de aproximación que la restituya a su propia historia y a la vez permita centrar la palabra y la mirada en la presentación de ese “otro”, como protagonista

3. En el caso de que sea posible, se realiza una tercera entrevista con algún referente de la mujer ya sea familiar, amigo o quien designe como tal la futura residente. En esta entrevista se le explica al referente qué es la Casa y cuáles son sus características y se le pregunta si acompaña con su firmar a la futura residente. Así mismo, en este encuentro se comienza a trabajar en relación a la construcción o fortalecimiento de los lazos afectivos y de contención y se analiza que recursos tiene la familia para colaborar en este proceso.

Los Criterios de Admisión establecen las posibilidades de acuerdo a lo definido como Casa de medio Camino, del ingreso de las mujeres. Con los datos recabados en las entrevistas, en el proceso de admisión se evalúa su pertinencia al dispositivo teniendo la especificidad que ninguno de estos criterios es excluyente por sí mismo. Por el contrario, son flexibles, ya que se evalúa y se analizan las posibilidades de inclusión en base a las particularidades de cada caso.

Cuando se decide el ingreso de la mujer a la casa, se les informa a los interesados y ese mismo día se abre su historia clínica, se lee el consentimiento informado y el reglamento de convivencia, ambos instrumentos son considerados un derecho de las sujetas con padecimiento subjetivo, fueron trabajados y consensuados con el área de legales del Ministerio de Salud de la Provincia. En ellos se resalta una dinámica de funcionamiento que establezca una semejanza a la del común de las casas de cualquier persona, es por ello que el reglamento de convivencia es tan flexible y dinámico como lo es en cualquier otro espacio social y de lazos afectivos donde se comparte la convivencia.

Continuando con esta lógica, las residentes no tienen horarios de ingreso o salida, son libres de entrar y salir de la casa en todo momento y en función de sus deseos, necesidades y obligaciones. Tampoco deben solicitar ningún permiso para hacerlo, sólo basta con dar aviso de sus actividades fuera de la casa ya sea a las trabajadoras sociales o a las demás residentes, de igual manera no existen horarios de visitas.

Al ingreso en el dispositivo se establece una estrategia singular en un proceso que acompañe a cada mujer que ingresa a la construcción de su propio proyecto de vida

y la concreción del mismo. El marco de la intervención, desde esta perspectiva de derecho, está dado fundamentalmente por el complemento de un abordaje individual y grupal con base en la comunidad; atravesado por el trabajo interdisciplinario que se comunica directamente con las estrategias del equipo interdisciplinario que la deriva. Este abordaje integral permite un proceso que orienta a diversas alternativas de acción en las que están incorporadas las diferentes miradas de este complemento de intervención.

En esta dirección hay una construcción flexible y creativa que accede a un movimiento constante con las personas que se interviene, interrelacionados con lo singular, lo grupal, las instituciones, la comunidad. La importancia, entonces de la flexibilidad es que permite resignificar permanentemente el contexto de las prácticas, y es creativo en cuanto a las diferentes posibilidades de crear acciones con capacidad transformadora, nada es definitivo.

Los ejes de trabajo centrales en el proceso de intervención son:

- Realización de un cronograma semanal de actividades cotidianas (limpiar, hacer las compras y cocinar) para repartir las tareas equitativamente, mejorar la convivencia e intercambiar los conocimientos/capitales que se adquirieron a lo largo de las trayectorias de vida o se perdieron durante las internaciones en instituciones monovalentes.
- Se propicia un acompañamiento en el tiempo con las mujeres egresadas de la Casa de medio camino que consiste en dar continuidad a las estrategias de intervención construidas con ellas fuera de la casa. La casa es un espacio de referencia al que continúan acudiendo en momentos de crisis.
- Se construyen espacios de acuerdos y encuentro, abiertos y democráticos como las reuniones de convivencia, que se constituyen en procesos de intervención grupal, que atraviesan transversalmente todo lo que se organiza desde lo cotidiano en la casa.
- Son distintas las actividades que se proponen a las residentes. Las actividades apuntan a consolidar la relación de las mujeres con la comunidad y su participación en la misma. Es por eso mismo, que las acciones programadas son

dinámicas, van variando y son consensuadas entre las mujeres y diversos actores sociales. Se intenta que sean un paso que proporcione el salto a la comunidad.

- Se intenta descubrir aquellas habilidades con las que las mujeres cuentan para que luego sean explotadas por ellas mismas.
- Independientemente de si las mujeres perciben algún tipo de subsidio, si éstas desean trabajar son acompañadas en la redacción de su Currículum Vitae y en la consecuente búsqueda de empleo en función de sus particulares competencias y habilidades. También se las acompaña en la inserción a distintos espacios de formación y capacitación en función a sus deseos.

Si hay un grupo familiar o miembro de éste se intenta que se involucre en el proceso de intervención con la persona.

- Se las acompaña en estrategias que posibiliten la inclusión social a partir de la obtención de recursos materiales necesarios para la concreción del nuevo proyecto de vida. Una forma de hacerlo es acompañando a las mujeres en la gestión de pensiones, jubilaciones o subsidios, si al ingreso aun no cuentan con dicho recurso, y si se evalúa la necesidad de realizarlo. Al igual que se orienta aquellas mujeres que ya cuentan con ingresos, o ahorros en la organización del dinero percibido. (Gallici, 2015)

2.2 Tendencia en el mundo, historia de la intervención del trabajo social en la salud mental

La perspectiva de la asistencia

La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental surge desde una especialización particular: el Trabajo Social psiquiátrico⁵. Este posicionamiento demandó para el desarrollo profesional la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología, la sociología y la psiquiatría; de esta manera se comienza a psicologizar la

⁵ Trabajo Social Psiquiátrico entendido como un campo especializado de práctica profesional donde se aplica el trabajo social de caso, adaptado con diversas corrientes teóricas, buscando dar respuesta a las problemáticas psicosociales y psicopatológicas de los usuarios de la salud mental acorde a los dispositivos psiquiátricos. En algunos contextos internacionales, el Trabajo Social Psiquiátrico es una especialización de la profesión bajo el alero y legitimidad de Facultades de Medicina

lectura de las problemáticas sociales y/o patologizar las relaciones sociales familiares de las personas con padecimientos subjetivos.

El Trabajo Social en Salud Mental ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el marco normativo a nivel nacional y los planes de salud mental que se han ido implementando. En este marco, se han ido construyendo un modo de hacer configurando un perfil y rol profesional, dada por una especificidad propia en este ámbito. Los pilares básicos del Trabajo Social en Salud mental han sido la especialización, la formación continuada y el trabajo interdisciplinar. (Garcés Trullenque, 2010).

Si analizamos el desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico, éste ha sido considerado como una especialización profesional, y su origen lo encontramos en la fase histórica de tecnificación del Trabajo Social (Fernández, J., 1997). En EEUU, al principio del siglo XX se incorporaron a los hospitales con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. A iniciativa de Adolph Meyer, los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904; porque se consideraban necesarios para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales.

De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los Equipos de Salud Mental.

En Barcelona, el Dr. Sarró creó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico, como influencia de la psiquiatría social y el conocimiento del trabajo de las trabajadoras sociales de los centros de salud mental americanos. Es en esta Escuela donde se incorpora por primera vez en nuestro entorno, en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, que acortan la distancia entre las líneas básicas de formación con respecto a los demás países occidentales.

Esta influencia que llega a España importada de los EEUU viene acompañada de la idea de «equipo psiquiátrico» y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales. Al final de la década de los sesenta la Clínica Tavistock de Londres,

con una fuerte influencia de la escuela inglesa de psicoanálisis, fue un importante referente en la formación de los Trabajadores Sociales (Ureña, A., 2006). Volviendo la mirada a los EEUU, hoy por hoy la salud mental sigue siendo una de las áreas principales de práctica, donde se emplean métodos clínicos de Trabajo Social como la mejor intervención de ayuda.

La participación de Estados Unidos en la Primera Guerra Mundial también puede incluirse como otro de los factores que incidieron en la influencia de la psiquiatría en el Trabajo Social, al respecto Vasconcelos precisa que el tratamiento de situaciones traumáticas de los soldados: neurosis de guerra, psicosis, etc., demandó a los trabajadores sociales el abordaje de aspectos psicológicos en su actividad profesional como así también exigió de su intervención con sus familias, las cuales no presentaban problemas socioeconómicos inmediatos, situación que posibilitó centrar la intervención hacia el problema individual, ajeno a las condiciones estructurales del capitalismo, el género y el patriarcado por lo tanto ubicando esta intervención en el terreno de lo patológico como disfuncionalidades a ser corregidas: ajuste, adaptación y disciplinamiento son conceptos que no tienen relación con el reconocimiento universal de los derechos del hombre. (Kesselman, 1993).

Aquí la utilización del caso social individual fue pensada para colaborar en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores sociales pobres. Y aquí es evidente que la función social del Trabajo Social debe analizarse a la luz del contexto económico de Estados Unidos, las ideas predominantes en el orden social y la teoría social vigente en ese momento histórico. (Richmond, 1922).

Rodríguez nos aclara que las prácticas que realizaban los y las trabajadores/as sociales en las instituciones de Salud Mental, se encuentran ligadas al modelo tradicional, dirigidas prioritariamente a atender las demandas de los psiquiatras, o demandas específicas que provenientes de los/as “pacientes” o familiares: “Como tarea principal del Trabajo Social dentro de estas instituciones, se destaca la responsabilidad que tienen los/as profesionales para contactar a las familias de las personas internadas. Se hace evidente entonces un cierto rol de intermediario/a en las relaciones entre las personas encerradas y el mundo externo, como así también entre las familias y la institución”. (Rodríguez, 2011 pág. 47).

Amico destaca las funciones de los profesionales en la realización de “seguimientos, historias clínicas, gestiones sociales, movilización de recursos materiales y financieros”. Sostiene que generalmente los/as trabajadores/as sociales se encuentran sobrecargados y que sólo atienden las demandas inmediatas limitándose a la asistencia, olvidando y dejando de lado la prevención y promoción de la Salud Mental (Amico, 2005 pág. 72).

Cesaroni y Mendoza en un trabajo de investigación que tenía como objetivo dilucidar los roles y funciones que desempeñan los y las profesionales del trabajo social en el campo de la Salud Mental, han detectado que los y las mismos/as se encuentran limitados/as en sus funciones por la estructura administrativa, y que sus tareas están destinadas a facilitar los tratamientos psiquiátricos.

Por lo tanto la profesión, en este sentido, se encontraría subordinada y condicionada por las demás profesiones intervinientes, sobre todo por las intervenciones psiquiátricas. Sostienen que los abordajes se realizan en un nivel intra y extra institucional, desplegando el manejo de algunos instrumentos técnicos, como por ejemplo entrevistas, visitas en los hogares de las familias de las personas internadas, y trámites de gestión. Y expresan también que la información que recaudan a partir de estos instrumentos es socializada con las demás profesiones intervinientes pero sin ningún tipo de reflexión sobre la misma. Reproduciendo de este modo intervenciones mecanicistas y burocratizadas. (Cesaroni y Mendoza, 2000 pág. 4).

Siguiendo esta línea, las intervenciones que realizan los y las trabajadores y trabajadoras sociales en las instituciones de salud mental mayormente corresponden a un modelo tutelar que no reconoce a las personas como sujetas de derecho, sino que las acciones que se llevan a cabo parten del supuesto de incapacidad de las personas.

La perspectiva positivista

El positivismo es una tendencia que surge a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX con una ideología conservadora identificada con el orden social industrial / burgués. Este se constituye en un sistema conceptual que tiende a la defensa del orden establecido en la sociedad moderna.

Margarita Rozas Pagaza (2004), sostiene que la influencia del positivismo en la profesión abarca tres aspectos: El referido al orden de la profesión; a las funciones atribuidas; y la preocupación recurrente respecto a los métodos de intervención.

En esta línea, la autora afirma que existe una idea de que el Trabajo social surge como evolución de las formas anteriores de intervención social (la filantropía y la asistencia organizada) que se han ido perfeccionando hasta llegar a ser acciones profesionalizadas que se da fundamentalmente por la modernización de sus métodos y técnicas. A su vez, “esta perspectiva evolucionista desvincula a la intervención profesional de las relaciones sociales y a los procesos históricos”. (Rozas Pagaza, 2004, pág. 100).

En cuanto a los métodos y metodologías utilizadas, el positivismo marco una formulación lógica caracterizado a la intervención por el seguimiento de etapas y momentos: “señalando a priori sus objetivos y una forma de control que termina en la obsesión de la fidelidad a un esquema en prejuicio del movimiento de los procesos sociales, que se denomina formalismo” (Montaño, 1998, pág. 34).

Lucia del Carmen Amico sostiene que el Trabajo Social “desde su fundación intervino en las instituciones psiquiátricas desde una perspectiva “durkheimiana” de lo social, es decir, alrededor de una preocupación acerca de la integración signada fuertemente por lo formal- contractual, oscilando su intervención entre el disciplinamiento y la normalización del “desviado” para integrarlo al sistema, a través de parámetros científico- técnicos pre-fijados formalmente, a partir de una forma contractual con ese sujeto.” (Amico del Carmen, 2005, pág. 71).

En una visión desde las ciencias naturales, Durkheim (1858-1917), concibe a la sociedad como un sistema de órganos diferentes en el cual cada uno tiene un papel particular. Marca la distinción entre aquellos órganos privilegiados (considerados normales) de los que tienen alguna variación o anomalía (anormales), que son en los que se debería intervenir. (Rozas Pagaza, 2004)

Este autor tiene una mirada positivista y gran influencia dentro de las ciencias sociales ya que en su obra *Las reglas del método sociológico*, sostiene que la primera

regla fundamental es considerar a los fenómenos sociales como cosas, cuyo funcionamiento se regula por leyes naturales.

La concepción imperante sobre los sujetos en salud mental tuvo su génesis en el siglo XIX, época marcada por el positivismo como corriente conceptual. En este contexto, surge una nueva situación social, producto de la toma de conciencia de las condiciones de vida de extrema pobreza de la población, situación que se denominó pauperismo.

Tomando los aportes de Parra, decimos que la cuestión social es la manifestación de las desigualdades (económicas, políticas, culturales y sociales), así como los antagonismos de clases, raciales o regionales de significación estructural ligados al desarrollo del capitalismo. (Parra, 2001, pág.78). En este contexto, los problemas no pueden continuar siendo resueltos por la filantropía, por lo que se inicia un extenso proceso de conformación de estos en cuestión de Estado.

Las manifestaciones de la cuestión social se cristalizan en necesidades que atraviesan la vida cotidiana de los sujetos y se convierten en el objeto de intervención de los profesionales de trabajo social que promueven la vinculación con organizaciones públicas y privadas que disponen o pueden crear satisfactores. Este objeto es una construcción teórico- práctica y un producto de procesos sociales particulares.

La perspectiva de los derechos

A mediados de la década de los 70, se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, que tiene como máximo referente la transformación de la psiquiátrica italiana, con la apertura de los hospitales, la externalización de los sujetos, su inserción y tratamiento en la comunidad.

Esta etapa se caracterizó por la precariedad de recursos sociales, existiendo una escasa y confusa red de beneficencia-asistencia social, en manos de patronatos, ayuntamientos, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religiosas. La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social ya que el sistema se reducía a una organización manicomial. (Garcés Trullenque, 2010).

En la década de los 80', con el advenimiento de la democracia se produce un gran cambio en la concepción del individuo, pasando a ser un sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización Mundial propone configuran el marco normativo de las reformas y transformaciones en este ámbito.

En la década de los 90' en Argentina, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicológica y social. Generando en el campo de la salud la aparición de nuevos actores sociales en los servicios públicos en una población empobrecida y sin cobertura social. (Amico, 2005). Es por ello, que la salud se ha transformado en una mercancía gerenciada por grandes grupos económicos, a ser comprada y a ser vendida, utilizando criterios como eficacia, rapidez e inmediatez, que suelen sintetizarse en la sobre medicación.

Estas son caracterizadas por dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y por las desigualdades sociales resultantes del crecimiento del capitalismo y la agudización de las manifestaciones de la cuestión social (pobreza, desempleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento y marginalidad). Todos estos aspectos forman parte de la actividad profesional de los trabajadores sociales, interviniendo en las diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

De acuerdo a lo anterior, algunos autores hacen referencia a un Trabajo Social especializado que sería en definitiva, Trabajo Social Psiquiátrico. Autores como Ramírez de Mingo (1992, pag.22-24) establecen que: "el trabajador social debe intervenir a través del trabajo social de caso mejorando la situación de los pacientes dentro de la institución. Deben ser conscientes de las repercusiones negativas del internamiento prolongado, programando actividades encaminadas a estimular las capacidades y potencialidades de los sujetos".

En este apartado se puede identificar como desde una perspectiva histórica, la intervención en lo social surge marcada por una tradición normativa, relacionada con la

problemática de la integración como forma de mantener el orden y la cohesión de la sociedad a través de dispositivos de disciplinamiento, que se aplican mediante prácticas e instituciones (Carballeda, 2002).

Se trata aquí de profundizar la crítica hacia estas prácticas y promover formas sociales políticas y jurídicas para la construcción y mantenimiento de dispositivos alternativos. Es plasmar la respuesta social y políticas sociales y de salud concretas, que reflejen el compromiso en relación a las necesidades de los sujetos que poseen un padecimiento subjetivo construyendo alternativas en lo social para la recuperación de la ciudadanía. Es por ello, que la cuestión social y sus manifestaciones en estos tiempos nos reclaman nuevas concepciones y otras prácticas para poder enfrentarla.

2.3. Roles de los trabajadores sociales e incumbencias profesionales

La formación y el perfil de los profesionales de salud es uno de los desafíos más importantes a la hora de pensar en las condiciones para la plena implementación de las leyes de salud mental. Resulta dificultoso pensar en la construcción de dispositivos alternativos y de atención comunitaria de los padecimientos mentales si no se cuenta con profesionales críticos que puedan cuestionar la lógica manicomial, de poder y de sometimiento que no se encuentra solo presente en los hospitales monovalentes sino que también impregna las practicas asistenciales en las comunidades.

Garcés Trullenque, sostiene que deberíamos partir de las carencias en la formación académica para poder definir un programa de docencia para los trabajadores sociales en salud mental. La especialización y la formación “implican educarse en la autocrítica y en la heterocrítica, situarse en la posición permanente de aprender, de estar en proceso, de saber mirarse al espejo y evaluarse como parte del análisis de la situación”. (Garcés Trullenque, 2010, pág. 348).

Sin embargo, en diferentes foros sobre Trabajo Social en Salud y en Salud Mental se está planteando la importancia de la necesidad de una puesta en común de metodologías de trabajo y de procedimientos de actuación específica, ya que en la actualidad coexisten una multiplicidad de funciones e intervenciones en los diferentes

servicios que se corresponden con múltiples factores. Esta situación favorece en algunas ocasiones, la no definición de nuestro trabajo diario en los equipos interdisciplinarios.

La intervención de Trabajo Social en la actualidad se debería centrar sobre el individuo en relación con su contexto y situación social, basada en la integración considerando su participación en las distintas esferas de la vida social. Por ello se trata de conseguir un sistema de soporte comunitario que favorezca dicha integración, que sobrepasa el ámbito de actuación puramente clínico o psiquiátrico ya que requiere la participación de profesionales de otras redes y servicios de la comunidad, lo que implica establecer mecanismos de coordinación a nivel del territorio poder propiciar una optimización del uso de recursos disponibles en la comunidad, y en esto los trabajadores sociales tenemos una función primordial.

Estaríamos hablando de conseguir una “equiparación de oportunidades, que significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad (el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreación) se hace accesible para todos” (Garcés Trullenque, 2010, pág. 245).

Miranda Alicia y González Natalia sostienen “que la incumbencia profesional del Trabajo Social, en el campo de la salud mental reside en que ambas leyes de salud mental se encuentran enmarcadas en el paradigma de derechos humanos lo que implica un reconocimiento universal a la dignidad de las personas con padecimientos subjetivos, lo cual requiere una revisión de los servicios y dispositivos que hasta aquí se han sostenido con prevalencia en el campo profesional de la psiquiatría y psicología con una participación menguada por parte del campo profesional de trabajo social.” (González, Miranda; 2015)

Dentro de esta revisión de servicios y dispositivos se enmarca La Casa de Medio Camino que se propone como una alternativa a las internaciones prolongadas, que plantea otra forma de intervenir y las trabajadoras sociales se posicionan desde el paradigma de derechos que pone su acento en “la atención a los Sujetos Sociales atravesados por sus historias, vidas cotidianas, su lugar social, y que van definiendo su participación al conocer su problemática concreta con la capacidad de transformar y

construir alternativas mediante el diálogo, la participación, la cooperación y la solidaridad para lograr una mayor inclusión social⁶.

Esta perspectiva incorpora a los sujetos en cuanto a sus relaciones sociales que reconocen, toman conciencia de sus necesidades y se organizan para satisfacerlas. Esta modalidad nos permite superar la idea de pacientes sociales y nos posibilita al momento de intervenir: desde un compromiso de los efectores de salud mental en salvaguardar los derechos humanos; responsabilidad colectiva y el empoderamiento de las personas al derecho de participar en la toma de decisiones” (Gallici, 2015, pág. 1).

Las coordinadoras de la casa refuerzan la importancia de alejarse de una clasificación semiológica de las enfermedades que utiliza la perspectiva médico-psiquiátrica en los hospitales monovalentes, ya que cada sujeto es singular, y la estructura psíquica de cada uno es una posición subjetiva, un modo de relación con el mundo, a partir de su construcción interna, haciendo hincapié en la singularidad de cada sujeta y en su historización.

2.4 Red de relaciones en la Casa de Medio Camino

Uno de los ejes fundamentales en el abordaje de intervención en la Casa de Medio Camino es propiciar la construcción de redes. A partir de lo cual se pueden habilitar nuevos lazos comunitarios, estos a través de un trabajo intersectorial, de la inclusión de organizaciones sociales y otros actores que construyan reciprocidad y pertenencia como sostén del tramado social, contrarrestando la fragmentación y el lugar de expulsados de las personas con padecimiento subjetivo.

Desde esta perspectiva, tomando las variable salud-salud mental Rovere (1999) plantea la necesidad de movilizarnos desde un lugar de dar respuesta integrales a la población, dónde el punto primordial es reconocer que lo que se trabaja en salud son redes para, redes como medio, redes como dar mejor respuesta a los problemas de la gente. (pag.19). Se parte de una lógica que asume la heterogéneo y que permite

⁶ Inclusión Social: Es un lugar de libertad, de respeto donde se generan posibilidades para que cada una/o de los Sujetos/os con los que se interviene por el tiempo el que cada uno/a necesite más allá del criterio establecido, les permita encontrar un objetivo un proyecto para volver a darle sentido a su vida en la comunidad.(Arrieta/Gallici,2013:s/p) (22).

imaginar esa heterogeneidad organizada; conformándose en vínculos solidarios para las personas que se incluyen en dichas redes. (pag.21, 23).

El autor, al hablar de redes de actores, propone como base de trabajo poder analizarlas desde un proceso de construcción de redes donde se pueden diferenciar diferentes **niveles**, los cuales pueden nombrarse como: **reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación**. Donde cada uno sirve de apoyo al siguiente. Toda esta construcción podría ser representada en una figura, donde colocamos los niveles desde abajo hacia arriba (el reconocimiento es el cimiento sobre el cual se basa el conocimiento, el tercer nivel, el de colaboración se apoya en el segundo, el cuarto, el de cooperación, en el tercero, etc.).

- **Reconocimiento**, como primer nivel dónde el otro es reconocido como par, como interlocutor válido. Hay una aceptación que el otro existe.
- **Conocimiento**, es un segundo nivel donde se empieza necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa un interés.
- **Colaboración**, a partir del interés y del conocimiento se puede hablar de un tercer nivel, donde hay momento, hechos, circunstancias que verifican mecanismo de colaboración, que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad.
- **Cooperación**, es un cuarto nivel que supone que existe un problema en común, por lo tanto hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación en conjunto. Es decir hay un compartir sistemático de actividades.
- **Asociación**, en el quinto nivel es esa de actividad que se profundiza en forma de contrato, acuerdo y se comparte recursos.

Haciendo referencia a estos niveles propuestos por el autor, en el tramado de la construcciones de redes se puede decir que al referirnos a las relaciones que se establecen entre las mujeres y las profesionales en la Casa de Medio camino se observa un nivel de **asociación** ya que el tipo de vinculación que establecen se basan en la contención, el acompañamiento en donde las estrategias de intervención se enmarcan desde el principio en el transcurrir de lo cotidiano complementando con actividades en la sociedad con el fin de fortalecer vínculos y lazos con las redes sociales, de esta manera

se intenta explicar lo social desde las singularidades centrando la mirada en los propios actores.

La relación que se establece con las familias y las mujeres se construye desde un nivel de **conocimiento**, en algunos casos y de **colaboración** en otros, en este sentido muchas de las familias muestran interés en el dispositivo, al conocerlo, sin un compromiso estable, otras logran vincularse en actividades y colaboran en menor grado en acuerdos. Las profesionales afirman que “Si hay un grupo familiar o miembro de este se intenta que se involucre en el proceso de intervención con la persona. Lo que se refiere estrictamente a la invitación de participar de las reuniones de convivencia, a participar de en las actividades de La Casa, fortalecer los lazos vinculares. Aunque el principal objetivo nunca está puesto en que la familia deba responsabilizarse por la residente, sino que se apunta y enfatiza en la recuperación de autonomía de la mujer, el sostenimiento del grupo de egresadas se puede llevar a cabo gracias a la cooperación de la familia”. (Arrieta y Gallici, 2009)

La vinculación que se establece entre las mujeres y las organizaciones de la sociedad civil están basadas en un nivel en un nivel de **conocimiento** y a veces en un nivel de **cooperación** ya que se observa que las mujeres no son integradas totalmente en la sociedad por el estigma y discriminación que produce el diagnóstico del padecimiento subjetivo.

Actualmente en relación al vínculo con la Secretaría de Salud Mental se observa un nivel de **conocimiento** ya que hay un interés de las funciones que se realizan dentro de La Casa, sin embargo, a su vez tienen una vinculación de **reconocimiento** ya que la Secretaria identifica la existencia de la Casa, pero no cumple con la normativa vigente en relación al presupuesto y los recursos destinado a los dispositivos alternativos.

La relación entre las trabajadoras sociales de la casa y los equipos derivadores⁷ se basa en tres niveles de conformación de redes:

- Desde la **cooperación**, basado en acuerdos mutuos, y el acompañamiento de los procesos de las sujetas, para conformarse en una oportunidad de acceso a lo

⁷ Equipos derivadores de instituciones monovalentes, Hospitales Generales, instituciones de salud privadas y públicas, Hogares municipales.

nuevo y a lo complejo, y a aquello que interpela al campo de intervención en lo social.

- Desde la **colaboración** al observar la intervención profesional como un proceso, se puede identificar que este tiene diferentes momentos y que se construyen dialécticamente, es decir que a veces el equipo derivador se encuentra presente en algunos ocasiones y en otras no tanto (como por ejemplo en el momento de la entrevista de admisión y el ingreso de la mujer en La Casa, el equipo se compromete a trabajar ciertos objetivos y estrategias, que a veces no se llevan a cabo). Se puede observar que esta característica se da por el desconocimiento de los dispositivos alternativos y la falta de compromiso en relación al tipo de intervención profesional.
- Desde el **Conocimiento**, este nivel se da en particular, con las instituciones monovalentes ya que trabajan e intervienen en salud mental desde diferentes paradigmas.

La carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba mantiene una relación de asociación con La Casa ya que comparten objetivos y proyectos que desde el año 2011 hasta la actualidad se incorporan estudiantes a realizar las practicas pre- profesionales a través de un convenio.

Se observa un nivel de cooperación con otras instituciones académicas (IPEF⁸, carreras de Acompañantes Terapéuticos, estudiantes de la Facultad de Psicología) ya que comparten actividades y /o recursos.

Estas redes se muestran a continuación en tablas

Nivel	Acciones	Valor	Redes/ instituciones
5. asociarse	Compartir objetivos y proyectos.	Confianza.	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales / mujeres. • Escuela de Trabajo Social/ Casa de Medio Camino.
4. cooperar	Compartir	Solidaridad.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones de la

⁸ Instituto Provincial de Educación Física

	actividades y / recursos.		<p>sociedad civil / mujeres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo derivador/ mujeres/ profesionales de La Casa. <p>Acompañantes terapéuticos, Facultad de Psicología, IPEF / Casa de Medio Camino.</p>
3. colaborar	Prestar ayuda esporádica.	Reciprocidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Familias / Casa de Medio Camino. • Equipo derivador/ mujeres/ profesionales de La Casa.
2.conocer	Conocimiento de lo que el otro es o hace.	Interés.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo derivador/ mujeres/ profesionales de La Casa. • Familias / Casa de Medio Camino. • Organizaciones de la sociedad civil / mujeres. • Casa de medio camino/ secretaria de Salud Mental.
1. reconocer	Destinadas a reconocer que el otro existe.	Aceptación.	<ul style="list-style-type: none"> • Casa de medio camino/ secretaria de Salud Mental.

En este capítulo indagamos sobre los procesos de intervención llevados a cabo por los/as profesionales del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental, tanto dentro como fuera de las instituciones con el fin de reconocer los diferentes discursos que guían las acciones profesionales, pudiendo dar cuenta de la influencia que generan los mismos, tanto en sus prácticas como en las personas con las cuales trabajan.

Se reconocen en este abordaje diversos niveles de atención, lo que da la posibilidad de una visión particular y más general que se relaciona con un trabajo en redes que plantea propuestas de interconexión entre los efectores de salud mental, que supera lo meramente institucional y que permita una articulación dinámica para el logro de la inclusión social en la Casa de Medio Camino. (Gallici, 2015).

Capítulo III: Mujeres que habitan y habitaron la Casa

Si yo no estuviera loca... ¿Qué estaría? ¿Muerta?
¿Desaparecida? Y estar loca... ¿o es una manera como
otra cualquiera de desaparecer o de morir? Pero no
filosofemos... ¡no jodamos! Si yo no estuviera loca estaría
cuerda. Haciendo la fila para pagar la luz, el gas, el
teléfono. Haciendo otra fila para pagar los impuestos.
Estaría mirando los clasificados. Los informativos. Estaría
soñando con ser alta, flaca, rubia -como las modelos-.
Estaría yendo de Shopping por ejemplo. Ho sé si lo
resistiría. Creo que no sabría que hacer del otro lado.

(Marisa Wagner; 2007)

3.1 El padecimiento desde la subjetividad

El neoliberalismo produjo mutaciones en la estructura social, provocando rupturas de valores que sostenían lazos sociales, desde la lógica de mercado se disponen los derechos del sujeto. La falta de empleo, la desocupación, la pérdida de trabajo, hablan de múltiples pobreza materiales, de participación, de representación, de conocimiento, produciendo determinadas subjetividades.

Efecto de esta situación es el gran número de sujetos excluidos de una sociedad que prestigia la producción de bienes, la utilidad y el consumo, que no solo los enfrenta a una miseria económica, sino que los condena a una pérdida creciente de dignidad humana, de la capacidad de decidir en los procesos sociales, aumentando su vulnerabilidad a enfermar física y psíquicamente.

Así se encuentra en crisis la idea de ciudadanía como sistema de integración y de protección social, se da una precarización de las relaciones sociales que van deteriorando el sentido de ciudadanía de los sectores más vulnerables, se generan situaciones de incertidumbre, fragilización, crisis de identidad, ruptura del entramado social, que producen malestar y sufrimiento psíquico y se presentan nuevas formas de padecimientos subjetivos.

Según el diccionario de la real academia española, padecer significa: sentir corporalmente un daño, dolor, soportar agravios, injurias, sufrir. 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. Rostros marcados por la angustia, frustración e incertidumbre son algunas de las formas en que emerge este malestar.

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. (Carballeda, 2009)

Esther Custo (2008) sostiene que la subjetividad se construye en la intersubjetividad, que se realiza en relación con los otros, en el interior de una cultura, es decir que existe una estrecha relación entre cómo se organiza la sociedad y la forma en que el sujeto se organiza internamente (construye su subjetividad).

Silvia Bleichmar (2008) habla de dos conceptos importantes para leer los acontecimientos sociales que influyen en la producción de subjetividad. Por un lado, la auto-conservación de la existencia, que considera la representación biológica de la supervivencia, y por otro, la auto-preservación del yo, que refiere a lo que se es.

En épocas de crisis ambas entran en contradicción, surgen situaciones de desesperación, donde existe la posibilidad de plantearse el problema y buscar alguna propuesta o algún tipo de proyecto, y la desesperanza, donde el sujeto queda sin la posibilidad de un proyecto trascendente y no ve la posibilidad de un futuro. En estos momentos la supervivencia biológica se contraponen a la vida psíquica representacional, obligando a optar entre sobrevivir a costa de dejar de ser, o seguir siendo quien se es, a costa de la vida biológica.

La consideración de la salud mental como proceso dinámico permite incluir en el análisis el peso que tienen las estructuras sociales en los procesos de subjetivización y des-subjetivización. Los roles y estereotipos de género son un elemento importante en esta noción de subjetividad porque “es un proceso de construcción, en donde internalizamos, le damos forma propia y personal a todos aquellos discursos y prácticas que nos rodean y atraviesan socialmente.” (Aleyda Yanes, 2012 pág. 23).

Por ello nos propusimos intervenir desde una mirada con perspectiva de género, a los fines de favorecer la desnaturalización de las construcciones sociales y culturales que existen sobre las mujeres y los varones.

3.2. La desigualdad tiene cara de mujer

El género es una construcción social e histórica de carácter relacional, que se configura a partir de las significaciones y simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres. Constituye una serie de asignaciones sociales que van más allá de lo biológico-reproductivo, desde las cuales se adjudican características, funciones, responsabilidades y derechos, es decir modos de “ser” y “actuar” diferenciales para unos y otras históricamente en nuestras sociedades. (Szasz, 1997).

En el contexto de sociedades patriarcales, las mujeres enfrentan experiencias de discriminación; violencia física, psicológica y/o simbólica; dificultades para acceder en condiciones de igualdad al mercado de trabajo; doble o triple jornada laboral; sobrecarga de actividades de cuidado; desigualdad en el acceso a sus derechos y a la justicia; limitaciones para decidir sobre su propio cuerpo; entre otros factores que van modelando formas específicas de padecimientos subjetivos. Así, estas experiencias, situaciones, contextos llevan a padecer de modos diferenciales a mujeres y varones, como también a desarrollar con mayor prevalencia cierto tipo de padecimientos. (Linardelli 2015, pág. 209).

Esta cultura patriarcal adquiere características específicas cuando nos referimos a la salud mental. A través de la teoría de género se puede identificar en los discursos médicos, relaciones de saber-poder sobre los cuerpos de las mujeres así como las representaciones históricas que prevalecen en sus enunciados y justifican sus acciones. A menudo los discursos, tanto en el campo de la ciencia como en lo cotidiano, recurren a estrategias de producción de significación e interpelaciones basadas en las diferencias sexuales que tienden a estabilizar relaciones de subordinación para las mujeres.

El personal médico de los servicios de salud, realiza una atención diferenciada respecto de varones y mujeres frente a los mismos síntomas ya que hay una fuerte inclinación por diagnosticar a las mujeres patologías derivadas de lo psicológico u emocional, y a los varones patologías del orden físico/biológico.

De esta forma, la diferencia de género tendría un fuerte impacto en lo referido a la salud. Por un lado debido a las relaciones de poder que se concretizan sometiendo un género sobre otro, esto es el masculino sobre el femenino, teniendo como resultados

posibles situaciones de discriminación y violencia. Por otro lado impacta en los perfiles psicológicos que se construyen sobre los géneros, considerando a las mujeres como las más propensas a sufrir padecimientos mentales. (Rodríguez pág. 17).

Las diferencias, socialmente construidas entre los géneros, han sido legitimadas por las ciencias médicas. Los aportes de Débora Tajer nos permiten analizar que las mismas se han encargado de naturalizarlas a partir de las diferencias biológicas y han construido modelos, universales y objetivos, de los significados varón/mujer, en contextos sociales determinados, difuminando lo que corresponde al género y al sexo. La medicina ha tomado históricamente un sólo modelo de cuerpo como referencia, el correspondiente al sexo masculino, sin tener en cuenta los condicionantes sociales. (Tajer, 2012). El varón es considerado como medida de todas las personas generando así la invisibilización de las especificidades de cada grupo social y de todos los cuerpos. En consecuencia las formas de enfermar y de sanar son consideradas las mismas entre varones y mujeres pero sin considerar el cuerpo de las mujeres en sus teorías.” (Rodríguez, 2005, pág. 15).

En este contexto, las mujeres de la Casa de Medio Camino construyeron sus trayectorias de vida. Muchas de ellas comparten la característica de haber estado internadas en instituciones monovalentes de salud mental. En relación a esto, las coordinadoras de la Casa de Medio Camino, distinguen dos grupos de mujeres que transitaron y viven actualmente en la casa, con características diferenciadas:

Por un lado, se identifica el primer grupo de las mujeres que el equipo citando a Batalie, denomina como “la comunidad de las que carecen de comunidad”. Estas, son mujeres que estuvieron muchos años internadas en hospitales monovalentes y que aprendieron formas diversas de subsistencia, fueron excluidas y olvidadas. Sus relaciones son precarias. Su domicilio es el de la institución. El peso de la problemática subjetiva las “descolgó del mundo”.

Por otro lado, el segundo grupo está conformado por mujeres que estuvieron poco tiempo internadas, tienen re- internaciones permanentes y no logran adherir a un tratamiento, fueron despojadas de sus derechos y de su identidad, como resultado de su paso por las instituciones totales. Esto da cuenta de la deshumanización en las prácticas, de la exclusión generada por las políticas sociales, de la falta de trabajo en la comunidad

o el territorio. Las sujetas pertenecientes a este grupo aún conservan lazos familiares y poseen algún recurso material, económico o pueden acceder a ellos.

Las sujetas están insertas en un campo⁹ dentro del cual, entran en juego diferentes trayectorias de vida y experiencias individuales que las llevaron a ocupar diferentes posiciones objetivas de acuerdo a la estructura y volumen de capitales que derivan en la conformación de un determinado habitus. A este último, Bourdieu (1997) lo define como el conjunto de esquemas generativos, de percepción, pensamiento y acción, a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Es un sistema de disposiciones que los agentes han adquirido.

En este capítulo utilizaremos la categoría trayectorias de vida¹⁰: familiar-relacional, educativa y laboral para describir a las sujetas, trabajando con un universo de 10 mujeres que habitan y habitaron la casa de medio camino.

Con respecto a la trayectoria familiar-relacional, un aspecto principal que comparten las mujeres es que algunas de ellas provienen de familias numerosas, de ciudades ubicadas en el interior de la provincia de Córdoba. Algunas son madres, y han estado casadas, en pareja, o conviviendo. Las relaciones que ellas han establecido estuvieron marcadas por la experimentación de sentimientos de pérdidas, violencia de género e institucional, maltrato, abuso, que afectaron negativamente su subjetividad.

Sus cuerpos aparecen vinculados a la reproducción de la vida, la madre está ligada a los hijos/as, dedicada a actividades orientadas a su cuidado y confinada a su grupo familiar, mientras que el hombre se mueve en el nivel de las relaciones intrafamiliares. (Fernández, 1997, pag.27). Según Ortner la función que cumple la mujer- madre en el proceso de socialización de los hijos/as que es la que coloca una posición intermedia entre la naturaleza y la cultura.

⁹ Pierre Bourdieu entiende el campo como la configuración de un espacio social a partir de un concepto relacional en el que se definen posiciones en una estructura con una dinámica específica y mecanismos de reproducción del mismo. Solo puede hacerse visible mediante un análisis que permita aprehender la realidad. Cada campo implica la disputa de un capital específico y genera en quienes participan de él un determinado habitus. (Bourdieu, P. 1997)

¹⁰ Bourdieu define trayectoria como “una serie de posiciones sucesivamente ocupadas por el mismo agente en un espacio en sí mismo, en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1977 pág. 82).

El lugar de la mujer es el espacio privado y doméstico. Esto se puede constatar en la vida de las mujeres que transitan por la casa. Una de ellas menciona *“a mi marido no le gustaba que trabajara, pero a mí no me gustaba estar sin hacer nada, tenía la obligación de criar a mis hijos, y él me decía que dejara de trabajar cuando me case yo le tuve que hacer caso. Con lo que me costaba dejar de trabajar .Yo le tenía que pedir plata para esto, para aquello y me preguntaba siempre ¿para qué?!!!! Yo estaba acostumbrada a tener mi plata y hacer lo que quería, sin tener que estar dándole explicaciones a nadie”*.

Ana María Fernández (2008) considera privado a todo lo que sustrae al Estado por un lado, pero además es el espacio sustraído de las miradas y los juicios del exterior. Lo público, es el colectivo que mira participa, juzga y decide.

Estas acepciones son parte de las representaciones construidas por el liberalismo. Con la revolución burguesa y el paso de la modernidad surgió un modelo de familia que conlleva esta ideología como producto de desigualdad existente entre los que poseían y no medios de reproducción, la dependencia de las mujeres del padre de familia lo cual relativizaba esta libre elección. En ese momento se identifica ámbito doméstico con vida familiar privada desligándola de la producción y en consecuencia la mujer desde esta división sexual del trabajo queda “naturalmente” al ámbito privado y relegada del proceso productivo.

Existe una dependencia económica que tiene la mujer en relación al varón, del cual difícilmente pueden sustraerse, generando de esta manera situaciones de violencia económica. Esta se ve agravada por acontecimientos de maltrato producidos en extensos periodos de tiempo, donde las mujeres estuvieron sometidas a las decisiones de sus parejas en torno a la crianza de los hijos, la distribución de tareas en el hogar, en la incorporación al mercado de trabajo, roles asignados socialmente y asumidos y naturalizados por las sujetas.

Estos estereotipos dominantes de feminidad contribuyen a producir formas de subjetividad susceptibles a ciertos padecimientos mentales, refieren a ello las nociones de “subjetividades femeninas vulnerables” y de “patologías de género femenino” propuestas por Burín (1990). Para la autora, los roles tradicionalmente asignados a las mujeres como esposa, madre y ama de casa se caracterizan por requerir de altruismo, servilismo, capacidad de contención emocional, inhibición de la agresividad, entre

otros. Asimismo, implican tareas repetitivas, carentes de estatus e invisibilizadas en cuanto a su importancia social (Andreani, 1998). Todo lo mencionado contribuye a ubicar a las mujeres en posiciones de subordinación, desempoderamiento y falta de recursos materiales y simbólicos (Sacristán, 2009) configurando condiciones perjudiciales para preservar su salud mental (Burín, 1990).

Meler sostiene que “la dependencia con respecto al criterio masculino, el escaso desarrollo de las habilidades adecuadas para generar recursos en el mercado, el altruismo y la auto postergación, la inhibición de la sexualidad y de la expresión hostil, se revelaron como factores cultivados por la socialización primaria del género femenino, que estimulan la aparición de trastornos de la serie histérica, fóbica y depresiva”. (Meler, 2009, pág. 1).

El análisis de las trayectorias laborales de las mujeres que habitan La Casa, está relacionado con el concepto de economía del cuidado entendido como “un espacio indefinido de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas” (Rodríguez, 2005, pág. 2). Incluyen aquellas actividades como la crianza de los niños/as, las tareas de cocina y limpieza, el cuidado de enfermos y ancianos, que cotidianamente las mujeres han realizado en sus hogares

Las actividades laborales de las mujeres se desarrollan en el mercado informal y están relacionadas con trabajos de limpieza, cuidado de ancianos con régimen cama adentro, costura, peluquería, elaboración de alimentos para la venta y atención al público en el sector comercial (panadería, despensa), obteniendo una remuneración económica baja sin acceso a beneficios sociales (aportes previsionales, vacaciones pagas y acceso a obras sociales) debido a la precariedad de estos labores. En algunos casos estos recorridos fueron interrumpidos por los periodos de internación en las instituciones psiquiátricas.

Al no contar con los derechos laborales mencionados anteriormente, las mujeres asisten a los servicios públicos para la atención de las necesidades vinculadas a la salud, que dependen tanto del ámbito provincial, municipal o nacional. Como por ejemplo algunas poseen PROFE (Programa Federal Incluir Salud) que es una cobertura médica asistencial para los usuarios de pensiones no contributivas que depende de la Comisión Nacional de Pensiones del Ministerio de Salud de la Nación.

Las trayectorias escolares que poseen las mujeres son diversas, algunas tienen el primario incompleto, otras obtuvieron títulos en el nivel universitario, y algunas realizan estudios de nivel terciario.

3.3 La desmercantilización como estrategia para hacer frente a las necesidades de la vida cotidiana.

En este apartado identificaremos las necesidades como carencias y potencias y los satisfactores que se presentan en el desarrollo de la vida cotidiana de las mujeres. Esta es entendida como el conjunto de actividades que realizamos en situaciones concretas para satisfacer nuestras necesidades y, en consecuencia, para seguir viviendo. Es lo común, lo habitual, lo que hacemos todos los días y que constituye el basamento fundamental en el que se crea y se re-crea la sociedad como un mundo intersubjetivo. (Heller, 1986).

Agnes Heller sostiene que las necesidades “se refieren siempre a valores y son definibles sólo a partir de estos. Sólo podemos considerar como necesidades aquéllas de las cuales somos conscientes”, hay valores negativos (necesidades malas) que hay que superar, y valores positivos (necesidades buenas) que hay que alcanzar. Se constituye, por tanto, una jerarquía de necesidades siempre relativas, ya que las necesidades universales se deben conseguir, pero sólo se pueden lograr tras una transformación revolucionaria del sistema capitalista.

Y clasifica las necesidades en:

- △ Necesidades existenciales: necesidades básicas tanto materiales como no materiales (fisiológicas y de sociabilidad).
- △ Necesidades alienadas: de carácter cuantitativo, como la de poder, posesión, ambición y acumulación de riqueza.
- △ Necesidades no alienadas: de carácter cualitativo, como las de amor, estima, amistad, actividad cultural, de desarrollo personal.
- △ Necesidades radicales: generadas por el capitalismo, las necesidades radicales conllevan la necesaria superación del sistema capitalista, lo que implica una reestructuración global de la vida cotidiana en un sistema que genera

necesidades a la vez que es incapaz de satisfacerlas («revolución de la vida cotidiana»). Se expresan en términos de liberación.

Una necesidad existencial que tienen las mujeres y que presenta obstáculos en su satisfacción es el hábitat, precisamente el alquiler u obtención de una vivienda, esto dificulta, a su vez, el poder vivir autónomamente y habitar un espacio propio. Esta dimensión está relacionada con la representación social que se tiene de los padecimientos subjetivos; una de las ex residentes de La Casa sostiene que *“no quiero que la mujer de la pensión donde alquilo se entere que estoy loca, que estuve internada en Oliva, porque me van a echar, van a pensar que soy peligrosa”*. (ex residente de La Casa)

En relación a esta necesidad, se presenta como una alternativa compartir una vivienda entre ellas (casa autogestionada) o residir con su familia: *“yo ahora cuando me vaya de La Casa, me voy a volver con mi hijo que vive con mi nuera, que es un lugar tranquilo; ahí tengo todas mis cosas, mi ropa, mi habitación, es mi espacio”* (ex residente de La Casa)

Otra necesidad de carácter material, se relaciona con que a algunas mujeres se les presentan obstáculos en la obtención, defensa y administración de los recursos económicos ya que se ven dificultadas a encontrar trabajo en el mercado formal por poseer un padecimiento subjetivo. Una de las mujeres sostiene: *“cuando se enteran que estuve internada en el neuro me echan”* (egresada de la casa de medio camino).

Para intentar resolver estos obstáculos, se construyen colectivamente espacios de laboriosidad desde la Casa, para retomar labores de producción del grupo de ese momento, donde se producen distintas manualidades (tejidos, accesorios de decoración) que luego son vendidas en un puesto artesanal perteneciente a la feria MOK¹¹, ubicada en Parque Sarmiento en la ciudad de Córdoba, y se realiza un catering de alimentos para congresos y actividades de capacitación pertenecientes al área de salud mental como INTERISAM. Para llevar a cabo estas actividades, es necesaria la organización de tareas, cooperación y distribución de roles entre las mujeres. Una parte del dinero resultante es repartido entre ellas y otra se invierte en la compra de elementos para una

¹¹ Mano de Obra Kirchnerista: organización social Kirchnerista que tiene por objetivo principal generar una alternativa de construcción política integrada con el proyecto nacional y popular (información extraída de <https://www.manodeobrak.com.ar>).

nueva producción, de alimentos y otros objetos que se utilizan cotidianamente, generando así un circuito de producción autosustentable.

Otra necesidad existencial vista como potencialidad es la participación de las mujeres que habitan la casa en diferentes organizaciones de la sociedad civil y públicas, para satisfacer aspiraciones y alcanzar sus proyectos de vida, realizando diversas actividades con el objetivo de acrecentar su capital intelectual, cultural, social, y de redes, a través de oficios como el taller de cerámica, corte y confección. Y participando de actividades en relación a sus necesidades de recreación y cuidado de su cuerpo como clases de yoga, zumba, gimnasia y natación, para potenciar las habilidades de cada una, considerando sus posibilidades y capacidades ya que son sujetas que poseen distintos tipos de recursos y poder.

En torno a las necesidades no alienadas, podemos distinguir la falta de autoestima, de reconocimiento de sus cuerpos, de sus habilidades, potencialidades, gustos y preferencias y proyectos de vida que se vinculan a los largos años de internación en hospitales monovalentes que llevaron a la pérdida de la identidad. Esto se visualiza cotidianamente y en las palabras de las mujeres: *“yo no sé hacer nada, no me puedo peinar sola ni bañarme, en el neuro los enfermeros hacen todo”* (residente de la casa de medio camino); *“tengo cara de sapo sin los dientes, la gente me ve y se ríe, así no puedo hablar ni sonreír”* (residente de la casa de medio camino).

Otra necesidad es la carencia o fragilidad en los vínculos afectivos relacionados con las trayectorias familiares y los diferentes conflictos y rupturas vividas que se ven atravesados por las características de los padecimientos subjetivos y cómo cada miembro vivenció y vivencia estos procesos. Algunas de las mujeres fueron y son marginadas por sus propios familiares, otras sufrieron violencia e indiferencia lo que las volvió más vulnerables a sufrir un padecimiento. En palabras de una ex residente: *“mis hijos no me quieren ver porque dicen que estoy loca, por eso mi marido me dejó. Cuando yo estaba asustada y gritaba mis hijos me encerraban porque les daba vergüenza”*. *“mis familia no me quiere llevar a las fiestas porque todos piensan que voy a tomar alcohol frente a todo el mundo, me miran el vaso para ver que estoy tomando”* (ex residente).

Desde la Casa se acompaña a las mujeres en la reconstrucción de los vínculos afectivos, sociales, familiares, a veces este objetivo se puede cumplir y otras veces no, sin embargo el habitar la casa de medio camino posibilita un acercamiento por parte de los familiares y amigos ya que se asemeja a una casa de familia, es un dispositivo alternativo a las internaciones en hospitales monovalentes, tiene flexibilidad en los horarios de encuentro y se invita a estos a participar de las diferentes actividades que se realizan y vivenciar el proceso individual y grupal de cada mujer desde su ingreso.

Con respecto a las necesidades radicales, reconocemos que algunas mujeres tienen un acceso restringido a las políticas públicas provistas desde el Estado, por no cumplir con los requisitos solicitados por este. Por ejemplo, deben poseer un certificado de discapacidad que las habilita a obtener la pensión no contributiva. Esto genera por un lado un etiquetamiento por parte de la sociedad y por el otro, implica el hecho de que las mujeres deban auto reconocerse como discapacitadas para acceder a un derecho social.

En relación a esto, Vallejos sostiene que el diagnóstico atraviesa la discapacidad ya que opera en su producción y la materializa como tal en un certificado médico que la acredita. De esta manera “los sujetos son capturados por el discurso de la medicina transformándose en objeto que deben ser examinados en la búsqueda de su naturaleza, clasificado, diagnosticado, individualizándolo a partir de sus desvíos y recortándolo dentro de una categoría.” (Vallejos, 2017, pág. 204).

Foucault denomina al diagnóstico como una “técnica documental que hace del individuo “un caso”, se lo puede describir, juzgar, medir y comparar con otros, además este posee una conducta que hay que encauzar o corregir para normalizar” (Foucault, 2002, pág. 196).

La presentación del diagnóstico se constituye en una modalidad de exclusión incluyente que separa, pero lo integra en los circuitos de las instituciones, servicios y derechos. (Vallejos, 2017, pág. 207). Debemos identificar que el diagnóstico se constituye en la carta de intercambio por los servicios (beneficios sociales) afirmando que opera como parte de las estrategias de existencia¹² de las mujeres que habitan y habitaron La casa de Medio Camino, ya que las necesidades económicas se resuelven

¹² es el conjunto de actividades desarrolladas por los sectores populares para obtener su reproducción ampliada, en la medida que supone la combinación de varios elementos que trascienden las formas capitalistas de reproducción de la fuerza de trabajo” (Gutiérrez, 2004, pág. 39)

principalmente por el acceso a los beneficios de la seguridad social, generando cierto grado de desmercantilización.

La desmercantilización debe ser analizada dentro del Estado de Bienestar, entendido como la responsabilidad estatal de asegurar unos mínimos básicos de protección social para los ciudadanos. Para ampliar esta mirada, retoma a Therbon que sostiene que debemos partir de un concepto de la estructura del Estado, “que en un auténtico estado de bienestar este actor, tiene la función, de atender las necesidades rutinarias y los hogares de la población” (Esping Andersen, 1993, pág. 19).

De esta manera el Estado de Bienestar no puede ser entendido solo en términos de los derechos que concede, sino que tenemos que tener en cuenta las actividades entremezcladas en la provisión social con las del mercado y el papel de las familias. Para el autor, estos son los tres principios fundamentales para poder comprender esta noción.

Relaciona los niveles de desmercantilización con los diferentes regímenes de Estado, ya que esta se produce cuando se presta un servicio como asunto de derecho, se da cuando una persona puede resolver sus necesidades sin depender del mercado. Los derechos de la desmercantilización se han desarrollado de tres formas en el mundo contemporáneo:

- El primer modelo de los estados de Bienestar es aquel donde predomina la asistencia social, los derechos no están vinculados al comportamiento laboral como a una necesidad manifiesta, debe haber una comprobación de los obstáculos de los sujetos ya que los subsidios son escasos. Por ello, en los países en donde este modelo es el dominante, el resultado es el fortalecimiento del mercado, puesto que solamente los que fracasan dentro del sistema de trabajo, serán contratados por planes privados de protección social.
- El segundo modelo defiende la seguridad social estatal obligatoria reconociendo un gran espectro de necesidades, pero no asegura una desmercantilización sustancial, ya que dependen de las normas que regulan los subsidios delimitando los sujetos beneficiarios de estos. Se presentan reglas y precondiciones que dictan hasta qué punto los programas de bienestar ofrecen auténticas alternativas a la dependencia del mercado.

- El tercer modelo es el tipo Beveridge que ofrece un subsidio básico e igual para todos los sujetos, independientemente de sus actividades, aportaciones y rendimiento previo. En efecto puede ser un sistema solidario, pero no necesariamente desmercantilizador, dado que algunas veces, los esquemas no han sido capaces de ofrecer estos subsidios en grandes escalas y proveer a los beneficiarios una alternativa real al trabajo.

Las fuentes principales de la política social moderna radican en el proceso en el que las necesidades humanas y la fuerza de trabajo se transforman en mercancías, en ese momento se puso en juego el derecho de la gente para sobrevivir fuera del mercado. Esto es lo que se constituye en el asunto más conflictivo de la política social.

En tanto en que se convierten en mercancías, los trabajadores pueden ser fácilmente sustituibles, despedidos y dispersados. Es por ello que la desmercantilización es un proceso con múltiples raíces. Afirma que el potencial desmercantilizador de las políticas sociales no puede ser captado si observamos solamente los niveles del gasto social, ya que también requiere un análisis de las normas y criterios inherentes a los programas reales del bienestar social. (Esping Andersen, 1993.)

En este sentido, debemos identificar las normas que rigen el acceso de las personas a los subsidios: características para ser beneficiarios y las restricciones sobre los derechos. De esta manera, se puede considerar que un programa contiene un potencial desmercantilizador mayor, si el acceso es fácil y si se garantizan los derechos a un nivel de vida adecuado independientemente del empleo realizado, el rendimiento o la comprobación de diferentes necesidades

La idea esencial que alienta las construcciones teóricas de Polanyi (1957,1985) y Titmuss (1981) radica en una concepción instrumental de la política social como medio para que los individuos no dependan del salario como única vía de satisfacción de necesidades.

Orloff (1993) define que este concepto de desmercantilización debe ser entendido en el contexto de las relaciones de género y debe ser completado con la dimensión analítica en relación con el grado en que los Estados garantizan a las mujeres el acceso al trabajo remunerado.

En relación a esto Esping Andersen, identifica a la familia como una institución social y como un actor principal en la toma y adopción de las decisiones estatales.

Paralelamente al Estado y al mercado, forma parte de la infraestructura reguladora integrada, define lo que es racional y deseable, ya que la familia entendida como institución forma parte del centro de la sociedad moldeando sistemáticamente, el comportamiento, las expectativas y la iniciativa de los pueblos.

Esping Andersen (1993) propone analizar en los Estados de Bienestar los grados de “familiarismo” y de “desfamiliarización”.

La desfamiliarización se refiere al grado en que se relajan las responsabilidades relativas al bienestar y asistenciales de la unidad familiar. Un régimen desfamiliarizador es aquel que trata de descargar a la familia y reducir la dependencia según el parentesco y el género, logrando una simetría en los trabajos de cuidado, roles, actividades, y la distribución de los tiempos cotidianos. (Esping Andersen, 1993). Este concepto es paralelo al de la desmercantilización ya que está relacionado con las políticas sociales y la intervención del Estado.

Un sistema familiarista “es aquel en que la política pública presupone que las unidades familiares carguen con la responsabilidad principal del bienestar de sus miembros”. (Esping Andersen, 1993, pág. 74) De esta manera se identifica que la unidad familiar posee un papel clave en los análisis de los tipos de estados; cuanto mayor es el grado de Bienestar menos familiarismo hay.

3.4 Las políticas sobre discapacidad.

Como dijimos anteriormente, la gran mayoría de las necesidades radicales de las mujeres que habitan y habitaron La Casa de Medio Camino, son resueltas por los grados de desmercantilización propuesta por las políticas de Estado, para acceder a ellas deben contar con un Certificado Único de discapacidad.

El Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, Ley 25.504 establece en el artículo 1º que “El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la

personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. El certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla”.

Rosato sostiene que toda norma funda una clasificación arbitraria y, por lo tanto, genera procesos de exclusión (a partir de una categorización de cosas y de personas). En ese sentido, “la discapacidad es una de las categorías posibles dentro del sistema de clasificaciones imperantes. El Estado juega un papel central en la reducción discursiva (y su implicancia material) de la discapacidad, reproduciendo las condiciones para que tal demarcación se sostenga y legitime”.

El autor sostiene que, “tanto en la legislación como en el diseño de planes y programas sociales, se elude pensar en los procesos de producción de la discapacidad. Y se afirma que la «desigualdad» y la «normalidad» cumplen un papel mediador entre procesos de exclusión/inclusión. Estas políticas, se delinean a partir de una conceptualización biologicista –fundada en el modelo médico hegemónico” (Rosato, 2009 pág. 101). Esto otorga al Estado un papel fundamental en la producción del significado del término, quien a través de sus políticas no solo interviene en los (procesos discapacitantes) sino que también identifica y nombra a los colectivos a los que van dirigidas.

Almeida sostiene que esto se vincula con la idea de la normalidad como construcción social e histórica, analizando cómo se fue transformando este concepto, pasando rápidamente del plano de lo descriptivo al plano de lo prescriptivo. “Es decir, la normalidad ya no solo dice o describe como son las poblaciones actuales sino cómo deben ser, lo que implica una clasificación y la selección de determinadas cualidades, cantidades, características por sobre otras, resultando en una operación de exclusión.

Reconocer las diferencias que otorgan “estas clasificaciones implica un proceso de representación, una construcción simbólica de un “otro” y por lo tanto de un “nosotros” en relación al cual el otro es entendido como *diferente, como diverso*”. (Almeida, 2004, pág. 10).

Por su parte, la intervención en lo social ha generado innumerables discusiones y producciones respecto al otro: el otro con quien trabajar, el otro a quien curar, el otro a quien aliviar, el otro con quien pensar. La preocupación ha sido cómo lo construimos, y esto ha desatado debates y cuestionamientos en el ámbito académico y profesional, con relación a cómo lo entendemos y como nos posicionamos frente a él.

Es por ello, que la autora afirma que es compleja y controversial la manera de nombrar a ese otro. Actualmente “se utiliza la palabra “diverso” como “paraguas” que nos provee de nombres lavados aparentemente menos violentos que protegen más a quien nombra que a quien es nombrado” (Almeida, 2010, pág. 16). Sostiene que el cambiar los modos de enunciación, no implica necesariamente una transformación en los modos de comprensión de las relaciones, se transforman los nombres de los otros, “pero ellos (los *otros diversos*) siguen allí confinados a la absoluta marca de ese nombre: “ya no *eres discapacitado*, eres *diverso*”; sin embargo las marcas, las representaciones, las esperas, los prejuicios hacia esos *otros diversos* siguen inalterados. (Almeida, 2010, pág. 17)

Alfredo Veiga Neto (2001), denomina a este acto como una “protección lingüística”, que consiste en sustituir una denominación que molesta por otra que resulta, por lo menos en apariencia, menos agresiva. Una sustitución eufemística, que suaviza, que nombra sin nombrar, y mantiene intacta las relaciones que desata en su nombre. “No es sólo un modo de decir al otro, es una manera de hacer (nos) frente al otro y de hacerlo *otro*. Lo que decimos tiene consecuencias, tiene materialidad, (nos/lo) construye, (nos/lo) produce, (nos/lo) transforma.” (Almeida, 2010, pág. 21)

La discapacidad se define entonces a partir de la carencia, de la falta, enfatizando los *déficits*, los límites, aquello que *les falta* a las personas, falta como expresión de una ruptura con el ideal de completud de lo humano. En este sentido, se despoja a la discapacidad de su producción social remitiéndola a un fenómeno de carácter estrictamente individual, de origen biológico, que expresa alguna anormalidad (las carencias) en el estado de salud.

Parafraseando a Nuria Pérez de Lara (2001), reducir al sujeto en una palabra genera una cosificación, ya que se lo simplifica, se huye de su multiplicidad, desconociendo cómo se articulan, componen y recomponen relaciones y sentidos.

Pretender que un atributo, en este caso la discapacidad, sintetice la identidad del sujeto, es operar una reducción que permite controlar su otredad.

Esta idea de diversidad viene asociada a la necesidad de reconocimiento de los sujetos que han estado relegados en su ser, en su participación ciudadana. Y en este sentido el Estado a través de las políticas públicas intenta “resarcir el daño” apostando a la inclusión de determinados sujetos o grupos que han sido objeto de discriminación o de exclusiones. (Almeida, 2010, pág. 20).

Por su parte, Vallejos afirma que desde la perspectiva individualista del modelo médico, las políticas sociales en discapacidad no están incluidas en las políticas generales, sino que han sido pensadas como específicas de compensación individual (pase libre de transporte, pensiones asistenciales, prestaciones de salud, exención impositiva) o como políticas de segregación en sistemas paralelos (educación especial, trabajo protegido, etc.). La autora señala que “el certificado es un instrumento al servicio de la focalización de la política en materia de discapacidad.” (Vallejos 2012, pág. 201).

Para la CEPAL (2010) focalizar significa, orientar los recursos disponibles en beneficiarios particulares. Implica considerar diferencias y características, identificando la segmentación del mercado y la necesidad de dar respuesta. La focalización cambia el objetivo de la política social, trasladándola a grupos o zonas de riesgo que se convierten en receptores estratégicos de los programas sociales específicos.

El certificado, otorga un sentido de pertenencia que produce la generación de políticas fundadas en el reconocimiento de características estigmatizadoras de un grupo focalizado. “Este sujeto resulta despojado de su condición de clase, es analizado por fuera de las relaciones sociales, es invisibilizado como grupo excluido históricamente del mercado de trabajo. (Vallejos pág. 207)

Obtenerlo se torna un derecho que otorga derechos, porque se constituye en un capital que permite el acceso a los beneficios sociales, aunque el costo suponga la estigmatización.

Dentro del contexto actual, Buriyovich sostiene que “las normativas de mutuales y obras sociales transforman la atención de la salud mental de sus afiliados en un

beneficio cada vez más escaso y obliga a los mismos a recurrir a los certificados de discapacidad para obtener derechos” (Buriyovich, 2016, pág. 45)

Teniendo en cuenta estas nociones, podemos identificar la importancia del acceso al certificado Único de Discapacidad, ya que varias mujeres que habitan La Casa no “cumplen” con los requisitos pedidos por este. Se convierte en un documento público determinante porque las habilita o las limita en la orientación prestacional adquiriendo un valor de cambio.

Su importancia estriba en el derecho que otorga a las personas con discapacidad para acceder a los beneficios sociales y económicos específicos relativos a los programas y servicios de salud, educación, empleo, participación en la comunidad, ocio, adaptación y adquisición de la vivienda, transporte, prestaciones económicas, apoyos personales y reducciones de impuestos, entre otros. (Barranco Expósito, 1999).

En este capítulo delimitamos sujeto(a) de intervención, describimos a las mujeres que habitan y habitaron la Casa de Medio Camino, sus potencialidades, los obstáculos y necesidades que atraviesan su vida cotidiana; poder develar las condiciones de vulnerabilidad generadas a partir de los procesos de institucionalización conocer, desde la mirada de las propias protagonistas, experiencias de recuperación de la autonomía, tras los periodos de encierro, identificando la posibilidad de restitución de sus derechos a través de un modelo alternativo al manicomio. Es reconocer su propia existencia, sus historias, sus cuerpos, sus subjetividades y sus particularidades.

Identificamos múltiples determinantes y entrecruzamientos en el campo de problemáticas de salud mental, afirmando que su abordaje incluye necesariamente, un enfoque comunitario, cuyas estrategias tiendan a mejorar el acceso a vivienda, trabajo, educación, salud, fortalecer las redes comunitarias y de esta manera, mejorar la calidad de vida de las mujeres.

De este modo, una mirada con perspectiva de género puede habilitar atenciones más equitativas en los procesos de salud/enfermedad para prevenir situaciones de riesgo y vulnerabilidad por las que hoy atraviesan, las mujeres en nuestra sociedad.

Capítulo IV: Del aislamiento y la exclusión a la conquista de espacios comunitarios significativos.

“La desmanicomialización debe destruir muros y rejas llegando hasta la transformación de nuestras mentes. Una actitud autoritaria es manicomial, se desarrolla dentro o fuera de las paredes del manicomio. Las acciones para reducir el estigma social y la discriminación son claves para la desmanicomialización”. (Cohen, 1994).

4.1 La cuestión del objeto y el campo problemático en trabajo social.

En este apartado se describe la construcción de nuestro objeto de intervención, identificando el campo problemático, a partir de un recorrido histórico sobre las discusiones epistemológicas y metodológicas, en torno al mismo, en el quehacer de la profesión de trabajo social.

La temática del objeto en trabajo social es una preocupación sistemática y fundamental, se convierte en un núcleo de interrogantes y cuestionamientos sobre la misma profesión, es una problemática teórica, de análisis y reflexión.

En los estudios realizados por Mary Richmond en 1889, se estableció una regularidad de las problemáticas a partir de la intervención desde el caso individual realizando un diagnóstico para dar tratamiento a los problemas de los clientes otorgando una solución. Esta lógica parte del supuesto de que existen hechos sociales fácticamente evidenciables y de naturaleza nómica. Por lo que se equipara el conocimiento social al de las ciencias naturales. Es conocer a partir de la evidencia del hecho. La función del conocimiento en la construcción del objeto es reducida a una tarea de agrupación de datos, en el cual la intervención profesional termina por desempeñar un papel pasivo frente a la realidad. Esta forma de pensar y actuar es reproducida en las escuelas de trabajo social de EE.UU y transferida a las de América Latina hasta mediados del siglo XX. (Rozas Pagaza, 1998).

Posteriormente en el momento de Reconceptualización llevado a cabo en los años 1960 y 1970 y debido a un contexto marcado por una alta movilización social, se inician y desarrollan diferentes análisis sobre el estatuto científico de la profesión, se establece el debate en torno al método y su objeto. Aquí el trabajo social se situaba como el gestor privilegiado de la transformación social.

Para Escalada el objeto en esta etapa es definido a partir de una necesidad histórica y de función social, puede ser identificado como problema social o meta a alcanzar, es decir, el bienestar social anclado en los polos de las contradicciones fundamentales del capitalismo. Para la autora el objeto de una disciplina es el

equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya satisfacción debe ejercerse una función específica. (Parra, 1999, pág. 23).

Algunos autores como Boris Lima, Paulo Netto, Gustavo Parra y Margarita Rozas Pagaza sostienen que el proceso de reconceptualización se caracterizó por la inconsistencia en el uso de categorías marxistas de análisis y la tendencia a una aplicación mecánica de dichas categorías en la realidad. Sin embargo dicho proceso significó para la profesión un intento de ruptura a las posiciones conservadoras y antimodernas del trabajo social que marcaron de manera significativa su desarrollo ulterior, como así también el análisis de aspectos problemáticos que hoy aparecen como certezas sobre las cuales es necesario seguir trabajando.

La perspectiva planteada por la CELATS¹³ en 1980, hace referencia a que el trabajo social no tiene un objeto de estudio, sino un objeto de intervención (que es al mismo tiempo objeto de conocimiento) y que es definido de la siguiente manera “el objeto de intervención es delimitar que aspectos de una necesidad social son susceptibles a modificar por nuestra intervención profesional” (Parra, 1999, pág. 25). Así, el objeto de intervención se entiende como una construcción histórica y social que no puede ser definido a priori, se constituye en una delimitación conceptual y práctica del problema del cual se va a intervenir.

Dicha mirada se presentó como novedosa y superadora de las propuestas de la reconceptualización ya que la misma presentaba limitaciones al operativizarla en la práctica cotidiana profesional.

Margarita Rozas Pagaza propone una superación de la perspectiva sobre el objeto de intervención planteada por la CELATS, introduciendo un concepto llave para comprender la intervención profesional que es la del campo problemático, el cual se define como: “la explicación 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” (Rozas Pagaza, 1998, pág. 59).

¹³ Centro Latinoamericano de Trabajo Social.

La autora entiende así que “el objeto de intervención 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 llegan a las instituciones para ser canalizadas o no” (Rozas Pagaza, 1998, pág. 60). La autora problematiza esta temática incorporando categorías como vida cotidiana, necesidades sociales y sujeto, de esta manera no limita el análisis del objeto a una mera cuestión de tipo epistemológico.

Iamamoto plantea la noción de cuestión social en la base del proceso de profesionalización del trabajo social: “es en ese contexto que se afirma la hegemonía del capital industrial y financiero donde emerge sobre nuevas formas y se justifica ese tipo de profesional especializado”. (Iamamoto, año 1997, pág. 91). Por su parte, Netto relaciona cuestión social con trabajo social, entendiéndola como “la manifestación de las desigualdades, antagonismos políticos, económicos y culturales, anclada en las contradicciones del desarrollo capitalista. La intervención se realiza fragmentándola y parcializándola como problemáticas particulares” (Netto, 1997, pág. 14).

Cazzaniga (2006) sostiene que la intervención del Trabajo Social requiere adentrarnos en la compleja trama cultural y simbólica de los sujetos. Es por ello que debemos elegir y construir las herramientas metodológicas entendidas a estas no como el principio o el punto final de este camino, sino como un instrumento que integre la comprensión de la realidad.

Para llevar a cabo nuestra intervención elegimos utilizar una metodología cualitativa ya que esta no puede ser reducida a un conjunto simple y prescriptivo de principios, sino que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido, basándose en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, y esta sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto. (Manson 1996 pág. 4).

Dentro de la dimensión operativa del trabajo social encontramos a las técnicas de recolección de información, de análisis, de interpretación y de registro. Las mismas

son medios al servicio de la acción que construimos deliberadamente en una determinada dirección y con una intencionalidad. (Crosetto, 2012).

Como sostiene Bourdieu en toda técnica está implícita una teoría de la social, ya que toda operación o tratamiento de la información hay una elección epistemológica y una teoría del objeto” (Bourdieu, 1987)

Para conocer en profundidad el trabajo de las profesionales de la Casa, como de la trayectoria de vida, proyectos e intereses de las mujeres se utilizaron técnicas como las entrevistas en profundidad y la observación participante en las reuniones de convivencia que se realizan los días martes y además en la cotidianidad de la Casa.

La metodología cualitativa se ocupa de la vida de las personas, de historias, de comportamientos pero, además, del funcionamiento organizacional, de los movimientos sociales o de las relaciones interaccionales (Strauss y Corbin, 1990 pág. 17). Está basada en la comunicación, en la recolección de historias, narrativas y descripciones de las experiencias de otros (Morse, 2005 pág. 859) que no deben analizarse de manera aislada respecto de la organización social.

Para registrar lo investigado, observado y analizado en el proceso de intervención, se utilizó el registro escrito. Siguiendo a Carlino (2006) hay que entender la escritura como una herramienta, como una tecnología que nos posibilita expandir los conocimientos.

Escribir es un acto creativo, pero –a su vez– con reglas que lo hacen comprensible para el lector. El texto que producimos materializa nuestro modo de entender y concebir una realidad, nos posiciona política y teóricamente.

Escribir nos ayuda a organizar nuestro pensamiento, ordenar nuestras ideas en relación a eventos, sucesos, sentimientos que queremos describir, analizar y comparar. Cuando una persona escribe, se pone en el lugar de la otra que no vivió ni sintió lo que el sujeto que escribe quiere poner en público. Ello genera todo un esfuerzo de organización y secuencia de lo que queremos expresar, al mismo tiempo que nos exige

un esfuerzo de objetivación, que lo que pensamos se exteriorice, se exprese materialmente y permanece en el tiempo (Carlino, 2006).

El cuaderno de campo es una herramienta fundamental en el proceso de intervención y es el modo en que hacemos el registro de nuestro trabajo de campo. Según Amegeiras (2007), éste no implica sólo la posibilidad de observar, interactuar y participar con diferentes sujetos en un contexto durante un tiempo prolongado, sino también poder participar “junto con” en múltiples actividades que dichos sujetos despliegan en su vida cotidiana.

El cuaderno de campo es el primer acercamiento a la escritura privada y se vincula con el contexto de descubrimiento, el cual nos permite tomar cuenta de lo que está sucediendo en el ámbito concreto en que estamos interviniendo, en este caso la Casa de Medio Camino, desde el desafío del conocimiento profesional, Según Amegeiras (2007), hay tres aprendizajes:

- El aprendizaje de la mirada: poder desplazarse con la mirada desde una perspectiva de comprensión de las acciones de los sujetos, involucrando los sentidos que el otro les otorgan. La mirada nuestra es un lente (o lentes) que tiene claves teóricas para la comprensión de los acontecimientos, acciones, hechos que suceden en un contexto, escenario, con los sujetos concretos.
- El aprendizaje del diálogo: el registro de la palabra del otro implica la posibilidad de que el otro hable, se exprese y genere un diálogo con nosotros. Escuchar al otro no significa solo “oírlo”, sino comprender su palabra en un contexto de producción, reconocerla en la trayectoria de los sujetos.
- El aprendizaje del registro: es aprender a expresar de manera escrita lo que hemos visto y oído en el campo. Este registro es descriptivo, en la medida que es una narración de lo que estamos viendo y escuchando en el campo, pero también tiene una parte de interpretación (qué pensamos acerca de lo que vemos y oímos).

4.2 Rompiendo muros, habitando espacios.

Identificar y poder definir el/los objeto/s de intervención significa delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de ser modificados con nuestra intervención profesional. Las distintas problemáticas a las que nos aproximamos profesionalmente, atravesadas por esas necesidades, deben delimitarse a fin de esclarecer lo que es posible de enfrentar profesionalmente.

Se trata así, de construir un objeto de intervención buscando un hilo conductor que acerque al profesional al mundo de las necesidades de los sujetos sociales para el logro de mejores condiciones de vida.

En esta perspectiva, comprendemos que el campo problemático de la salud mental, está atravesado por lógicas tutelares y asilares que consolidaron dispositivos basados en intervenciones de disciplinamiento moral y aislamiento del mundo social. La internación prolongada en una institución monovalente instauraba para la persona, una relación tutelar que implicaba la restricción de derechos. (Amarante, 2009)

A través de la manicomialización de la locura se generaron prácticas que produjeron exclusión y el despojo de la identidad social e individual, pérdida de la autoestima, de hábitos cotidianos, de vínculos y de los proyectos de vida de los sujetos con padecimientos subjetivos, construyendo una brecha entre estos y la sociedad.

El modelo capitalista y patriarcal, presenta obstáculos a las mujeres que poseen algún padecimiento subjetivo para insertarse en la sociedad y en el mercado laboral, esto es, lo que se denomina “el cuerpo expulsado de la sociedad de consumo donde encontrarse en la sociedad es estar “dentro” es “ser”, formar parte de un grupo (los otros), al que se valora por lo que es, por lo que tiene, por lo que puede consumir (como persona productiva y consumidora). El padecimiento subjetivo, es una exclusión del mundo real, es estar fuera del entorno social, es “no ser” para los demás” (Arribas, 2015, pág. 5)

Esta exclusión se caracteriza por la labilización de lazos sociales y fragilización de redes de contención comunitaria (Stolkiner, 2001), lo que Emiliano Galende

denomina soledad relacional (Galende, 1997). A través del tiempo, la sociedad transitó un largo y complejo proceso de desarticulación de sus formas de organización colectiva: "Los vínculos barriales y de vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política se labilizan. Simultáneamente existe una tendencia al abroquelamiento, dado que los espacios públicos se restringen" (Stolkiner, 2001, pág. 36).

Identificando la situación problema, en este contexto particular, los objetivos que se construyeron, en relación a la estrategia profesional, se orientaron hacia el fortalecimiento de la autonomía, a la recuperación de las capacidades, habilidades y efectivización de los derechos sociales, consolidando la participación en espacios comunitarios significativos de las mujeres que habitan la Casa de Medio Camino.

Este objeto de intervención fue construido a partir de tres nociones relevantes. En primer lugar retomamos los aportes de Belli Gioconda, desde la noción de "mujeres habitadas" (Belli, 2011) con el poder de contemplarse como tales, de reconocer sus deseos, sus miedos, sus alegrías y tristezas. Es la toma de conciencia de su cuerpo y de su identidad, es un despertar a la ruptura entre ella como un ser autónomo y la cultura que le impone restricciones y modelos de conducta. Hablamos de procesos de emancipación y lucha en donde participan de forma activa en acontecimientos que transforman la realidad.

La autora propone un análisis desde una perspectiva de género no sexista feminista y emancipadora de estos procesos, teniendo en cuenta el sistema patriarcal en el que estamos insertas. En relación a esto Belli sostiene "Yo como mujer podía combatir, ser tan diestra como cualquiera con el arco y la flecha y, además, podía cocinar y bailarles en las noches plácidas. Pero ellos no parecían apreciar estas cosas. Me dejaban de lado cuando había que pensar en el futuro o tomar decisiones de vida o muerte. Y todo por aquella hendidura, esa flor palpitante, color de níspero que tenía entre las piernas" (pág. 54).

En segundo lugar, nos referimos a espacios comunitarios significativos (Borja, 2000) al espacio de encuentro y convivencia que favorece el establecimiento de relaciones entre personas de diferentes características, ya sea porque son de paso,

abiertos, de carácter recreativo de esparcimiento (parques, jardines) deportivo, cultural, educativos y asociativos.

Además de ser un espacio integrador, genera un ámbito de apoyo, de redes, de intercambio y relación social individual grupal y comunitaria, favoreciendo de esta manera el proceso creador de cohesión social.

En esta perspectiva, los espacios comunitarios se han constituido en escenarios de demanda de cuestiones que exceden las luchas por el derecho al espacio. Oscar Oszlak, define: que "el derecho al espacio debe entenderse como un derecho al goce de las oportunidades sociales y económicas asociadas a la localización de la vivienda o actividad. Perder o sufrir la restricción de este puede suponer, además del eventual desarraigo físico, el deterioro de las condiciones de vida material en cada uno de los planos en que existían externalidades vinculadas con la localización espacial. (Oszlak 1990 pág. 24).

La inclusión desde esta mirada, requiere de una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, en tantos procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados (Almeida-Filho y Paim, 1999).

En estos abordajes, resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad.

Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual. De esta manera, es posible impulsar prácticas en salud y salud mental basadas en lo relacional, en las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin (Merhy, 2006). Reconociendo múltiples determinantes y entrecruzamientos en el campo de problemáticas de salud/salud mental, su abordaje incluye, necesariamente, un enfoque comunitario, complejo e integral, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental.

Teniendo en cuenta este enfoque, nuestra intervención en La Casa de Medio Camino estuvo ligada a propiciar el afianzamiento de los lazos comunitarios hacia vínculos más solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad a través del arte, reconociendo a las mujeres como activas en la transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados (Bang, 2010). Estimulando la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de co-gestión de los problemas sociales por parte de los individuos y colectivos.

En el proceso de intervención tomamos el arte, la creatividad desde una concepción política, es decir, como una herramienta de expresión, comunicación, intercambio y denuncia donde las mujeres se posicionaron activamente como las principales protagonistas en la lucha por sus derechos. Las expresiones creativas invitan a poner el cuerpo en acción junto a otros, poner la imaginación en acto, creando una posibilidad de cambio y una confianza colectiva en esa posibilidad.

La intervención a través del arte crea condiciones para el desarrollo de un pensamiento creativo, colectivo, crítico y dirigido a la acción que habilita otros lenguajes. En relación a esto Mirtha Domato sostiene que “el arte da la posibilidad de mostrar nuestros sentimientos, poder despertarlos, da la chance de recrearlos, de validarlos como aspectos que también me pertenecen. Puedo inaugurar una nueva manera de vivir y aprendo a dejar una huella corporal en cada lugar por los que transcurrimos nuestra vida” (Domato, 2003 pág. 5).

Se podría decir que la creatividad es la experiencia de vivir, que se hace con el intento de construir una sensación de identidad y de vivir las emociones. Es, por tanto, la creación de nuevos vínculos y formas de reconocerse, de conocer la realidad y a los demás. (Coll Espinosa, 2003).

4.3 La acción desde la presencia constante

Las estrategias utilizadas derivan de una elección epistemológica e ideológica y una manera particular de construir nuestro objeto de intervención mirando al sujeto, es decir teniendo en cuenta las mujeres con las que trabajamos. Es poder intervenir desde

el otro¹⁴, como un todo complejo no fragmentado, es diseñar estrategias de acompañamiento en el marco de lo público que favorezcan la implementación de políticas de reparación social en las que se contemple al sujeto en su faz subjetiva para el mejoramiento de sus condiciones de vida, (Sierra, 2016) es actuar en las problemáticas sociales complejas sin perder de vista la singularidad del sujeto. (Carballeda, 2005).

Peralta (2007) sostiene que en la intervención profesional de trabajo social nos encontramos con un desafío de superar el pensamiento dicotómico que ha calado nuestro modo de mirar el mundo, propio de la cultura occidental. “Necesitamos pararnos desde un lugar que nos permita interpelar los conceptos teóricos desde la práctica de intervención e interpelar la práctica de la intervención desde los conceptos teóricos. Solo de este modo será posible ver las posibilidades y las condiciones necesarias para relacionar “producción de conocimientos” y “ejercicio profesional”. (Peralta 2007, pág. 2). Pero ¿Cómo pensar esta preocupación?, ¿con que herramientas teóricas? Para responder estas preguntas Peralta recupera el concepto de praxis dada por el marxismo para iluminar el problema existente entre teórica y práctica y entre conocimiento y acción.

En relación a ello, González (2007) sostiene que esta vinculación es infinitamente dialógica: ya que la teoría toma las luchas presentes como su premisa y trabaja para ayudar a crear capacidad para la reflexión crítica. Esta unidad se comprende desde la categoría marxista de totalidad porque nos abre una comprensión a la realidad en la que siempre hay posibilidades de una nueva pregunta y una convocatoria a seguir buscando lo que no aparece explícito” (Peralta, 2007, pág. 4). Superando esta dicotomía y reafirmando esta unidad, se puede identificar que existe un entrecruzamiento entre procedimientos, técnicas y funciones. (Crosetto, 2012).

Sierra afirma que la noción de presencia constante refiere a plantear un trabajo que sostenga y que haga foco en una estrategia en el tiempo que implique una escucha cuidadosa del padecimiento, con la generación de nuevos y creativos andamios para el encuentro con el otro en una estrategia de intervención (Sierra, 2016). Hablamos de

¹⁴ El “trabajo sobre los otros” refiere al conjunto de actividades profesionales que participan en la socialización de los individuos (Dubet, 2006).

generar acompañamientos que permitan el acceso a derechos, este proceso se realizó desde dos concepciones (Ulloa, 2013):

- Presencia constante como un sostenimiento material del equipo de profesionales para que estén allí a disposición del encuentro con la otra, cuya presencia implica un ámbito de contención para aquella que habita la institución. Es poder intervenir y acompañar por ejemplo, en las situaciones de crisis de los padecimientos, teniendo en cuenta las singularidades de cada una.
- De igual manera es darle un valor central a los espacios de escucha, de empatía y de miramiento de la otra, es decir generar una escucha abierta y constante identificando las necesidades de cada una.

Parafraseando a Ulloa (2013) nos referimos a construir escenarios cuidadosos “para organizar un sujeto esperanzadamente deseante”, otorgándole posibilidades de fortalecer lazos sociales, de anudar proyectos personales o colectivos y en todo momento construir junto a las otras.

Susana Cazzaniga sostiene que la intervención profesional debe ser entendida como “una práctica específica que intenta generar algún tipo de transformación de la situación que le es presentada y se relaciona con una construcción metodológica” (Cazzaniga 2006, pág. 1).

El método se plantea entonces, como la mediación entre teoría y realidad que no se define a priori, sino como una construcción. Esta mirada nos posibilita pensar en el entramado de supuestos teóricos, epistemológicos, ideológicos y éticos, desde el cual se comprende la realidad a modificar y se establecen modos a realizarlo, constituyéndose en estrategias de intervención. (Cazzaniga, 2006).

Tomando los aportes de Rossana Crosetto sostenemos que la dimensión técnica operativa constituye el ¿Cómo? de la intervención, “es decir poder analizar el cuerpo metodológico- instrumental de una disciplina. El cómo se realice no es neutro, sus formas y modalidades acarrear modos de ver el mundo y se articulan a las dimensiones teóricas e ideológicas. De esta manera entendiendo la intervención como un proceso en donde se aplican procedimientos técnicos y herramientas metodológicas según los sujetos y problemáticas a atender”. (Crosetto, 2012, pág. 8).

4.4 Diseñando la intervención

Para llevar a cabo la intervención se necesita de un diseño, que siguiendo a Coraggio (2004), nos remite a una anticipación de acciones por parte de quien piensa, el que crea construye una estrategia, y requiere un trabajo de descripción, explicación y comprensión de fenómenos, de planteamiento de objetivos y de propuestas de acción situado, ya que siempre hay condiciones que impone el marco institucional, organizacional, y las que derivan del habitus de quien diseña.

El conocimiento teórico y el conocimiento empírico ya adquiridos asumen un papel fundamental en la regulación del proceso de análisis e intervención. Siguiendo a Aquin (2009) cuando pensamos en el diseño de una estrategia estamos pensando una reconstrucción situada, desde un punto de vista teórico, que partiendo de lo factico, plantea lo factible.

Diseñar una estrategia profesional requiere poner en juego herramientas teórico-metodológicas, político-ideológicas y técnico-instrumentales que conforman un todo complejo y dialectico en que estas tres dimensiones se expresan.

La dimensión teórica - metodológica aporta herramientas que hacen de nuestra práctica una profesión fundada. Hacer uso de ellas implica asumir nuestra práctica profesional como “una forma de trabajo reflexivo y crítico, es decir, que se constituya en una actividad creadora y no en una mera necesidad productiva, que de forma, conceptual y práctica, a un lenguaje que le permita decir lo que ve” (Matus, 1996: 30).

Con respecto a la dimensión político-ideológica, se puede afirmar que la intencionalidad de cambio y de desarrollo del espacio profesional requiere de capacidades políticas y estratégicas, que permiten dar dirección a la acción, concebir los juicios de valor en los que se asientan los objetivos de la intervención, posicionarse en contextos específicos donde se expresan las luchas de poder, fortalecer los colectivos profesionales, ocupar espacios en los ámbitos públicos, hacer valer nuestra palabra fundada y comprometida sobre la realidad social ante otros actores sociales. Este posicionamiento tiene dos caras: el de la posición del trabajador social en el campo

profesional y el de los ciudadanos/sujetos políticos, en cada contexto histórico-social concreto.

La dimensión técnico-instrumental refiere a una diversidad de instrumentos llamados técnicas al momento de aplicarlas, pero no pueden ser concebidas por fuera de la totalidad que conforma con las otras dimensiones.

Al diseñar una estrategia específica, estamos poniendo en juego un proyecto profesional entendido como una guía para la acción, puesto que establece finalidades o resultados ideales para el ejercicio profesional y las formas para concretarlo.

Retomando las palabras de Cristina González para fundamentar porque se habla de estrategias y no de metodología, la autora refiere a que “un núcleo duro de la especificidad del trabajo social radica en que es un trabajo de servicios, que se consume mientras se produce, y que para producirse requiere necesariamente otro, implica que no es posible contar con una racionalidad única y unívoca, sino que se trata de una polifonía que adquiere sentido en la pluralidad de voces que tienen distinto poder, distinto saber, distintas posiciones en el campo. La noción de estrategia nos permite buscar entrecruzamientos entre distintas racionalidades, individuales y colectivas, y las restricciones impuestas por el medio físico y social (normas y valores)”. (González, 2000).

Entonces lejos de entender a las estrategias profesionales como una sucesión de etapas precisas en las que se aplican técnicas pertinentes, deben ser entendidas como una capacidad de lectura, y de propuestas sobre la realidad que se desarrolla siempre en un campo de posibilidades marcadas por contradicciones, tensiones, disputas y conflictos propios de la relaciones de poder. Campo en el que cada sujeto, incluidos los profesionales, pretenderán mejorar su posición.

Construimos las estrategias a partir de interpretaciones, ya que según señala Bourdieu, serán “las visiones del mundo las que contribuyen también a la construcción de ese mundo. Los puntos de vista, son vistas tomadas a partir de un punto, es decir una posición determinada en el espacio social. Habrá puntos de vista diferentes u antagónicos, pues que los punto de vista dependen del punto del cual son tomados,

puesto que la visión que cada agente tiene del espacio depende de su posición en ese espacio” (Bourdieu 1988, pag.133).

Construir una descripción rigurosa de los sentidos en los propios términos de los actores y comprender los significados otorgados a sus prácticas será la condición de posibilidad para tomar decisiones.

Susana Cazzaniga sostiene que la intervención profesional debe ser entendida como “una práctica específica que intenta generar algún tipo de transformación de la situación que le es presentada y se relaciona con una construcción metodológica” (Cazzaniga 2006, pág. 1).

Las estrategias utilizadas derivan de una elección epistemológica e ideológica y una manera particular de construir nuestro objeto de intervención mirando al sujeto, es decir teniendo en cuenta las mujeres con las que trabajamos. Es poder intervenir desde el otro¹⁵, como un todo complejo no fragmentado, es diseñar estrategias de acompañamiento en el marco de lo público que favorezcan la implementación de políticas de reparación social en las que se contemple al sujeto en su faz subjetiva para el mejoramiento de sus condiciones de vida, (Sierra, 2016) es actuar en las problemáticas sociales complejas sin perder de vista la singularidad del sujeto. (Carballeda, 2005).

Las estrategias transfieren recursos y capacidades y del modo como se articulen estos dos aspectos surgen estrategias específicas. Definir una estrategia supone una anticipación y proyección de los elementos constitutivos que adquieren más peso en cada situación concreta. Son mecanismos conscientes, pensados, producto de un saber científico en los que se articulan dialécticamente objetivos, funciones, procedimientos y técnicas, uso del tiempo y el espacio, que analíticamente se presentan separados pero en la práctica se encuentran relacionados entre sí y en algunas situaciones son interdependientes y se retroalimentan mutuamente, para resolver problemas relacionados con el proceso de acceso a los recursos en la satisfacción de las necesidades.

¹⁵ El “trabajo sobre los otros” refiere al conjunto de actividades profesionales que participan en la socialización de los individuos (Dubet, 2006).

Retomando a Cristina González (2006) los procedimientos se refieren a los modos de obrar, de acuerdo al bagaje teórico instrumental del profesional por ello suponen un curso de acción, incluyen otras herramientas metodológicas como técnicas e instrumentos operativos. La elección de estos se relaciona con la demanda, los sistemas de necesidades, políticas estatales vigentes y las posibilidades de los profesionales. Los más frecuentes utilizados por los trabajadores sociales son:

- **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).
- **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. (brindar información respecto a planificación familiar: conseguir DIU)
- **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.
- **Promoción**: significa impulsar a la realización de acciones, ideas para facilitar la toma de decisiones. (ej. participar en redes sociales más amplias: grupo de mujeres).
- **Dilucidación**: refiere al proceso de problematización conjunta, en que el profesional pone en juego sus saberes para la resolución del obstáculo o problema, (ej.: cuestionar representaciones vigentes que son insuficientes para mirar el problema que se está viviendo) ligado a los prejuicios, secretos: resolución pasado- presente, presente - futuro.
- **Prevención**: se anticipan las posibles consecuencias de una situación, ya sea que el problema no esté planteado o que, frente a su presencia se considere importante su no repetencia.(ej.: violencia de género).

Por ejemplo, al momento de gestionar el boleto gratuito obtenido de la pensión no contributiva y del certificado de discapacidad de una de las mujeres, 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, fortaleciendo estos encuentros en las ferias, y acompañándolas para lograr la autogestión, mediante una intervención individual, grupal y comunitaria.

Las funciones se refieren a la injerencia real de la intervención en la modificación de los problemas, por medio de una acción planificada, coordinada y ordenada, habrá funciones primordiales y otras secundarias. Se distinguen tres:

- Administración y prestación de servicios: (asistencial) proporciona la base material para el proceso de intervención. Con actividades tales como la atención y orientación de demandas, organizar socialmente los recursos- satisfactores con que se cuenta, la coordinación con otros equipos, profesionales, etc.
- Técnica: implica planificar y organizar el trabajo, con actividades de diagnóstico y proyección, de capacitación y transferencia de conocimientos. Es importante tener en cuenta como recursos la interconsulta y supervisión del caso, derivación y seguimiento.
- Educación social: brindar asesoramiento técnico que permita la apropiación de habilidades organizativas, propiciar procesos reflexivos en torno a relaciones y prácticas cotidianas de las mujeres.

Puede ocurrir que según la intervención, se requiera fundamentalmente de la función asistencial, socio- educativa, técnica o las tres, en igual o distinta medida. Esto lleva a delimitar los objetivos de intervención, que indican qué se pretende lograr, qué aspectos se intentan modificar o redefinir en cuanto al objeto. Nuestro objetivo general estuvo dirigido a consolidar el proceso de apropiación de los derechos que posibilitan la inclusión, la autonomía y la independencia individual y económica de las mujeres. Y los objetivos específicos se encaminaron a:

- Promover los espacios de laboriosidad y encuentro entre las mujeres basados en la solidaridad, el trabajo en equipo y la cooperación para fomentar la independencia y autonomía económica, considerando las potencialidades de cada una.
- Fortalecer las redes con otras instituciones, organizaciones de la sociedad civil y del Estado para la inclusión y participación de las mujeres en los espacios públicos contemplando los intereses de estas.
- Fomentar los espacios de escucha y dialogo con las mujeres teniendo en cuenta su singularidad accediendo a su historia de vida, cotidianeidad y proyecto de vida.

Estos objetivos nos llevaron a desarrollar funciones específicas del trabajo social, delimitando una acción planificada, que nos permitió construir estrategias de intervención a partir de tres líneas de acción:

- **Articulación con otrxs**

Esta línea se basa en la relación que se establece entre las mujeres y la comunidad. El fortalecimiento de redes y el lazo social es uno de los ejes fundamentales de nuestra intervención ya que la red es entendida como una forma de interacción social, definida por un intercambio dinámico entre las mujeres y los grupos e instituciones en contextos de complejidad. Es un sistema abierto y en construcción permanente, que involucra a las necesidades, problemáticas e intereses de las sujetas con las de los demás actores por lo que se organizan para potenciar recursos.

El fortalecimiento de redes está dirigido al reconocimiento, la construcción de la convivencia y solidaridades generando la re-apropiación de las mujeres de los espacios públicos y el derecho a la ciudadanía. A su vez, busca incrementar el capital social que las mujeres poseen, entendido este como el conjunto de recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de intercambio y de inter-reconocimiento, esto se vincula con la pertenencia a un grupo.

Dentro de esta línea de acción, algunas de las actividades desarrolladas fueron: participación en ferias de diferentes barrios y espacios públicos de la ciudad de Córdoba (feria del MOK, ubicada en parque sarmiento y feria del encuentro inter-RISAM), concurrencia a espacios públicos de recreación, culturales, (Palacio Ferreyra, plazas,

fomentar la participación de las mujeres en actividades, talleres, capacitaciones y oficios en organizaciones e instituciones fuera de la Casa (La Justa, Barrio Santa Isabel primera sección, feria y festejo día de la primavera)

Estas acciones generaron un impacto positivo en las mujeres, ya que se pudieron apropiarse de ámbitos comunitarios significativos logrando tener un puesto fijo gratuito en la feria, lo que generó un sentimiento de pertenencia, habitando, ocupando y transitando por los diferentes espacios públicos.

- **Sostenimiento de espacios de encuentro y de laboriosidad**

Esta línea de acción se construyó en relación a dar continuidad a dos actividades que ya se venían realizando en la casa. Por un lado, las reuniones de convivencia semanales, donde participan las mujeres que viven actualmente en la casa, algunas egresadas que tienen este encuentro incorporado como espacio de contención, coordinadoras de la casa, estudiantes, familiares y Acompañantes Terapéuticos. El objetivo de estos es fomentar el diálogo y la comunicación contribuyendo a la resolución de conflictos y malestares cotidianos y a la organización de las tareas a través de la construcción de un cronograma, para potenciar los hábitos y las prácticas que se fueron perdiendo a lo largo de las extensas internaciones.

El temario que se desarrolla en cada reunión depende del grupo presente en cada martes, y de las situaciones que se hayan presentado durante la semana, este tiene un carácter abierto, flexible y es realizado libremente. Generalmente las temáticas centrales son la convivencia, relaciones sociales de las mujeres convivientes y egresadas, malestares y conflictos, organización de actividades diarias. (Gallici, 2015). Las reuniones de convivencia posibilitaron la resolución de conflictos y la distribución de tareas cotidianas

Por otro lado, en los espacios de laboriosidad las mujeres desarrollan capacidades, ponen en juego sus potencialidades, para producir desde el cuidado, la solidaridad, y creatividad las tareas y labores.

El modelo capitalista patriarcal dominante está basado en la opresión y la exclusión de las mujeres, negando la dimensión política del ámbito privado/doméstico y la relación de este con la vida, trabajos, derechos de las personas, provocando una invisibilización analítica de los roles y espacios que históricamente les han asignado a

las sujetas. Por ende, las actividades no mercantiles no se ven, no se pagan, no se protegen y tampoco cuentan en el desarrollo. (Calderón, 2013, pág. 13)

Por esta razón, construimos esta línea de acción, basándonos en una mirada antipatriarcal, tomando los estudios feministas en el ámbito de la economía que han supuesto desde sus inicios, un cuestionamiento constante sobre la construcción de esos roles y funciones, permitiendo sacar a la luz las diferentes exclusiones a las que han sido sometidas las mujeres.

El fortalecimiento de los espacios de laboriosidad tuvo como objetivo el empoderamiento y la autonomía de las mujeres que habitan la Casa. El primero es entendido como la vía para satisfacer necesidades estratégicas de género, o sea, aquellas que se relacionan con la abolición de la división sexual del trabajo y remoción de formas institucionalizadas de discriminación. Es decir, como transformación de estructuras de subordinación y como un proceso de emancipación.

Incluye no sólo el cambio individual, sino la acción colectiva, es un proceso personal y político, dirigido a alterar los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como género, cuyas aristas personales, íntimas, corporales, no pueden desvincularse de sus connotaciones políticas, de impugnación de las relaciones de poder vividas en el seno de relaciones familiares, en donde los sujetos viven cotidianamente y a su vez son parte del orden social. Esto lleva a las personas a sentirse capaces y legitimadas para tomar decisiones (Calderón, 2013, pág. 12).

Por su parte, la autonomía se entiende “como una medida para evaluar el logro en el proceso de empoderamiento y la superación de la exclusión social, teniendo en cuenta que las mujeres son capaces de decidir autónomamente.” (Montaño, 2001, pág. 8). Partir de estas dos nociones da cuenta de un posicionamiento político-económico y el análisis del contexto en materia de promoción y defensa de los derechos económicos.

Algunas de las actividades realizadas dentro de esta línea fueron la elaboración de diversas artesanías para la venta y las compras grupales en el supermercado con el objetivo de organizar el uso del dinero y su administración para economizar los gastos.

Estas acciones generaron impactos en relación a lograr la distribución de tareas, responsabilidades y roles entre las mujeres en torno a la compra, producción y la venta de los elementos, lo que fomentó su autonomía y el trabajo en grupo en las diferentes actividades como la realización de la funda del sillón.

- **Acompañamiento, escucha e intercambio desde la singularidad**

En la intervención individual utilizamos como herramienta principal la entrevista en profundidad con el objetivo de generar y fortalecer los espacios de escucha, considerando que la individualidad de cada mujer marca estrategias singulares.

Siguiendo a Carballada la intervención se ubica dentro de la perspectiva de la “escucha de lo social” referida al desarrollo de la narración, contar lo que le está ocurriendo y desplegar una serie de recursos culturales que tiene en su medio, y darle un sentido a la experiencia. En definitiva, lo que se escucha desde el lugar de la intervención en lo social, está ligado a la experiencia singular del sujeto mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica.

Otorgar la palabra a las mujeres, permitirles que desanden sus historias en las entrevistas fue esencial, ya que fueron surgiendo “relatos” de su vida, que analizamos e identificamos en la búsqueda de “pistas” para la intervención. Carballada plantea que “la intervención implica analizar relatos, que se recortan dentro de lo que se denomina cuestión social y poseen una faz material y una simbólica, que se constituyen de manera histórico-social, como forma de expresión de los diferentes actores sociales”. (Carballada, 2002, pág. 93).

La utilización de la entrevista en profundidad como herramienta de análisis, da cuenta del marco comprensivo- explicativo de la vida íntima y cotidiana de las mujeres, de la explicación de su experiencia contada desde su mirada, lo que nos habilitó poder identificar su trayectoria de vida, su presente y el deseo de sus futuras actuaciones al egresar del dispositivo.

Para construir esta línea de acción, utilizamos la supervisión continua como una instancia de análisis, en la que nos acompañaron las coordinadoras de la Casa y el docente a cargo de la cátedra intervención pre-profesional. Esta herramienta se da en una triple dimensión: teórica, interventiva y ético-política, que permitió analizar la relación existente entre lo instituido y lo instituyente, dando paso así, a una mirada crítica.

La supervisión ayuda a contrastar los marcos teóricos y conceptuales con la praxis, es un espacio donde se puede aprender y entrenarse en nuevas estrategias de

abordaje y lograr la comprensión de las angustias y temores, se convierte así en una forma de apoyo social.

En estos espacios fue surgiendo la posibilidad de realizar acompañamientos individuales con dos de las mujeres (ver anexo). Esta elección no fue a priori, sino que se generó de acuerdo a ciertos vínculos, empatía, confianza entre el equipo de práctica y las sujetas.

A partir del mes de junio se plantearon diferentes objetivos y estrategias de intervención vinculadas a las necesidades, obstáculos y proyectos de vida de cada una de ellas considerando su singularidad: en el acompañamiento con Lucía, los ejes de intervención fueron fortalecer su autonomía, habitar un espacio propio, co-gestionar el boleto social gratuito para fomentar su circulación, apropiación de los espacios públicos y gestionar y acompañarla en el proceso de su operación para mejorar su calidad de vida, cuidado de su cuerpo y percepción de sí misma, y el vínculo con los demás.

Con respecto a Valeria, los objetivos planteados fueron: fomentar su autonomía y cogestionar la obtención de la prótesis dental para mejorar su vida cotidiana y autoestima, fortalecer los hábitos cotidianos y cuidado personal de su cuerpo y en relación con las demás mujeres, como la higiene, administración de la medicación, organización de sus pertenencias (ropa, maquillaje, elementos de higiene íntima, etc.) y el acompañamiento en las situaciones de crisis y malestar propios de su padecimiento.

Para dar cuenta del proceso realizado, utilizamos el ateneo como una estrategia integradora de la teoría y la práctica, formulada en cierta forma desde una visión reflexiva, “reparadora”, ampliatoria, justificativa, de las prácticas realizadas. Podemos interpretarlo, en su funcionamiento, como un dispositivo en el que se imbrican factores sociales, subjetivos e instrumentales. En él, se pone en juego una “epistemología de la práctica profesional” definida como “el estudio del conjunto de los saberes utilizados realmente por los profesionales en su espacio de trabajo cotidiano, para desempeñar todas sus tareas” (Tardiff, 2004 pag.188).

4.5. Sentires en la casa de medio camino.

Conocimos la Casa de Medio Camino en diciembre del año 2015, realizando el seminario de diseño de estrategias de intervención. Al entrar al dispositivo nos atendieron dos mujeres que vivían allí, nos convidaron mates y dialogamos, fue un encuentro que se realizó en un clima ameno y acogedor. Luego se presentó una de las coordinadoras de la institución, nos comento acerca de la dinámica de la Casa, sobre las intervenciones profesionales, la historia del dispositivo... el tiempo fue corto para responder a todos los interrogantes que traíamos con nosotras. Nos insertamos en el dispositivo en marzo del año 2016 para llevar a cabo nuestra práctica pre profesional.

Cuando ingresamos al campo de la salud mental lo hicimos con ciertos preconceptos construidos a lo largo de nuestras vidas, atravesados por el imaginario social de lo que era la locura y contábamos con escasas herramientas teóricas sobre la temática, lo que nos generaba un cierto grado de incertidumbre y temor por lo desconocido pero también interés y motivación por adentrarnos en esta nueva área.

Tomamos los aportes de Boaventura de Sousa Santos (2006) cuando sostiene que lo que necesitamos es construir una subjetividad activa y crítica que hace posible la praxis de la transformación/ conocimiento y esto se manifiesta en molestia e incertidumbre, porque es “salir” de la comodidad de nuestros modos de pensar.

Pero ¿Cómo hacer para reinventar estos modos de pensar, como tener otra actitud de conocimiento y relación con lo real? Para contestar esta pregunta Maria Inés Peralta (2007) toma a Grüner (2006) quien afirma que hay que tener una actitud de sospecha sobre la totalidad de lo real e identifica que toda explicación puede ser sometida a una nueva interrogación. Es por ello que la interpretación activa es interrogar permanentemente porque para reconocer lo diferente es necesario autocriticarnos.

De lo que se trató, entonces, fue de ir “más allá” de ese saber incorporado y apuntar a conocer nuestras prácticas, lo que requirió un trabajo de *elucidación* que “es reiniciar permanentemente el trabajo de pensar lo que se hace y saber lo que se piensa” y de construir una nueva racionalidad que supere la razón perezosa de la que habla Boaventura de Sousa Santos.

El objetivo central de los primeros encuentros con las mujeres fue construir un vínculo, conocerlas, que nos conozcan y nosotras re-conocernos en ese espacio para poder visualizar, construir y delimitar las intervenciones y estrategias.

Pudimos identificar que hay distintos modos de encontrar- se: a través del lenguaje, de miradas, de risas, de alegría o tristeza manifiesta; el mate fue un elemento de relación.

Recordamos en ese momento la noción de González - Nucci (2005) sobre “aprender a intervenir” que involucra el desarrollo de competencias en el orden de lo que se denomina practicas teórico-metodológicas en la interacción con los sujetos. Es aprender a vincularse con otros reconociendo las posiciones diferenciadas en el espacio social, que se constituye el campo de intervención.

Así se fue construyendo un lugar de encuentro, en donde las mujeres nos esperaban ansiosas, se mostraban interesadas y se comprometían a realizar las actividades cotidianas.

En algunas jornadas surgieron situaciones en las que pudimos visualizar ese “aprender” a intervenir en la urgencia, en lo inmediato; aquello que Nucci (2005) denomina la intervención en sí misma, nos referimos a actuar en diferentes ocasiones propias de los padecimientos subjetivos. Aquí la escucha abierta fue nuestra mejor herramienta de intervención, a través de esta las mujeres compartieron con nosotras sus historias, saberes, experiencias marcadas por un velo de dolor, opresión y exclusión, pero también de empoderamiento, autonomía y alegría.

Vernos ahí, como equipo de trabajo, era poder identificarnos como mujeres, como trabajadoras, como estudiantes, como emprendedoras en un contexto capitalista y patriarcal que nos oprime y nos encierra. Los sentimientos fueron múltiples y diversos, apostando a construir desde la sororidad.

Reflexiones finales

Realizar la conclusión nos lleva a pensar en el camino recorrido, marcado por momentos compartidos y enseñanzas aprehendidas. Es por ello, que la construimos a partir de tres ejes de análisis; legislación actual y políticas públicas, la intervención del trabajo social en el campo de Salud Mental y las estrategias pre profesionales llevadas a cabo en el año 2016 en La Casa de Medio Camino de Mujeres.

En Argentina la Ley Nacional de Salud Mental, promulgada a fines del año 2010, ofrece un marco legal que impulsa la realización de prácticas con base en la comunidad. Desde esta normativa se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud Integral y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010). Reconociendo múltiples entrecruzamientos en el campo de problemáticas en contextos de alta complejidad, su abordaje incluye necesariamente un enfoque integral, basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario.

La ley de Salud Mental Provincial N° 9.848 se sanciona en el año 2010 y tiene por objeto garantizar el ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; la atención como parte integrante e integrada de los servicios generales. La misma expresa un modelo desmanicomializador o alternativo al paradigma asilar.

De esta manera, tanto la ley de Salud Mental Nacional y la Provincial, significaron manifestaciones legales para impedir cualquier vulneración de derechos y la garantía de trato digno para todos/as los sujetos con padecimiento subjetivo que deben ser especialmente protegidos por el Estado. Sin embargo, a casi ocho años de su aprobación, persisten en la provincia de Córdoba obstáculos institucionales que no han sido removidos y políticas de salud mental cuyas acciones contrarían el objetivo de igualdad, autonomía y protagonismo para los/as usuarios/as.

Estas leyes deberían ser acompañadas por un profundo trabajo de discusión, de cuestionamiento de las prácticas, intervenciones y miradas sobre los sujetos. Las

principales transformaciones deben desarrollarse en los mismos paradigmas que guían a los profesionales que trabajan en salud mental, es decir cuestionarse todo aquello incorporado en la formación, ya que no puede pensarse en una transformación de las instituciones sin un cambio en el modo de abordaje de los padecimientos subjetivos.

Es necesario modificar las relaciones de poder existentes en cada campo de la política pública, como así también generar un involucramiento ciudadano, de las organizaciones de la sociedad civil o de los movimientos sociales en defensa del interés público, que es una parte sustancial en este proceso. La lucha por los derechos es una tarea técnica, profesional y sobre todo política. La garantía universal de estos requiere más que buenos marcos normativos.

Consideramos que el cambio de paradigma en salud mental debe darse en varios niveles que comprenden lo socio-estructural y una transformación institucional, para poder crear condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos en los que los sujetos puedan constituirse en los protagonistas de este proceso.

Para su aplicación, requieren de una red integral e integrada a los servicios de salud y un conjunto de dispositivos que den respuestas a las distintas necesidades de los usuarios/as.

Es posible constatar la escasez de dispositivos de salud mental en los territorios que permitan el ejercicio pleno del derecho a una inclusión comunitaria. Los mismos son frágiles institucionalmente y sus trabajadores/as, en la mayoría de los casos, se encuentran precarizados.

La concepción con la que se sostienen las reformas en salud mental es otra de las barreras que impiden la efectiva vigencia de derechos. A nivel provincial, hegemoniza la idea de que su transformación sólo consiste en una reestructuración de los servicios de salud. Esto se ve plasmado en la redacción de algunos de los artículos de la Ley 9848 que hablan de readecuación de los hospitales monovalentes y no de su sustitución definitiva. Por otro lado, si bien expresamente se prohíbe la apertura de nuevos manicomios, en la reglamentación establece excepciones que son contradictorias con el horizonte del fin de estos. Se expresa así un pensamiento más tecnocrático y menos orientado a una reforma integral ligada a la ampliación y restitución de derechos.

El análisis de las condiciones políticas e institucionales no nos permite tener una visión muy optimista. Es por esto que desde hace cuatro años un colectivo conformado por usuarios/as, familiares, trabajadores, estudiantes, profesionales, se manifiesta a través de la Marcha por el Derecho a la Salud Mental para seguir visibilizando cuestiones y personas que no deben ser olvidadas. Este colectivo ha tomado la dignidad como tarea y por la misma sigue luchando.

Actualmente observamos un veloz desmembramiento y retroceso que se está viendo a diario en este campo con el cierre de dispositivos que favorecían la reinserción social de personas con padecimiento mental, el recorte presupuestario y el despido masivo de trabajadores, solo fortalece a los negociados de las instituciones monovalentes privadas y aumenta las ganancias de la industria farmacéutica en desmedro de los Derechos Humanos de los usuarios y sus familias.

Hay que reactualizar las subjetividades profesionales en el marco de los interrogantes que nos imponen las condiciones objetivas, es decir, condiciones económicas, políticas, y sociales por un lado, y por el otro, reconocer, comprometer y consolidar un posicionamiento ético político, desde donde direccionar nuestra mirada e intervención en los actuales escenarios. Es importante generar una reflexión acerca del campo profesional del trabajo social ya que en la actualidad tenemos el desafío de conocer los posibles cambios producidos en la subjetividad contemporánea de los sujetos sociales involucrados en relación con el problema social que se constituye en objeto de intervención.

Respecto a las intervenciones, también es imprescindible que podamos hacerlas desde una perspectiva de género, de esa forma podremos desnaturalizar las construcciones sociales que generan las desigualdades entre varones y mujeres, dejando de lado más vulnerable a las últimas; es por ello que al darle visibilidad a las particularidades, a la historia de vida y representaciones de sus propias vivencias, tendremos la posibilidad de comprender las construcciones que han dado sentido a las problemáticas.

Siguiendo a Aquin, “pensar la relación entre trabajo social y políticas sociales en términos de mediación activa, que se plasma en formas concretas de pensamiento o intervención frente a otro que generalmente es reproducido como inferior.... En esta

perspectiva, somos mediadores entre un conocimiento y la sociedad”. (Aquin, 2009 pág. 157).

La casa de medio camino se presenta como una conquista del campo del trabajo social ya que es un dispositivo alternativo que trabaja integrando creatividad y flexibilidad a la hora de pensar estrategias de intervención, promoviendo un pensamiento crítico y reflexivo acerca del quehacer profesional dentro del área de salud mental, considerando a las mujeres como principales protagonistas.

La intervención en este tipo de institución es beneficiosa para la vida cotidiana y futura de las sujetas, en contraposición a la institucionalización que afecta negativamente el proceso de recuperación, despojando a las personas de todos sus derechos, desde la identidad, hasta el poder decidir sobre las cuestiones más cotidianas de su existencia: horarios, vestimentas, vínculos, intimidad, privacidad; y también poco a poco los va convirtiendo en objetos que terminan siendo parte de la estructura misma del manicomio.

La casa de Medio Camino posibilita construir junto a las mujeres los procesos de autonomía, la toma de decisiones, recuperación de la participación en los espacios públicos, estrategias elaboradas a través del dialogo, la escucha, el intercambio, respetando sus intereses y deseos, acompañándolas en el proceso de recuperación de sus derechos.

Es un dispositivo que construyen todos los días las mujeres que la habitan, las que siguen volviendo; las profesionales que trabajan allí que las acompañan a emanciparse, a construir y a ejercitar su autonomía, a pensar nuevos proyectos de vida fuera de los muros de los manicomios. Trabajadoras sociales que eligieron estar al lado de quienes resisten las estructuras manicomializadoras, apostando a la organización colectiva, a la lucha de los derechos, actuando en consecuencia, resistiendo los embates y los obstáculos que se les ponen en el camino producto de una deficiencia en la implementación de las políticas públicas.

La práctica de intervención de trabajo social nos pone en contacto con el otro, desde un paradigma de derechos reflexionamos cotidianamente y de manera crítica

sobre nuestra práctica, resignificándola. Para esto requerimos de la teoría que le da fundamento a la intervención, a la ideología que está en la base de los modos de ver y relacionarse con la realidad y de las acciones que emprendemos para entrar en relación con esos otros. Esto nos remite a la dimensión ético-política del trabajo social que siguiendo a Yamamoto refiere a la defensa del valor de la libertad, a la afirmación practico-política de la democracia, y de la eliminación de todas formas de prejuicios, a la aproximación a las formas de vida, de trabajo, de lucha y resistencia de las clases subalternas, a la ampliación de la ciudadanía, de la esfera pública y al ejercicio efectivo de los derechos sociales, económicos, y culturales.

El proceso de intervención realizado a lo largo del año 2016, nos permitió desarrollar un cuestionamiento acerca de las representaciones sociales que se construyen en el imaginario en torno a la locura, basadas en el estigma, la exclusión, discriminación, etiquetamiento de las personas que poseen padecimientos subjetivos. Trabajar con el imaginario social sobre la locura reviste una importancia central ya que sobre ella se asientan todo una serie de prácticas manicomiales que arrasan con los derechos y las subjetividades.

Los vínculos y relaciones que establecemos con los otros abrirán nuevas visiones sobre los variados modos de expresión de la cultura, lo oculto, invisible o intersticial, lo cual producirá cuestionamientos y dudas sobre los conocimientos previos, aproximándonos a lo imprevisto, a lo desconocido.

Aunque estos cambios son difíciles, apostamos al reforzamiento y mantención de La Casa de Medio Camino; a la apertura de nuevos dispositivos alternativos, luchando por el reconocimiento de los derechos que poseen los/ las sujetos/ as con padecimientos subjetivos, y con esto llegamos al final de nuestra tesina; esperamos haber contribuido al campo de la salud mental desde el trabajo social reconociendo que aún queda mucho por avanzar.

Bibliografía

- Almeida-Filho N, Silva Paim J. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales.
- Almeida, M. (2004) “la presencia del otro, los silencio del nosotros” en: revista desde el fondo n° 27. “la diferencia y el otro”. Facultad de Trabajo Social, Paraná.
- Almeida, M. (2010) Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensado la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad. Paraná.
- Amico, L. (2005) La institucionalización de la locura, la intervención del trabajo social en alternativas de acción. Espacio Editorial Buenos aires.
- Amarante, P. (2009) Superar el Manicomio. Editorial Topia, Argentina
- Arrieta, L. Gallici, M. (2009) “Proyecto: red de alternativas terapéuticas para la inclusión social en salud mental.” Córdoba: Ministerio de salud de la Provincia de Córdoba. Dirección de salud mental.
- Amegeiras, A. (2007) El abordaje etnográfico en la investigación social, editorial Gedisa Barcelona.
- Andreani, F. (1998) Mujer, cultura y malestar psíquico revista de análisis de conyuntura volumen IV número 2 Venezuela.
- Aquin, N. (2009) El trabajo social en la institucionalidad de las políticas públicas. Comprender los límites, potenciar las posibilidades, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Bang, C. y Wajnerman, C. (2010) Arte y transformación social: la importancia de la creación colectiva en intervenciones comunitarias. Revista argentina de psicología.
- Barranco Expósito, D. (1999) El certificado de minusvalía: evolución del documento y planteamientos desde el trabajo social.
- Belli, G. (2011) La mujer habitada. 3° ed. Booket Buenos Aires.
- Bleichmar, S. (2008) En los orígenes del sujeto psíquico: del mito a la historia Amorrortu editores Buenos Aires - Madrid

- Birules, F. (2013) Mundo común, feminismo y mitología Universidad de Barcelona, España.
- 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 las clases. Ferreyra Editor. Córdoba. Argentina.
- Bourdieu, P. (1985) el Capital Social en revista de Ciencias Sociales año 3 número 31, Buenos Aires.
- Borja, J. (2001) Ciudadanía y espacio público Revista Foro número 40, Bogotá.
- Buriyovich, J. (2016) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva Buenos Aires.
- Burin, M. (2015) La crisis del patriarcado editorial Topia fichas para el Siglo XXI Buenos Aires.
- Burin, M. (2009) Género masculino, trabajo y subjetividad, revista L Matanza volumen IV número 7 Buenos Aires.
- Cabred, D. (1991) Discurso Inaugural de la Colonia Nacional de Alienados. Revista Argentina de Psiquiatría Vertex, II.
- Castellano, P. (1990) Sobre el concepto de salud enfermedad Descripción y explicación de la situación de Salud Publicado en: Bol. Epidemiológico OPS. 1, vol. 10, N° 4.
- Carballeda, A. (2001) La interdisciplina como dialogo. Una visión desde el campo de la salud. En: revista de trabajo social y ciencias sociales. Edición electrónica de margen n° 23 – 10 años.
- Carballera, A. (2009) La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales Universidad Nacional de La Plata. Universidad de Buenos Aires.
- Carvalho, S. (2008) Promoción de la salud y educación: Una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva, Brasil.
- Carlino, P. (2006) La escritura en la investigación. Documento de trabajo, Universidad de San Andrés.

- Cazzaniga, S. (2001) Metodología: el abordaje desde la singularidad. Cuadernillo temático Desde el fondo N° 22. Centro de documentación. FTS, UNER, Paraná.
- Ceseroni, E. Mendoza, F. (2000) La intervención del trabajo social en el ámbito de la salud mental. Elaborado en el marco de desarrollo de experiencia profesional dentro del Sistema de Residencias de Trabajo Social, en la Provincia de Buenos Aires, dependiente del Ministerio de Salud Provincial 1995 y 1998. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-035.pdf>.
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Mental Disability Rights International. (2007). Vidas arrasadas editorial Siglo XXI. Buenos Aires
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010). La hora de la igualdad: brechas por cerrar caminos por abrir tercer periodo de sesiones de la CEPAL, Brasilia
- Cohen H., Natella, G. (2013) La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro Lugar editorial, Buenos Aires.
- Coraggio, J. (2004) La gente o el capital, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Crosetto, R. (2012) La intervención del Trabajo Social Mimeo, ficha de cátedra.
- Custo, E. (2001) Las prácticas ciudadanas y la construcción de la salud mental, en revista Confluencia. N° 37, del colegio de Profesionales de Servicio Social, Marzo, Córdoba.
- Custo, E. (2008) Salud mental y ciudadanía: una perspectiva desde el trabajo social editorial Espacio, Córdoba.
- 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.
- Dávila, A. (2006) reflexiones acerca de la psicología y lo sanitario. Ap. De cátedra. Síntesis del pensamiento de Vigotsky. Córdoba.
- De Lellis, M y Rossetto, J. (2006) Hacia la reformulación de las políticas públicas de salud mental y discapacidad intelectual. En: de Lellis, Martín y cols. (Eds.). Psicología y Políticas de Salud (p. 227-289). Buenos Aires: Paidós.
- Domato M. (2003) La Expresión como desarrollo y expansión de mis propios límites.

- Esping Andersen, G. (1990) El Estado y el Mercado en la formación de los sistemas de pensiones. En Los tres mundos del Estado del bienestar Valencia, España.
- Esping Andersen, G. (1993) los tres mundos del Estado de Bienestar, editorial Alfons el Magnanim IVEI, Valencia.
- Esping Andersen, G. (2000) Fundamentos sociales de las economías postindustriales, editorial Ariel, Barcelona.
- Fernández, X (1997) La supervisión del trabajo social en salud mental, España.
- Fraser N. (2005) ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en tomo a la justicia en una época “postsocialista” www.cholonautas.edu.pe / Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales
- Foucault, M. (1990) Historia de la locura en la época clásica. Fondo de cultura económica, México.
- Foucault, M. (2000) Los anormales, Siglo XX, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2002) Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión, Siglo XXI, Buenos Aires.
- Gallici, C. (2015) Tesis de Maestría en Salud Mental “Casa de Medio Camino de Mujeres”: ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental? Universidad Nacional de Córdoba.
- Galende, E. (1997) Situación actual de la salud mental en Argentina, en revista Salud, Problemas y debate. Año IX. N° 17. Buenos Aires.
- 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.
- Giddens, A. (1995) La constitución de la Sociedad: bases para la teoría de la estructuración, Buenos Aires.
- Garcés Trullenque, E. (2010) El trabajo social en salud mental Hospital Clínico Universitario. Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo Social, Universidad de Zaragoza
- Garcia Delgado D. (2011) El Modelo de desarrollo con Inclusión Social Ciclus editorial, Buenos Aires.

- Garcia Fanlo L. (2011) ¿Qué es un dispositivo? Revista de filosofía Aparte Rei Año 2 numero 74 Buenos Aires.
- Goffman, E. (1980) Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.- la ed. 3a reimp-. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, C. Mimeo. Cátedra Trabajo Social e Intervención con familias. ETS –UNC.
- González, C. (2007) Reflexiones en torno a la intelectualidad y l relación entre intelectualidad y prácticas sociales en Peralta, M I y Rotondi G. (organizadoras): Trabajo Social, Prácticas Universitarias y Proyecto Profesional crítico. I Encuentro Argentino y Latinoamericano, Espacio Editorial, Bs. As.
- Grassi, E. (2003) políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal la otra cara de la década infame (II) Espacio editorial, Buenos Aires.
- Granica, A. (2013) La intervención con un paciente judicializado ateneo psicoanalítico, revista Topia Año 5 número 93, Buenos Aires.
- Grimmon, W. R. (1973) Nuevas perspectivas en salud mental: instituciones y problemas. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.
- Gutiérrez, A. (2002) Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu, Madrid, Tierra de Nadie.
- Gutiérrez A. (2007) Pobre como siempre...Estrategias de reproducción social de la pobreza, Argentina.
- Heller, A. (1986) Una revisión de la teoría de las necesidades en Marx Barcelona: Paidós.
- Iamamoto, M. (1997) Servicio Social y División del Trabajo. Cortez Editora, San Pablo.
- Iamamoto, M. (2000) La metodología en el Servicio Social: lineamientos para el debate, editorial Metodología y Servicio Social, San Pablo: Cortez.
- Kaminsky, G. (1990) "Sagas institucionales", en: Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Lagarde M. (2012) El feminismo en mi vida: Hitos, claves y topias Gobierno de la Ciudad de México Instituto de las Mujeres del Distrito Federal

- Linardelli, M. (2005) Salud Mental y género diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad Millcayac revista digital de Ciencias Sociales Volumen 2 Año 3.
- Lindemboin y Danani, C. (2003) El trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentina en perspectivas comparadas. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Meler, I. (2009) Varones: género y subjetividad masculina Buenos Aires.
- Merhy EE, Feuerwerker L, Ceccim R. (2006) Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud Colectiva.
- Morse, J. (2005) Emerger de los datos: Los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa, Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa Publicaciones Universidad de Alicante.
- Netto, P. (1997) La estructura sincrética del Trabajo Social. Cortez Editora, San Pablo.
- Netto, P. (2002) Reflexiones en torno a la cuestión social, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- 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, 5-9 de junio.
- Oszlak, O., Boneo, H., García de Fanelli, A. y Llovet, J. (1990) Descentralización de los sistemas de salud. El Estado y la salud. En Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencias. Organización Panamericana de la Salud.
- Parra, G. (2001) Antimodernidad y Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial
- Parra, G. (2003) “Aportes al análisis del Movimiento de Re conceptualización en América Latina”. Mimeo. Buenos Aires.
- Peralta, M. I. (2007) Producción del conocimiento en el ejercicio profesional, panel en el Congreso de FAPSS, Mendoza.
- Peralta, M., Bosio M. Pinotti. G. (2007) Reflexiones sobre la dimensión ético-política de las prácticas profesionales desde los aportes de Enrique Dussel.

- Movimientos sociales y práctica política, Eje: La intervención social ante la constitución y demandas de los nuevos sujetos de la acción colectiva y crítica.
- Pérez de Lara, N. (2001) *Identidad, diferencia y diversidad: mantener viva la pregunta*. En: Larrosa, J y Skliar, C (comp.) 2001 *Habitantes de Babel. Políticas y Poéticas de la diferencia*. Laertes, Barcelona.
 - Polanyi, K. (1944) *La gran transformación crítica del liberalismo económico* editorial Quipu Madrid.
 - Ramírez de Mingo, I. (1992) *El trabajador social en los servicios de salud mental*, Madrid: Eudema.
 - República Argentina. (2001) Ley 25.504. Modificación de la Ley 22.431.
 - Richmond, M. (1922) *¿Qué es el trabajo social con casos individuales?* Estados Unidos.
 - Rissi, L. (2002) *Acerca del Diagnóstico*, Córdoba.
 - Rodríguez, M E. (2005) *Derechos de las mujeres y Salud mental, La intervención del Trabajo Social en los procesos de externación de mujeres del hospital psiquiátrico “Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca”* Universidad Nacional de Cuyo.
 - Rovere, M (2009) *Redes en salud un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad* Universidad Nacional de Rosario.
 - Rosato A. y Angelino M. (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Noveduc. Buenos Aires.
 - Rozas Pazaga, M. (2001) *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial
 - Rubio Arribas, J. (2001) *El cuerpo angustiado: la palabra de un loco*. Nómadas.
 - Santos, Boaventura de Sousa (2006) *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social”*, CLACSO, Bs. As.
 - Schutz, A. y Thomas L. (1973) *Las estructuras del mundo de la vida*, Buenos Aires.
 - Souto, M. (2007) *El carácter de artificio del dispositivo pedagógico en la formación para el trabajo*. Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras. UBA, ficha de cátedra.

- Strauss, A. y Corbin, J. (1990) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada editorial Contus Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Stolkner, A (2001) Subjetividades de época y prácticas en salud mental revista actualidad psicológica, año xxvi-no 239, Buenos Aires.
- Szasz, I. (1997) Género y Salud: algunas reflexiones. En Actas del IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, México.
- Tajer, D. (2012) Género y Salud. Editorial Lugar. Buenos Aires.
- Tardiff, M. (2004) Los saberes del docente y su desarrollo profesional. Madrid, Narcea.
- Vallejos, I. (2012) Entre focalización y universalidad de las políticas en discapacidad: el enfoque de derechos. En: Almeida, María Eugenia y María Alfonsina Angelino comp.) Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Vallejos, I. (2017) La discapacidad diagnosticada y la certificación del reconocimiento, en el libro Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit Angelio y Rosato, Noveduc Libros, Buenos Aires.
- Veiga neto, A. (2001) Incluir para excluir En: Larrosa J y Skliar, C (comp) 2001 Habitantes de Babel. Políticas y Poéticas de la diferencia. Laertes. Barcelona.
- Wagner, M. (2007) Los montes de la loca, Ediciones Baobab, Buenos Aires.
- Yanes, L. (2002) Psicopatologización de lo femenino: aproximación a los estereotipos en trabajadoras y trabajadores de la salud de Mendoza trabajo de investigación del Mater oficial en estudios de mujeres, género y ciudadanía.