

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Carrera: Licenciatura en Trabajo Social

DEL NEUROCENTRISMO A LA COMUNIDAD: una
experiencia de intervención social para la territorialización de la
salud mental

TESINA DE GRADO

Intervención Pre-profesional: Lic. Exequiel Torres

Sistematización y Redacción de Tesina: Mgter. María Teresa Bossio

Orientadora Temática: Lic. Jacinta Buriyovich

Autoras y Autor: BARBE ILIANA JUDITH. FARHAT SERGIO FABIAN. HEREDIA MARÍA
BELÉN

*Que se escuche nuestro canto. Por la dignidad vamos luchando
Que se escuche nuestro canto. Por la salud mental vamos marchando
Que se escuche nuestro canto... por la salud mental
Que se escuche nuestro canto...con dignidad luchar*

*Nos miran peligrosos, incapaces, agresivos, delincuentes, dementes
Nos encierran en pastillas, anestesian nuestros sueños y salidas, nos denigran
Mírame a los ojos y dejame que te diga lo que pienso, de mi vida
Mírame a los ojos y dejame que te diga lo que pienso, de mi vida*

*Alienación... es tu propuesta. Medicación... no es "La" respuesta
Alienación... es tu propuesta. Medicación... no es "La" respuesta*

*Que se escuche nuestro canto. Por la dignidad vamos luchando
Que se escuche nuestro canto. Por la salud mental vamos marchando
Que se escuche nuestro canto... por la salud mental.
Que se escuche nuestro canto...con dignidad luchar.*

*El estado es de abandono. El gobierno es responsable
El estado es de abandono. El gobierno es responsable
Al Estado y sus paredes...Puertas, marchas y redes
Al Estado y sus paredes...Puertas, marchas y redes*

*La salud mental, está está en los derechos.
Salud mental es tener techo, trabajo, comida, educación y mucho amor.
La salud mental, está está en los derechos.
Salud mental es tener techo, trabajo, comida, educación y mucho amor.*

*Y no miren con piedad...Acá estamos luchando por nuestra dignidad.
Que se escuche nuestro canto. Por la dignidad vamos luchando
Que se escuche nuestro canto. Por la salud mental vamos marchando
Que se escuche nuestro canto... por la salud mental
Que se escuche nuestro canto...con dignidad luchar*

*Activemos en los barrios, en las calles, en las plazas, con mujeres...con los pibes, los guachines.
Activemos en la casa, en el trabajo, en la escuela, donde sea, es la tarea.
Activemos, transformemos, nos cuidemos, nos juntemos, nos miremos.
Somos muchos, Caminando bailando, cantando, juntos, soñando, luchando, marchando... juntos.....*

*Que se escuche nuestro canto. Por la dignidad vamos luchando
Que se escuche nuestro canto. Por la salud mental vamos marchando
Que se escuche nuestro canto... por la salud mental...
Que se escuche nuestro canto...con dignidad luchar....*

LETRA CANCIÓN 4º Marcha Por el Derecho a la Salud Mental. Ciudad de Córdoba 2017

“¡Que se escuche nuestro canto, por la dignidad estamos luchando!

AGRADECIMIENTOS

A las personas usuarias de los servicios de salud mental del Hospital Neuropsiquiátrico con quienes ha sido posible llevar adelante este proceso de intervención pre- profesional

A la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC por acompañar nuestra formación académica.

A nuestras compañeras y compañeros de camino en la construcción por una sociedad justa, libre y soberana.

A nuestras familias por acompañar siempre nuestros sueños revolucionarios.

Al colectivo por el derecho a la salud mental por compartir encuentros, aprendizaje, discusiones interdisciplinarias y luchas hermanadas.

A todos ellos, por hacernos creer en la posibilidad de que la construcción de una mejor salud mental para todos y todas es posible.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Introducción a la experiencia de intervención en salud mental.....	7
1. <u>CAPÍTULO I ENFOQUE TEÓRICO DESDE EL QUE NOS POSICIONAMOS</u>	
1.1. La mirada decolonial y la producción desde las ausencias. los límites para el campo de la salud mental.....	12
1.2. Modelos en salud y salud mental: cambios en los paradigmas.....	18
1.2.1. De concepciones y definiciones de salud mental.....	21
1.2.2. La salud mental está en obra.....	22
1.2.3. El contexto normativo de la salud mental.....	23
1.2.4. Antecedentes para la conformación de la situación actual de la salud mental en Córdoba.....	25
1.3. Vinculando texto y contexto. La salud mental como campo problemático.....	26
1.4. Políticas públicas y estado en el campo de la salud mental.....	28
1.5. Organización, participación y creación de espacios para la participación.....	30
1.6. ¿Qué proponen las leyes nacional y provincial?.....	33
2. <u>CAPÍTULO II NEUROCENTRISMO</u>	
2.1. Situar la intervención.....	38
2.1.1. Descripción de la institución.....	40
2.1.2. Respecto de la estructura organizativa.....	40
2.1.3. Condiciones de trabajo.....	41
2.1.4. La dimensión política.....	42
2.1.5. La integración disciplinar.....	43
2.1.6. El contexto.....	43
2.2. Neurocentrismo, una categoría para mirar las instituciones monovalentes.....	44
2.3. La intervención como irrupción en las instituciones.....	47
2.4. Construcción del escenario multiactorial - nuevos escenarios.....	48
2.5. Espacios de participación instituidos e instituyentes del HNP.....	50
2.6. Dispositivos hacia la comunidad.....	51
2.7. La interdisciplina como metodología de trabajo en salud mental.....	53
2.8. Algunas observaciones pertinentes de la mirada interdisciplinar de la experiencia de intervención.....	53
2.9. Las y los sujetos y los escenarios de intervención.....	56
2.10. Los sujetos de las instituciones o de instituciones que sujetan.....	59
3. <u>CAPÍTULO III LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL</u>	
3.1. Construcción de la experiencia de intervención.....	62
3.1.1. Intervención del Trabajo Social.....	62
3.1.2. Primera aproximación y reconocimiento de actores en el campo de la salud mental de la ciudad de Córdoba.....	63
3.1.3. Encuentros y acuerdos de intervención.....	64
3.1.4. Objeto del Trabajo Social en la experiencia de intervención.....	65
3.1.5. El proceso de la estrategia de intervención.....	66
3.2. Lo discursivo y la construcción de realidades.....	73
3.3. Entrevistas a espacios de intervención en salud mental.....	74
3.4. Encuentro de Usuarixs.....	82
3.5. Marcha de salud mental.....	83

4. <u>REFLEXIONES FINALES</u>	
4.1. A modo de (in)conclusión.....	86
5. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	91

INTRODUCCIÓN A LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

“Sigamos siendo locos, Madres y Abuelitas de Plaza de Mayo, gentes de pluma y de palabra, exiliados de dentro y de fuera, sigamos siendo locos argentinos (...) sigamos lanzando las palomas de la verdadera patria a los cielos de nuestra tierra y de todo el mundo”.

Julio Cortázar

Como grupo de realización de tesina de grado elegimos el derecho a la salud mental como campo para el desarrollo de las prácticas pre profesionales; en un contexto de avance Neoliberal donde la vulneración de derechos sociales, económicos y políticos se ven profundizados, generando nuevos padecimientos subjetivos.

Como estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba (en adelante UNC) asumimos el compromiso ético y político de acompañar y fortalecer acciones colectivas, favorecedoras de los derechos en salud mental. Con el desafío orientado en contribuir a la producción de conocimientos a partir de una reflexión teórica y práctica de las acciones llevadas a cabo en el campo de la salud mental.

La experiencia de intervención que describiremos a continuación no termina ni se agota en una práctica, es un momento de aproximación, aprendizaje y reflexión crítica de la vida social compleja; determinada, como lo que Bourdieu (1985) ha denominado un “espacio social”. Es lo que llamamos una manifestación de diversos escenarios, actores, posiciones y relaciones entre posiciones, intereses y conflictos en disputa y de luchas históricas. La intervención buscó analizar en un determinado periodo de tiempo, un campo para poder así comprender las singularidades que lo caracterizan. De esta manera, se favorece la comprensión del fenómeno y permite avanzar hacia transformaciones signadas.

El presente trabajo presenta la construcción de un producto sistematizado que da cuenta, de lo macro a lo micro, el proceso de intervención pre profesional, logrando entrelazar el contexto político, económico, social y la función institucional del Hospital Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Córdoba, con las barreras y potencialidades que atraviesan las y los sujetos que integran el campo de la Salud Mental, haciendo énfasis en el abordaje comunitario desde acciones que amplíen los derechos humanos y favorezcan la participación en tanto mecanismo de disputa de sentido.

Durante el año 2017 realizamos prácticas de intervención/indagación en el Hospital Neuropsiquiátrico (en adelante HNP) de la ciudad de Córdoba. El acercamiento al mismo fue a partir del proyecto de extensión “Integrados, Incluidos y Diversos” aprobado por la Secretaría de Extensión de la UNC, el cual estuvo formulado por distintas unidades académicas como la Facultad de Ciencias Sociales como por instituciones, organizaciones y grupos extrauniversitarios, entre ellos el HNP, Confluir- usuarios en Acción por el derecho a la salud mental-, Abracadabra, Radio los inestables, Área de rehabilitación del HNP entre otros. El proyecto surge como una iniciativa para la territorialización de la salud mental en la provincia de Córdoba, con el objetivo de contribuir a la visibilización y reconocimiento de los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental. Para su realización, era indispensable el involucramiento y compromiso por parte de los actores de la comunidad tanto de Córdoba como de Argentina por lo que como estudiantes, decidimos aportar con el trabajo de intervención pre-profesional, al fortalecimiento del objetivo planteado.

El objetivo consistió en indagar la complejidad del campo de la salud mental, desde el paradigma de derechos humanos y la intervención del Trabajo Social Institucional, para reflexionar analíticamente sobre las características del campo problemático. A partir de esta acción, fue posible “mirar” desde adentro e identificar que, a casi diez años de la sanción de ley Nacional y Provincial de Salud Mental, existen obstáculos para la concreción de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Entre ellos, identificamos como punto de partida la existencia de hospitales psiquiátricos, la ausencia de dispositivos alternativos al mismo, y la escasa contribución política por instalar a los derechos en salud mental como un tema importante, como así también la ausencia de generación de espacios de participación para las y los actores, en donde sean posible trabajar y consolidar los derechos humanos en salud mental. Todo esto, desembarca en la vulneración de derechos consagrados en Principios y Tratados internacionales que establecen para el año 2020, la eliminación de hospitales monovalentes, desmanicomialización, inclusión y el mejoramiento de la política pública en salud mental entre otros, siendo su omisión, por adherencia del Estado a marcos normativos internacionales, una trasgresión a los derechos humanos.

A partir de la inserción institucional, destacamos la apertura de parte de las y los actores con los que estuvimos involucrados, en brindar información y darnos la posibilidad de realizar una observación de la dinámica del Hospital y su entorno. Esto permitió configurar el ángulo de nuestra observación.

El proceso de intervención fue desarrollado a partir de la construcción de estrategias, las cuales resultan del trabajo colectivo, tanto nuestro como de las y los actores que formaron parte del campo, en la cual fue posible enlazar los objetivos institucionales, de la intervención y sobre todo de las y los diferentes actores que formaron parte del proceso de intervención. Desde la inserción institucional a nos propusimos insertarnos en los procesos comunitarios favorecedores del ejercicio de derechos, de participación y organización por el derecho a la salud mental.

El resultado de esta producción tiene como propósito transmitir el modo en que fuimos llevando a cabo la experiencia de intervención. El proceso llevado adelante fue el producto de una permanente construcción y transformación, propio del dinamismo de lo social.

En el *capítulo uno* comenzaremos hablando del enfoque teórico desde el que nos posicionamos en tanto paradigmas, concepciones y definiciones en salud mental históricamente constituidas. Recuperando los principales componentes del campo de la salud mental esenciales para comprender su complejidad. Dicha reconstrucción permite comprender la configuración actual del escenario de intervención.

En el *capítulo dos* pretendemos situar la experiencia intervención en los diferentes escenarios transitados y hablar de las y los sujetos con los que trabajamos. El contenido del apartado se dirige a visibilizar prácticas instituidas e instituyentes en el campo de la Salud Mental, particularmente en el ámbito hospitalario del Neuropsiquiátrico de la provincia de Córdoba.

El *capítulo tres* desarrollamos el proceso de intervención llevado a cabo. Compartimos nuestro andar cotidiano, para dar cuenta de los diferentes momentos y espacios del proceso de intervención.

Por último, en las *reflexiones finales* haremos referencia al rol del Trabajo Social en el campo de la salud mental desde un posicionamiento reflexivo, crítico, ético y político.

CAPÍTULO I ENFOQUE TEÓRICO DESDE EL QUE NOS POSICIONAMOS

1.1 LA MIRADA DECOLONIAL Y LA PRODUCCIÓN DESDE LAS AUSENCIAS. LOS LÍMITES PARA EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

“Por eso canto... por la verdad, por la búsqueda del mañana y la necesidad del nosotros, por la revalorización del prójimo y la rebelión de la palabra, por eso canto...” Horacio Banegas

Toda acción de intervención se desarrolla a partir de la construcción de un marco referencial, el cual comprende los principales lineamientos desde el cual es posible pensar, reflexionar, ver, analizar, e interrogar los escenarios de intervención y los factores que intervienen en ella. Ricardo Costa (1997) señala *“Toda estrategia de intervención (...) necesita una comprensión de los procesos sociales y de los factores que intervienen de manera decisiva en los mismos”* (Costa: 1997:6). Las estrategias de intervención se valdrán de la construcción de mediaciones que indiquen qué teoría para que acción, donde se articule lo diferente y se potencien los saberes.

La elaboración de referencial teórico que aporte a complejizar las maneras de mirar las intervenciones y de comprender los fenómenos sociales que contribuyan a desentrañar los sentidos atribuidos a visiones sobre Salud Mental a lo largo del tiempo. Partimos de la premisa de la existencia de un modelo colonial en torno a la configuración de lo social y de las relaciones de poder en la región Latinoamericana que afectan de manera directa en la concreción y el ejercicio de los derechos de las y los sujetos. La Salud Mental no se encuentra ajena al modelo colonial y moderno, el cual impactó de manera directa en la configuración de subjetividades, en las formas de Estado, de sociedades y relaciones sociales que se entretajan en tramas de desigualdad y vulneración de derechos.

Carballeda (2018) plantea que en la actualidad los escenarios de intervención se encuentran atravesados e interpelados por una serie de desafíos que emergen de la cuestión social actual. La implementación de políticas de corte neoliberal, con crisis en los sistemas sanitarios crean complejos escenarios que exigen la construcción de nuevas formas de intervención, que inviten a alterar los contornos delineados por un sistema que en los últimos años ha profundizado el modelo manicomial, las desigualdades, las nuevas formas de exclusión entre otras cuestiones.

Sostenemos que la salud mental se encuentra profundamente relacionada con factores sociales y con el conjunto de las políticas públicas del Estado, puesto que la política en salud mental no se

agota en el sistema de salud, sino que trasciende lo específico del campo. En suma, podemos decir que la salud mental como expresa el art3º.- de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se reconoce a la salud mental “*como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*”, se encuentra atravesada por una compleja trama de determinantes socio-económicos culturales y políticos que hacen imposible que esta sea pensada aislada del contexto social. Como indica la mencionada ley, la salud mental debe ser abordada de manera integral y no limitada a un enfoque médico hegemónico. Una de las transformaciones que precisa este campo requiere de la existencia de políticas específicas en materia social para que se constituyan en el abordaje integral que sostienen las leyes y marcos normativos. La salud mental no se halla en el encierro, en la exclusión, ni la segregación, la salud mental es un asunto de inclusión social y derechos humanos.

Comprender la salud mental en el marco de los derechos humanos conlleva la transformación total del paradigma psiquiátrico sostenido en el abordaje del padecimiento subjetivo hasta el momento, implica garantizar mediante las instituciones de la sociedad y a través de sus políticas, derechos sociales respecto de estándares internacionales de derechos humanos (Ase y Buriyovich: 2016). Entre las premisas fundamentales que establece el enfoque de derechos para el campo de la salud mental, determina no sólo la superación del servicio de salud, sino una transformación integral del mismo. Instauro la prohibición de la discriminación, promueve la autonomía y libertad, y alienta la protección y acceso a los servicios de integración comunitaria para la atención de la salud mental.

Con la sanción de normativas específicas para la reestructuración de la atención en salud mental en la región, el discurso de los derechos humanos logra consolidarse como marco de propuestas disponibles para la construcción de acciones que moldeen sistemas estatales comprometidos con los derechos sociales

En este sentido cabe preguntarnos, cuáles han sido los determinantes históricos, políticos y sociales que contribuyeron a la supervivencia del sistema manicomial hasta la actualidad y cómo se han dado las transformaciones del campo en las últimas décadas. Esta forma de comprender la salud mental, rompe con el sistema de tratamiento configurados en criterios biologicista e individualizante, gestados por la corriente alienista del siglo XVIII, consolidado por el pensamiento neoliberal con su ausencia del estado.

La Ley Nacional de Salud Mental sancionada en el año 2010 -junto con marcos normativos internacionales- constituye un instrumento legal de avanzada que otorga un marco federal a las

políticas destinadas a la dimensión mental de la salud, recuperando los principales estándares internacionales ampliatorios de derechos humanos. Los componentes del derecho internacional en materia de derechos humanos además de evitar violaciones de derechos en cualquier campo, fija las obligaciones que tienen los Estados para hacer garantizar los derechos civiles y políticos como los culturales, sociales y económicos.

Para tales fines, y dentro de las obligaciones que el Estado debe cumplir, se necesita una disponibilidad de recursos que hacen efectivos la concreción de derechos y un marco de acción que oriente y sustente el diseño de las políticas públicas. La inexistencia de recursos específicos de ninguna manera puede limitar la garantía de los derechos, y si esto sucede, la inacción es objeto punible. Dentro de un pensamiento neoliberal el contenido de las políticas públicas presenta limitaciones, en un enfoque de derechos humanos, implica utilizar el máximo de los recursos disponibles para la satisfacción de los derechos económicos sociales y culturales, comprendiendo que estos no se encuentran todos disponibles

El enfoque de derechos humanos en salud mental se opone a las formas de tortura y trato inhumano, sosteniendo la no discriminación y la inclusión social con abordaje en la comunidad. Marca un profundo trabajo intersectorial e interdisciplinario el cual demanda la construcción de un sistema comunitario de atención en salud mental. A partir de la revisión de la literatura sobre la problemática, de la recolección de datos de las instituciones de salud mental entrevistadas, y del paso por el hospital psiquiátrico de la provincia de Córdoba, hemos arribado a la humilde conclusión de lo poco que se ha logrado avanzar en las prácticas al interior del campo. En este sentido, creemos necesario la permanente revisión de las estrategias planteadas para reflexionar en cómo seguir trabajando por el derecho a la salud mental, por la profundización de los derechos y la construcción de acciones que fortalezcan la implementación de las leyes y los marcos normativos vigentes.

La complejidad que encarna el campo de la Salud Mental, y las instituciones construidas para abordar la problemática, requiere de una necesaria indagación por la trayectoria en los modos de abordarla en los diferentes periodos históricos como de los procesos de resistencia a las prácticas manicomiales llevadas a cabo por los movimientos en defensa de los derechos humanos.

El análisis histórico acerca de la salud mental, demuestra cómo el sistema manicomial no alcanzó fines terapéuticos, sino todo lo contrario. Es por esto que con la elaboración del instrumental teórico, pretendemos aportar a pensar el campo de la salud mental desde la teoría crítica y la propuesta decolonial, planteando los límites del pensamiento Moderno donde tuvo origen y reproducción el asilo, y la prácticas manicomiales. Es vital conocer, reflexionar y desandar el

referencial teórico, metodológico, ético y político construido en torno a la salud mental a lo largo de la historia para poder lograr transformaciones en niveles conceptuales, culturales y políticos que en la actualidad continúan abordando el padecimiento subjetivo desde una perspectiva biologicista, y tradicional en un Estado Neoliberal como el actual.

El pensamiento crítico decolonial desde la propuesta de Quijano (2011) citado en Hermida (2015) nos invita a pensar en conocer qué es lo que produce el poder colonial sobre nosotros, señalando la necesidad de construcción de epistemologías y prácticas sociales des coloniales. Desde la lectura de M. E Hermida (2015) recuperamos la crítica decolonial, que nos conduzca a indagar el camino de cómo ha sido configurado *lo diferente* en términos de inferioridad a partir de la categoría de raza, la cual legitimó la quita de derechos, y en casos extremos, la eliminación/exterminio de los otros inferiores.

La crítica decolonial se encarga entonces de denunciar el horror colonial, pero como advierte Carballeda (2002) solo crítica al poder y a la sociedad, no conducen a la praxis transformadora. Para una transformación del saber, es necesario dismantelar los mecanismos que han sostenido la hegemonía en el campo de la salud mental. Mecanismos que se han ocupado de producir ausencias, anulando otros modos de ser y estar a través de procesos epistémicos de ocultamiento (Hermida ob.cit).

¿Desde dónde nos hemos propuesto releer el proceso de intervención llevado adelante? *la producción de las ausencias*, basándonos en los aportes de Boaventura De Souza Santos, quien introduce su teoría llamada “Epistemologías del Sur” (2006) y junto a esto el rol de las Ciencias Sociales, caracterizadas por su perfil eurocéntrico. Lo que proponemos aquí, es una perspectiva del pensar situado (Kush 1976 citado en María E. Hermida, 2017) el cual plantea la necesidad de despojarse de toda influencia occidental para centrarse en una construcción actual *Nuestroamericana*, que interpele toda coyuntura opresora y renueve la teoría, no obstante propone interpelar no sólo a nivel de aquello sobre lo que se estudia, sino que principalmente a nivel de nuestras propias subjetividades, para desposeer el carácter binario de nuestros modos de mirar y actuar.

Las epistemologías del sur nos permiten pensar el enfoque de derechos humanos en nuestra región. De Sousa Santos (2010), propone repensar una nueva arquitectura y una nueva justificación para los mismos, que indague en los orígenes de la modernidad colonial, que investigue capa por capa la sedimentación de las raíces de lo que en un principio se presentó como derechos humanos universales desde la mirada occidental. Entonces, es primordial construir desde nuestras intervenciones, concepciones y epistemologías de derechos humanos situadas, desde nuestras

regiones y post coloniales, construir nuevas perspectivas de derechos en salud mental a partir de las ausencias, que modifique el rumbo de comprender los fenómenos en una única dirección, que incorporen conocimientos de sectores que han sido históricamente apartados por los modelos de sociedad imperantes.

Para conceptualizar lo que venimos mencionando la colonialidad es entonces, un fenómeno histórico que *“refiere a un patrón de poder que opera a través de la naturalización de jerarquías territoriales, raciales, culturales y epistémicas, posibilitando la re-producción de relaciones de dominación”* (Rojas y Restrepo, 2010: 15-16 citado en Eduardo Rueda y Susana Villavicencio 2018:108).

A lo que Quijano aporta *“En América, la idea de raza fue un modo de otorgar legitimidad a las relaciones de dominación impuestas por la conquista. La posterior constitución de Europa como nueva identidad después de América y la expansión del colonialismo europeo sobre el resto del mundo, llevó a la elaboración de la perspectiva eurocéntrica de conocimiento y con ella a la elaboración teórica de la idea de raza como naturalización de esas relaciones coloniales de dominación entre europeos y no-europeos. Históricamente, eso significó una nueva manera de legitimar las ya antiguas ideas y prácticas de relaciones de superioridad/inferioridad entre dominados y dominantes”*. (Quijano: 2000:24).

Otro aspecto importante para el análisis del proceso de intervención y para la comprensión de los factores que intervienen en el campo de la salud mental, refiere a la matriz positivista en el origen de la profesión de trabajo social. Siguiendo la lectura de *Bárbara García Godoy et.al (2013)* en Argentina como en otras partes del mundo, esta matriz tuvo su origen con el Estado Moderno, siendo una marca distintiva en la construcción de representaciones, relaciones sociales e instituciones del Estado moderno.

El sector terrateniente de la generación del 80' vinculó los aspectos económicos, políticos y culturales con el modelo europeo, siendo el cimiento que dio direccionalidad a las instituciones de políticas sociales y a las prácticas que se desprendían de ella. De esta manera se gestó un modelo de Estado que a través de sus instituciones (de educación, salud y acción social) impuso una forma de ser y estar en vías de la integración social. Las explicaciones biológicas fueron basadas en criterios raciales justificando el accionar de sesgo discriminatorio de las instituciones sociales hacia la población.

Estos modelos de Estado con origen en la Modernidad, produjeron una serie de mecanismos que moldearon los sistemas sociales, establecieron un orden, valores y dictaron las normas que permitían vivir en sociedad, de esta manera se instituye un tipo de sujeto que nada tenía que ver con el gaucho, el pobre, el loco y todo aquel que quedaba al margen del progreso. (Carballeda: 2004).

Hacia 1880 y 1910 en Argentina, comienza el periodo de institucionalización del orden psiquiátrico y en simultáneo, el proceso de institucionalización de trabajo social. La disciplina, desarrolló sus respuestas a la cuestión social junto a la corriente de los médicos higienistas, punto que nos introduce a vincular la profesión del trabajo social con el campo de la salud y la salud mental. En este periodo, la sociedad moderna permitió formas represivas para tratar al sujeto considerado inmoral. Fue así, que fue dando origen a creación de asilos ubicados en las afueras de las ciudades. Estos edificios cumplían con el objetivo de apartar lo “*inmoral*” de la vida pública y garantizar a través del Estado el orden religioso, social y político, sostenido por los ideales de la modernidad en conjunto con el modelo positivista. (Amico: 2005).

El hospital Neuropsiquiátrico de la ciudad de Córdoba, tiene su origen en la Sociedad de Beneficencia, en su inicio recibió el nombre “*Asilo*”, posteriormente el edificio pasó a formar parte de la Dirección de Asistencia dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de un decreto que solicitaba la derogación de la personería jurídica de la Sociedad. Fue así que el asilo comenzó a llamarse “*Hospital de Alienados*”. En 1958 es creada la Subsecretaría de Salud Pública y Asistencia Social, adquiriendo rango de Ministerio, quedando el HNP en dicha órbita ministerial. (Alegret y Urbano 2002-2005)

Hasta el momento la concepción médica para abordar la salud mental, era fundamentada en concepciones orgánicas biologicista. El Trabajo Social y la psicología se incorporan al trabajo hospitalario a partir de los años 60`, e insertaron en sus abordajes las corrientes anti psiquiátricas que venían gestándose en Europa. Hacia 1976 con la dictadura militar, cualquier intento de estrategias de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, se vieron interrumpidas por el sistema autoritario militar, el cual no hizo más que dismantelar el sistema de Salud Pública que de a poco se había ido consolidando. (Alegret y Urbano ob.cit)

Los aspectos controversiales de la atención médica de la salud mental; peligrosidad, aislamiento, exclusión han estado permanentemente implicados en las definiciones de la locura. El encuentro de la locura con las instituciones psiquiátricas ha tenido sus múltiples versiones desde el siglo XV hasta el presente. En una etapa inicial la locura fue asociada desde explicaciones mágicas,

hasta médicas y la exclusión fue la categoría utilizada como forma de protección para el sufrimiento mental.

Por su parte, las Ciencias Sociales estuvieron al servicio de la producción de una sociedad en consonancia con el proyecto de la modernidad, por lo tanto la producción de conocimiento, la construcción de otredades, se mantuvo ligada a un otro al que había que corregir. En palabras de Benjamín (1989), la acción de resistencia contra el poder dominante que instala modos hegemónicos de ver y de actuar, exige una mirada a “contrapelo”, *Nuestroamericana*; de nuestros pueblos y de nuestros modos de organización, que recupere la historia de nuestro continente sin la contrapartida europea.

Dentro de este análisis, el concepto de hegemonía, otorga un marco de interpretación de la existencia de un modelo que se impone sobre otro. En el sistema de salud conviven tensiones permanentes entre modelos que a fuerza de poder disciplinar instauran modos de abordar problemáticas y clasificar enfermedades. Gramsci conceptualiza la Hegemonía como “*las clases fundamentales, en el caso del capitalismo, la burguesía o una fracción de la misma, dominan por el consenso y solo usan la coerción como complemento*” (Von Sprecher: 2007). Considerando que las concepciones en el campo de la salud, han sido hegemonizadas por la disciplina médica, y siguiendo a Bourdieu (1995) la Ciencias Sociales deben romper con el sentido común, cavilar en los sentidos dominantes de cada época, aportar a la construcción epistemológica que permita repensar los sentidos y prácticas con las cuales se nombra el mundo social. De esta manera la realidad problematizada habilita a la construcción de prácticas que tengan en cuenta las necesidades del campo donde se insertan.

1.2 MODELOS EN SALUD Y SALUD MENTAL: CAMBIOS EN LOS PARADIGMAS

Desde los aportes de Costa, como señalamos anteriormente, toda acción requiere de una teoría que la sustente, en el campo de la salud y la salud mental coexisten diversos paradigmas que configuran los modos de entenderla y abordarla. Desde trabajo social y como integrantes del campo de la salud, es menester construir posicionamientos en los procesos de intervención en lo social, por

esta razón, la dimensión social no es solo una arista a tener en cuenta en los procesos de salud enfermedad sino, constituye una dimensión que atraviesa por completo el campo de salud mental.

Este atravesamiento diverso marca las tensiones entre antiguos modos de mirar la problemática, frente a un nuevo paradigma que enmarca el abordaje de la salud mental en enfoque de derechos humanos, inserta la dimensión social en el abordaje de la salud mental. Los cambios paradigmáticos, implican la ruptura con el modelo psiquiátrico que impregnó a lo largo de su historia al campo de la salud mental con representaciones estigmatizantes como *“locos peligrosos, incapaces o delincuentes, dementes”* e impartieron acciones filantrópicas de protección de salud en la individualidad, el control, el encierro, aislamiento y medicación basados en un modelo hegemónico dominante.

Según Menéndez (1988) la estructura del Modelo Médico Hegemónico (MMH) dominante se caracteriza por un conjunto de prácticas, concepciones y teorías desarrolladas por la medicina científica del siglo XVIII, identificado por parte de la ciencia y del Estado, como modelo único de comprensión y atención de la enfermedad. Este modelo subalterniza otro tipo de prácticas y saberes legitimados en conjuntos sociales. El MMH se fundamenta en criterios biológicos, individuales y definen a la salud en esos términos.

El paradigma tradicional biomédico, proyecta una perspectiva que emerge de la tradición positivista que ubica a los problemas en la individualidad, excluyendo la historicidad y lo social de la trayectoria de los individuos, desconociendo el carácter multifacético de los procesos de salud enfermedad. Los paradigmas centrados en la eliminación de la enfermedad, consideran al médico en este caso al psiquiatra, como el experto en determinar las acciones plausibles y al hospital monovalente como la única institución habilitada para la atención de las mal llamadas *“enfermedades mentales”* lo que genera exclusión, aislamiento y estigma sobre estos procesos.

En cuanto a la intervención del Estado, la trayectoria en Salud Mental ha demostrado que la existencia de paradigmas y concepciones tradicionales sostuvieron la nula intervención del sector público en materia de salud, por lo que la formulación de leyes que regulen tanto las acciones de profesionales como institucionales en este campo, no era una prioridad.

Frente a la hegemonía identificada en los modos de abordaje de salud mental, desde organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha propuesto un modelo alternativo de interpretación de la salud llamado Modelo “biopsicosocial” el cual introduce factores sociales, culturales y psicológicos sin desconocer el origen biológico del sufrimiento.

Sin embargo, la propuesta de la OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente biológico, la cual a pesar de incluir aspectos subjetivos como bienestar, presenta limitaciones en cuanto a considerar a la salud como un estado a alcanzar, puesto que la salud es un proceso en constante transformación. Estas concepciones pensadas e impartidas desde organismos internacionales, aunque otorgan marcos interpretativos reviste un carácter biologicista e individual, del cual el enfoque de derechos humanos rompe.

Sobre lo anterior resulta pertinente aludir a la categoría salud, debido a que parte del proceso de intervención pre-profesional que llevamos adelante, tuvo lugar en una institución de salud, el hospital Neuropsiquiátrico de la provincia de Córdoba.

En primer lugar sostenemos la salud como estado histórico, social, cultural y subjetivo de carácter multicausal, la cual varía conforme al contexto y los grupos sociales. En este sentido constituye un punto de encuentro entre lo biológico, lo social individual y comunitario donde confluyen diversas perspectivas que obran en su construcción (Frenk: 1992). Nos haremos eco de los aportes de Ferrandi (2010), para concebir la salud en su carácter de lucha y de poder, es decir como *“La capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas (...) cualquier instancia de intervención, es una acción en que se definen, interpelan o ratifican relaciones de poder, se acumulan o desacumulan potencias, y la sucesión de hechos produce acumulaciones capaces en algún momento de la historia de cuestionar, cambiar o legitimar reglas de juego.*

Dicho esto, la salud asociada de las y los sujeto es capacidad de lucha, capacidad de modificar las reglas establecidas, es por esto que decimos que la salud mental está en obra y se enmarca en un enfoque de derechos humanos capaz de construir perspectivas críticas que reflexionen a partir de las prácticas de los actores y no solo desde las instituciones. En este sentido, pensar y actuar el campo de la salud mental desde el enfoque de derechos humanos es central porque en sus principios se sostienen la igualdad, no discriminación y participación - entre otros- principios que han estado presentes a lo largo del proceso de intervención.

1.2.1 DE CONCEPCIONES Y DEFINICIONES DE SALUD MENTAL

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se refiere a la salud mental como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la*

concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental No 26.657: 2010).

La definición de Esther Custo (2008) sostiene que la salud mental *“Puede ser enunciada como la construcción y desarrollo o deterioro en las distintas prácticas sociales, en el trabajo, la vida familiar, comunitaria, en la política y en lo social. Salud mental en una comunidad es un proceso resultante de sus condiciones de vida, de su historia y de sus proyectos. En síntesis, la salud mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos, en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos”*. (Custo: 2008:21,22).

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud mental *“como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS 2018).

Este organismo plantea a la salud mental como un estado que supone barreras vitales, determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Elimina los derechos de la definición y la determinación histórica y socioeconómica que impactan en la vida cotidiana de los sujetos. Sostiene el concepto de capacidad, que aparece como un criterio de diferencia entre enfermos y sanos, lo cual se torna peligroso para quienes utilizan los servicios de salud mental ya que para acceder a los mismos, debe demostrar capacidad jurídica, es decir demostrar que pueden por sus propios medios, resolver su propia vida.

1.2.2 LA SALUD MENTAL ESTÁ EN OBRA

Existen diversidad de conceptos, como disciplinas, marcos normativos, tanto nacionales como internacionales, que definen la salud mental, que delinear los contornos de cómo debe ser entendida, interpretada y abordada. Si bien estos componentes están presentes en el campo, al momento de este escrito las personas que requieren de los servicios de salud mental, encuentran barreras en el acceso a derechos consagrados en leyes, principios, tratados y convenciones, por lo tanto la Salud Mental está en obra y su construcción demanda una tarea colectiva y compartida en sociedad.

Frente a las imposibilidades, además de las barreras que aún persisten, los trabajadores y usuarios de servicios de salud mental construimos herramientas que fortalezcan la accesibilidad a la salud mental que queremos, con estrategias centradas en favorecer la defensa de los derechos humanos, el ejercicio de la ciudadanía promoviendo la participación activa en espacios colectivos, en pos de potenciar la incidencia política.

Retomando los aportes de las distintas definiciones, para nosotros la Salud Mental implica un ejercicio de la libertad, que requiere una labor socialmente construida ¿qué queremos decir con esto? Esta obra en construcción que piensa una salud mental con acceso a derechos y un ejercicio de la libertad, debe estar presente en cada intersticio de la vida social y en la diversidad de sus instituciones, pues la salud mental está en los derechos.

Resaltar la idea de lo social en la concepción que proponemos, supone enraizar a la Salud Mental como parte de la dinámica de lo social, donde convive la complejidad de lo social y su respectivo dinamismo, debido a que lo social se compone de tensiones permanentes entre lo instituido y lo que está por construirse, entre lo que está siendo y lo que está por ser. La Salud Mental no es asunto manicomial, ni de encierro pues los manicomios restringen la libertad de las personas que se internan allí. La persistencia de estas instituciones es contraria a los esquemas planteados en las normativas vigentes.

1.2.3 EL CONTEXTO NORMATIVO DE LA SALUD MENTAL

El debate en torno a los derechos humanos, ocupa un lugar central en estos tiempos, y junto con esto la configuración de los procesos de transformación en el campo de la salud mental. Establecer las normas desde donde miramos la cuestión nos permite enmarcar y fundamentar nuestra intervención, como también analizar desde donde los estados internacionales, nacionales y locales leen la problemática. En este sentido mencionaremos aquellas que nos permiten reconocer la salud mental como un derecho humano fundamental. Cabe destacar que el sustrato del debate en torno a los derechos humanos, se enmarca en la afirmación de la dignidad como inherente a todo ser humano, el hecho de ser persona frente al Estado significa tener derechos que pueden ser reclamados y exigidos.

En el año 1990 se celebró en Caracas la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas locales de Salud” de donde surge el documento conocido como Declaración de Caracas notando “*Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;*” declaran “*Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios*”. Hacen referencia a la desmanicomialización como vía para la transformación del modelo asilar y ponen en tensión el carácter hegemónico de las instituciones.

En el año 2001 la ONU declara los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento en la atención en Salud Mental, en 2005 y a 15 años de Caracas, se sancionan los Principios de Brasilia rectores para el desarrollo de la atención en Salud Mental en las Américas, instalan el mejoramiento de la atención por medio del reemplazo del hospital psiquiátrico por alternativas comunitarias mediante derechos humanos y procesos de inclusión social.

En 2006 Argentina adhiere a la Convención internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), el cual manifiesta que la discapacidad se encuentra por fuera de la persona y en la interacción con el medio social, el cual dificulta o facilita su integración y autonomía personal. En este punto, resulta pertinente nombrar los artículos 29 referido al derecho a la participación en la vida política y pública y el artículo 30 referido al derecho a la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte, aseguran que las personas con

discapacidad puedan participar plena y efectivamente de la vida política y cultural. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: 20)

Un aspecto central de la convención son los procesos participativos a los que da lugar. No solamente se plantea la adhesión a la norma, sino además indica que el proceso de construcción del campo de la salud mental sea una construcción colectiva, socialmente compartida. La función del paradigma, en este sentido es discutir las y los nuevos sujetos de derechos que son las personas usuarias de los servicios de salud mental que incorporan la ciudadanía, estableciendo su capacidad jurídica.

El debate en torno a la salud mental, trae consigo años de discusiones, pero es a partir de la década de los años 90' donde se incluye en la agenda de gobierno en América Latina y se logra incorporar la salud mental en el terreno de los derechos humanos. Estas normas y tratados advierten el gran avance de los derechos humanos, específicamente en salud mental obligando al Estado a respetar, proteger, promover y garantizar derechos, el cual tiene obligaciones jurídicas (positivas y negativas) establecidas por los tratados de derechos humanos. Ahora bien, ¿por qué se hace necesario recuperar estas normativas? ¿Cómo impactan y configuran los escenarios de intervención?

Las normativas requieren del Estado la voluntad, capacidad y recursos de diferentes tipos para que se reflejen en políticas públicas efectivas que permitan el acceso de todos y todas al derecho en este caso de la salud mental.

Hemos observado cómo estas normativas van configurando los escenarios de intervención en tanto definen los modos de mirar y abordar esta cuestión no sólo de quienes legislan y ejecutan sino de las y los sujetos, de la sociedad en su conjunto y los profesionales dentro de las instituciones. En este sentido se establece en la Ley Nacional de salud mental que la manicomialización dejaría de estar vigente en el año 2020 para así abordar el total de los padecimientos de los usuarios de modo comunitario.

Para llevar a cabo esta premisa se requiere una complejidad de abordajes previos que erradiquen a nivel simbólico y material la lógica positivista tradicional e instaurar la libertad, la autonomía y protección. Es menester llevar a cabo acciones desde el enfoque de derechos humanos puesto que las mismas garantizan las transformaciones necesarias. El camino de las transformaciones continúa siendo un desafío, es necesario que sigamos pensando en cambios que interpelen las relaciones de poder existentes que reformulen permanentemente aquello establecido.

1.2.4 ANTECEDENTES PARA LA CONFORMACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN CÓRDOBA

Como parte de los avances en el campo de la salud mental, en el año 2007 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) presentó la investigación “Vidas Arrasadas”; informe de Derechos Humanos y Salud Mental, donde se exhiben una serie de denuncias sobre las condiciones de vida de las y los sujetos en la mayoría de los hospitales monovalentes de nuestro país. A partir de procesos nacionales e internacionales en marcha, se logra incorporar con más fuerza en la agenda pública, la discusión sobre la salud mental. Por ello, se iniciaron una serie de esfuerzos por parte de la comunidad.

En la provincia de Córdoba en el año 2008 se conforma la Mesa Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos (en adelante la MPSMYDDHH). Este colectivo se conforma por una pluralidad de profesionales y organizaciones del campo con el objetivo de dotar de contenido político el campo de la salud mental desde un enfoque de derecho. La conformación de este espacio de trabajo se constituye en puntapié inicial para comenzar la elaboración de un anteproyecto de ley de salud mental para la provincia. Este proceso se caracterizó por sus debates públicos, abiertos a la sociedad y sosteniendo los fundamentos de los derechos humanos de las personas como base indiscutible.

El proceso de instauración de una problemática, como asunto de gobierno y de agenda pública, no son instancias espontáneas o lineales, sino por el contrario es necesario llevar a cabo acciones que hagan visible los asuntos que requieren ser abordados por el Estado. En este sentido, el informe presentado por el CELS se conformó como antecedente significativo en el proceso de visibilización y denuncia sobre violaciones de DDHH en los hospitales psiquiátricos. Las acciones de los distintos sectores llevaron a cabo numerosas acciones para transformar el sector de la salud mental, lo cual se traducen en el esfuerzo y compromiso por parte de los diferentes colectivos del campo. Personas usuarias de los servicios de la salud mental y familiares, fueron quienes posibilitaron las transformaciones legales y jurídicas.

En este marco, fue que se logró el 25 de noviembre de 2010, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, reglamentada el 28 de mayo de 2013. “*Que tiene por objeto, asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.*” (Art N° 1:2).

En la provincia de Córdoba, el 28 de diciembre del año 2011, se publicó el decreto N° 1.022 que reglamenta la Ley N° 9.848 sancionada en 2010. Dicha Ley tiene por objeto, *“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 servicios adecuados, integrados y conducidos por expertos en la problemática de la salud. La atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales salud”* (Art N° 1:1).

La sanción de estas normas supone una importancia vital para el campo de la salud mental puesto que implica un cambio de paradigma en lo referido a la atención sanitaria, que lejos de asentarse como una reforma meramente de salud, funda una reforma de derechos humanos. El papel del Estado en el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento subjetivo, el consentimiento informado, las internaciones voluntarias y la necesaria intersectorialidad entre los órganos gubernamentales, como lo expresa el art 9 de la Ley Nacional. Además, cobran fuerza los debates acerca de cómo seguir desarrollando estrategias desmanicomializadora, configurando los escenarios de intervención y renovando toda crítica hacia el modelo asilar, que se traducen en la interdisciplina, la formulación de políticas públicas, los espacios de resistencia y participación entre otros.

1.3 VINCULANDO TEXTO Y CONTEXTO, LA SALUD MENTAL COMO CAMPO PROBLEMÁTICO

De este modo resulta significativo tomar el concepto de Campo Problemático desarrollado por M.R. Pagaza (2010). El campo problemático es la respuesta del interrogante sobre qué se debe intervenir y de esta perspectiva se analiza el objeto de intervención profesional.

El análisis de la intervención como campo problemático se centra en la relación contradictoria que se genera de la relación sujeto-necesidad como expresión fundamental de la cuestión social. Desde esta perspectiva podemos decir que la intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de dicha cuestión social, las cuales son las líneas que estructuran el campo problemático y que a su vez son los elementos y datos que definen la direccionalidad de dicha intervención.

Las particularidades de las contradictorias relaciones entre capital-trabajo constituyen el punto de partida, a partir de la particularidad que adquieren de acuerdo al momento histórico en el que se

inscriben, lo cual permite ver las condiciones en la que se encuentra la cuestión social y por lo tanto, su relación con el campo problemático.

Puesto esto de manifiesto, el significado del campo problemático es central, ya que es en él donde se sitúa nuestro trabajo y por lo tanto nuestra experiencia práctica, e implica, la lectura del proceso de la sociedad en la cual se genera la cuestión social que debe ser resignificada en el contexto histórico particular.

Este proceso de resignificación es el que nos permite instalar las bases sobre las cuales se definen los ejes ordenadores que constituyen el sustento de la intervención. Plantear un campo problemático, es situar la intervención en espacios donde aparecen distintas situaciones problemáticas y donde el trabajo social aborda alguna de las dimensiones de ese campo problemático.

Desde una perspectiva socio histórico y a los fines de construir una mirada crítica, integral y transformadora exponemos ejes que subyacen el carácter de esta intervención: el enfoque de Derechos Humanos con eje en la inclusión social, la participación de las y los sujetos de derechos, agentes activos en la formulación de los procesos que las y los involucran como modalidad de intervención, el papel preponderante de los movimientos sociales en la lucha por las transformaciones del sector y los aportes de la teoría crítica para una territorialización de la salud mental. Todo esto, frente al padecimiento subjetivo que genera la vulneración de Derechos Humanos.

Salud mental como proceso y como campo, permite vislumbrar la diversidad de factores que atraviesan a la problemática. Para aclarar la idea de campo, lo haremos desde los términos de Bourdieu (1988) que se refiere a este como un espacio de lucha históricamente constituido, con instituciones específicas y leyes; un sistema de posiciones y relaciones entre posiciones estructuradas a un tipo de capital específico en juego; la idea de campo, reconoce la disputa de intereses entre los diferentes actores e instituciones involucradas y orienta a delimitar la acción profesional con la finalidad de indagar el tejido social en cuestión y planificar sobre la problemática social a intervenir; Como proceso, supone la comprensión de la salud mental en su devenir dinámico; histórico y social ligado a tramas sociales y a sus diferentes componentes políticos, de conflicto, económicos y legales, versus el modelo antagónico biomédico ejecutado e instaurado por el poder psiquiátrico, que obraron en las representaciones acerca del sufrimiento psíquico que instalaron modos de ver y de actuar.

Para intervenir en el campo de la salud mental es necesario reconocer las manifestaciones de la cuestión social. Para esto nos basamos en la idea que Carballada (2006) ha denominado "*Problemáticas Sociales Complejas*", entendiendo por éstas a la multiplicidad de problemáticas

sociales que se componen tanto de características objetivas que impactan en las subjetividades de las y los sujetos, constituyendo una identidad con nuevas formas de padeceres, resultante de una tensión existente entre la integración y desintegración social. El autor reconoce algunas problemáticas sociales complejas que generan padecimiento subjetivo, como:

“(…)Las problemáticas relacionadas con la socialización y la construcción de identidad; el incremento de las dificultades de accesibilidad (económica, social e institucional); la incertidumbre con respecto a la disponibilidad de insumos; la aparición de problemáticas emergentes relacionadas con procesos de exclusión social; la no continuidad de los tratamientos; la aparición creciente de demandas relacionadas con el entrecruzamiento de las condiciones ambientales, alimentarias y de infraestructura; las nuevas formas de la violencia; todo en un nuevo escenario. En definitiva nuevas formas de demanda relacionadas con la salud mental entendida como padecimiento subjetivo” (Carballeda, 2006:2).

La idea de subjetividad que el autor señala; se aparta de un modelo biologicista y sitúa al padecimiento subjetivo como producto de las condiciones estructurales que se presentan en el ámbito de lo social de impacto directo en la reproducción cotidiana de la existencia.

1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTADO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Dentro del campo, como mencionamos anteriormente, se entrecruzan una serie de componentes. Pues aquí interesa entrecruzar el rol del Estado, la sociedad y los problemas sociales. De esta manera, planteamos el rol del Estado en ese campo y qué lugar ocupan en tales definiciones y prácticas las políticas públicas. En este sentido la política pública es *“el conjunto de las tomas de posición del Estado frente a una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil. Como tal, involucra decisiones de varias organizaciones que expresan un determinado modo de intervención, las cuales no son necesariamente unívocas, homogéneas ni permanentes.”* (Oszlak y O’Donnell; 1976: 3). El Estado es un actor central en procesos de definición, pero no es el único, esos “otros actores” de la sociedad, las personas involucradas en los procesos de definición, también son parte en el proceso de formulación de las políticas públicas y el Estado, debe asegurar su aplicación.

Por su parte, las políticas públicas, bajo el concepto de Danani (2009) las define como aquellas intervenciones sociales del Estado que impactan directamente en las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores. Así, una política pública, en un determinado modelo de Estado, y momento histórico construyen caminos o no para el ejercicio de la ciudadanía. Teniendo

en cuenta estos conceptos, interpretar el andamiaje del Estado, la dimensión ideológica que encarna, y el tipo de políticas que elabora, es posible reconocer dichos aspectos en el campo de la salud mental.

En palabras de Alberdi (2006) hablar de políticas y de representación en el espacio de lo público de la locura conlleva preguntarnos en clave de justicia social, sobre el estado de avance de los derechos humanos en salud mental y define a las políticas como:

“Conjunto de prácticas políticas y técnicas vinculadas al campo de saberes que transversalizan al campo de saberes de la psiquiatría, el psicoanálisis y el sanitarismo. En la salud mental lo que está en cuestión son los procesos y estrategias de subjetivación, así como los destinos sociales de los sujetos que padecen sufrimiento psíquico. Desde este punto de vista se torna evidente que toda discusión técnica de las formas de tratar con la locura es al mismo tiempo una reflexión política sobre las condiciones de ciudadanía de los usuarios, la institución psiquiátrica en su autonomía relativa, es decir en sus conceptos, prácticas, normas, establecimientos asistenciales, o sea, el modo instituido de tratar a los locos es extremadamente revelador de los impasses y contradicciones que atraviesan las políticas sociales.” (2006:43)

Nancy Fraser (1998) en sus reflexiones acerca del paradigma de reconocimiento dice: *“El objetivo, en su forma más verosímil, es un mundo que acepte la diferencia, en el que la integración en la mayoría o la asimilación de las normas culturales dominantes no sea ya el precio de un respeto igual”* Fraser introduce en este punto, el carácter emancipador de este paradigma que promueva y facilite un cambio cultural, posibilitando la construcción de identidades desde *abajo hacia arriba* removiendo la arena del orden socio cultural y estatal colonial establecido.

Es por esto que surge la necesidad de trabajar en el reconocimiento y la inclusión de los sectores que históricamente han sido excluidos y estigmatizados culturalmente. En este sentido, el carácter económico de las políticas destinadas a salud mental, de acuerdo a ciertos modelos de Estado en ciertos periodos, funcionales a las lógicas manicomiales, el hecho de una gran partida presupuestaria hacia la salud mental, no eliminaría per se las desigualdades existentes en el campo. En este punto es necesario aclarar que el componente económico es fundamental para la concreción de espacios alternativos a las prácticas manicomiales.

El presupuesto para salud mental es propio del proceso de transformación, pues una restricción presupuestaria anula la creación de dispositivos donde se sostengan procesos comunitarios en salud mental. El presupuesto destinado a salud mental debe- y en este aspecto su carácter debe ser irreductible- ser destinado a la concreción de espacios participativos, colectivos, comunitarios basados en la desmanicomialización, igualdad y no discriminación.

Las políticas en salud mental, por un lado, son parte del complejo conjunto de las políticas sociales que a su vez son teñidas por disputas hegemónicas en un sentido técnico, teórico y epistemológico, interesadas por definir qué rumbo político seguirán, por el otro, y al mismo tiempo son parte del conjunto de transformaciones societales, es decir de las características que adquieren las políticas sociales y el Estado en las transformaciones de la sociedad, los procesos de subjetivación y el modelo económico vigente.

Para esto es fundamental eliminar prácticas manicomiales dentro y fuera de las instituciones. En este punto la transición de los últimos tiempos, puede o bien continuar con un Estado conservador donde solo se reivindicuen los enunciados que sostienen las leyes o bien construir nuevos escenarios reflexivos y analíticos que conformen la arena de la concreción de los derechos humanos de las personas que utilizan los servicios de salud mental y trabajadores del sector.

1.5 ORGANIZACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CREACIÓN DE ESPACIOS PARA LA PARTICIPACIÓN

Ante la vulneración de derechos y frente a la ausencia del Estado, las organizaciones integradas por profesionales, por usuarias y usuarios, familiares y de la sociedad civil en general, encuentran respuestas por fuera de las instituciones donde se vuelve necesaria la organización. Por ello nos parece pertinente retomar los aportes de Acevedo (2011) quien plantea que las organizaciones pueden ser definidas como: *“espacios colectivos del ámbito estatal como público-social, que teniendo un anclaje en el territorio, tiene continuidad temporo-espacial y están destinadas a intervenir en los procesos de satisfacción de necesidades materiales que garanticen la reproducción cotidiana de la existencia, como así también de necesidades de participación y pertenencia”*. (Acevedo: 2011:29).

Sostenemos que las organizaciones son lugares claves para resolver necesidades en forma colectiva, constituyéndose a través de una red de relaciones entre las personas que lo conforman. Desde las funciones del trabajo social, es fundamental la construcción de espacios colectivos, la promoción de la participación y organización, como así también la articulación de actores sociales en el espacio comunitario y la legitimación de la organización en el espacio público, en función de incrementar el capital social a través de la promoción social en cual se intente movilizar y tensionar las fuerzas sociales, como procesos orientados en lograr la participación de un conjunto social en procesos sociales específicos. (Aquin: 2009).

Los obstáculos que se interponen en la consolidación de un modelo de enfoque de derechos, tienen que ver con los déficits que existen en las capacidades estatales y que se ven reflejados en cada punto incumplido a siete años de la sanción de la Ley Nacional y Provincial. Un Estado que implemente políticas públicas inclusivas, debe necesariamente transformar las relaciones de poder existentes, despojando prácticas donde obtienen beneficios quienes detentan el poder y centralizan la toma de decisiones y han utilizado al Estado para instaurar procesos institucionales colonizados por intereses privados.

Como respuesta es necesaria la consolidación de la apertura de un canal de diálogo donde se ponga de manifiesto el interés de los movimientos sociales, organizaciones de la sociedad civil, la perspectiva de usuarios y usuarias y sus familiares que requieren de los servicios de salud mental. En este sentido la participación activa de ciudadanos en defensa y reclamo por los derechos, constituye la respuesta para evitar la continuidad de políticas regresivas. El canal democrático entre quienes ocupan lugares dentro del Estado y se comprometen con acciones políticas a proveer los elementos estatales para la efectivización de las transformaciones desde la actuación de los actores sociales que inciden a través de capacidades transformadoras, habilita la entrada a los espacios de toma de decisiones dentro del espacio estatal, otorgando una nueva legitimidad a las políticas públicas, promovidas por aquellos ciudadanos que padecen estas institucionalidades, son quienes inician, piensan y movilizan soluciones proponiendo mejoras superadoras al modelo vigente.

La organización, simboliza el vínculo faltante entre unas gentes y el Estado, de forma en que quienes se organizan para colectivizar esfuerzos en pos de hacer audibles sus necesidades, y las respectivas problemáticas sociales de donde emergen. En los últimos cuatro años se ha ido ampliando y fortaleciendo el movimiento social en torno a los derechos de las y los sujetos con padecimiento subjetivo, materializadas en acciones que se cristalizan en instancias colectivas y públicas como la marcha por el derecho a la salud mental. Estas acciones colectivas aglutinan en cierto sentido, lo que los movimientos sociales han conseguido tras años de luchas, generar en la sociedad una visibilización de las problemáticas de la salud mental, en clave de injusticias sociales.

Desde nuestro punto de vista, la existencia de marcos normativos internacionales sintetiza las luchas por las transformaciones del sector las cuales permiten objetivizar las realidades naturalizadas e invisibilidades del campo de la salud mental. Si bien hasta no hace mucho tiempo la situación jurídica de usuarios de servicios de salud mental, se plegaba a la incapacidad como sujetos de derechos, la Ley Nacional y las Convenciones sobre las personas con discapacidad, lograron establecer capacidades jurídicas. En este sentido destacamos, una de las apuestas más significativas;

ligada al derecho a la salud consagrado en el art N°75 incisos 22 de la Constitución Nacional, incorporados a través del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales.

En el artículo se incluye: a) la atención de la salud; b) la transformación de los determinantes que condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención en una comunidad, como el saneamiento ambiental, el acceso al agua potable y la educación; c) la participación de la comunidad; d) la elaboración de un plan integral de manera participativa y transparente que responda a las prioridades nacionales. (Observatorio de prácticas en DD HH: 2011:5).

Al respecto, es necesario ubicarnos en los procesos de disputa de sentidos, y en las transformaciones en los modos de atención, en la capacidad transformadora de quienes demandan transformaciones, se organizan, participan e inciden. El rol de los profesionales, será el de poner los capitales necesarios para las transformaciones desde una intervención situada.

En palabras de Clemente (2016) el derecho a la participación constituye una forma de disputa por el poder, donde sujetos individuales se convierten en sujetos sociales con el fin de alcanzar objetivos, colectivizando estrategias que interpelan normativas vigentes con intenciones políticas de transformación de las mismas por otros con mayor adecuación de las necesidades problematizadas.

En tanto Sirvent (2011) sostiene participar “*significa incidir en las decisiones que atraviesan la vida cotidiana, articulando demandas en el espacio de lo público desplegando acciones tales como planificación, implementar y evaluar soluciones*”. (Sirvent: 2011:12). Desde nuestra perspectiva, el derecho a la participación expresa el acceso al derecho a la salud, además constituye una forma de disputa por el poder, donde sujetos individuales se convierten en sujetos sociales con el fin de colectivizar estrategias y alcanzar objetivos planteados.

Como resultado, estamos en condiciones de decir que dicho proceso de reconocimiento de derechos ha sido campo fértil que ubica a las personas con padecimiento subjetivo como personas con derechos y potencia transformadora, lo que sin duda constituye un gran avance en relación a las significaciones del campo de la salud mental.

1.6 ¿QUE PROPONEN LAS LEYES NACIONAL Y PROVINCIAL?

La Ley Nacional junto a la Ley provincial en conjunto con marcos internacionales constituyen un hito central en el reconocimiento de los derechos universales de las personas que integran el campo de la salud mental, con el objetivo puesto en lograr una política de Estado en materia de salud mental apoyado en tres ejes: enfoque de derechos, atención primaria y desmanicomialización. Este paso fundamental, demuestra lo poco que se había trabajado por los derechos humanos en este campo, como así también la lesión ocasionada en los mismos.

La existencia de una normativa, no asegura en sí misma una transformación de las prácticas que se vienen sosteniendo, se trata de entender a la ley como instrumento para la defensa de los Derechos Humanos de las personas del campo de la salud mental basada en una reforma en materia de derechos humanos, marcando un precedente en la concepción de sujeto. Por eso es imprescindible llevar adelante acciones que tiendan a fortalecer el reconocimiento de los derechos que enuncian las leyes, la participación y la toma de decisiones en el ámbito de las políticas públicas de las personas que requieren del servicio de salud mental.

Las barreras que encuentran los sujetos a la hora de acceder a los servicios de salud mental son; la falta de dispositivos alternativos a las prácticas manicomiales, la ineficaz intersectorialidad de la red de servicios existentes, el escaso presupuesto destinado a las políticas del sector, entre otras. Estos aspectos demandan una reflexión constante para lograr alcanzar los procesos de transformación que aún solicitan la ampliación de derechos. El enfoque de derechos humanos fue elaborando una red de elementos legales de protección. Si bien, el presente marco normativo, abre la posibilidad para identificar los puntos que requieren transformaciones y así avanzar en el ejercicio de la ciudadanía, implica necesariamente una reestructuración jurídica que progrese en la preservación de los derechos humanos, para esto, es necesario romper con un paradigma que asocia a la locura con la peligrosidad o incapacidad y elimine las formas de discriminación y sus manifestaciones hacia las personas con padecimientos subjetivos.

La erradicación del estigma, la superación del modelo biologicista, y un paso hacia el modelo de atención de Derechos Humanos habilita a la superación de antiguas concepciones de sujeto, por la de sujetos de derechos, logrando así la participación en la toma de decisiones de asuntos que los involucran. Articular el enfoque de derechos con el sector salud, permite instalar reformas de derechos humanos en instituciones sanitarias.

En esta misma línea, la discusión en salud mental, debe ser intersectorial, es decir que involucre a la familia, a la escuela, a los centros de salud, a los ámbitos productivos, y además debe

ser interdisciplinaria. Es decir, que las respuestas en salud mental deben ser formuladas a partir de múltiples saberes.

Desde el enfoque de Derechos se propone transformaciones en las concepciones y prácticas del campo de la salud mental, a través de marcos normativos los cuales expresan, que las personas son titulares de derechos es decir, ciudadanos activos en los procesos de demanda hacia el sector salud. Además este enfoque debe ser asumido como guía que oriente las políticas públicas. Las políticas con enfoque de Derechos deben ubicar a las personas y sus derechos en el centro del diseño de las políticas públicas, en su formulación deben abarcar los determinantes subyacentes de la salud igualdad y no discriminación. Las reformas no son sanitarias, sino de derechos humanos.

Estos instrumentos jurídicos se tornan centrales al momento de pensar la vinculación existente entre el Estado como generador de políticas públicas y la salud mental, tomando los aportes de Courtis (s/f), *“Aunque un Estado cumpla habitualmente con la satisfacción de determinadas necesidades o intereses tutelados por un derecho social (...) ningún observador podría afirmar que los beneficiados por la conducta estatal gozan de ese derecho”* Courtis (s/f: 24). Es el reconocimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establecidos en Pactos Internacionales e incorporados a la Constitución Nacional, los que no pueden ser alcanzados y garantizados sino mediante políticas y prácticas activas que aseguren su implementación.

Esto nos lleva a reflexionar en las capacidades que tienen o no los Estados para el cumplimiento de derechos, y para la construcción de una ciudadanía que abarque al conjunto de la población. Según Repetto (2003), se entenderá la capacidad estatal como *“La aptitud de las instancias de gobierno para plasmar, a través de políticas públicas, los máximos niveles posibles de valor social, dadas ciertas restricciones contextuales y según ciertas definiciones colectivas acerca de cuáles son los problemas públicos fundamentales y cuál es el valor social específico que en cada caso debiese proveer la respuesta estatal a dichos problemas”* (Citado por Burijovich J, Ase I, 2016:47).

Desde el año 2010, como sabemos rigen en Argentina las leyes de salud mental que apelan a los derechos de las y los sujetos sin condicionarlos por el padecimiento subjetivo, y que deben verse efectivizadas en los modos de abordar la demanda, sin embargo lo que se visibiliza es que aún, éstos modos continúan impregnados por el paradigma psiquiátrico-manicomial que sostiene una concepción de salud mental que impide la ruptura con lo que venimos exponiendo.

Es necesario como sociedad que continuemos generando interrogantes de por qué no hemos podido generar una respuesta superadora al modelo asilar en la salud mental, los indicios a este interrogante lo encontramos en la historia y el análisis de las políticas públicas. Entonces en este punto podemos decir que nos encontramos en un momento de transición. Es decir, los tiempos actuales son donde las lógicas manicomiales persisten aún y lo nuevo no acaba de consolidarse. Entendemos, que en este contexto, se favorecen las discusiones interdisciplinarias la participación de los sujetos y el análisis de la complejidad del campo de la salud mental.

Desde los escenarios de intervención en lo social, se desprenden los análisis teóricos para la producción de conocimientos que aporten desde la perspectiva de los derechos humanos a la transformación cultural, política, técnica, jurídica, ética y profesional del campo al que pertenecemos. Esta intervención, no es aislada, pertenece a un tiempo un espacio unas personas y un contexto, poder interpretar las instituciones de las que formamos parte en este proceso, es una tarea primordial. En el próximo capítulo compartiremos dicho análisis y reflexiones dilucidadas en el proceso de intervención pre profesional del Hospital Neuropsiquiátrico.

CAPÍTULO II NEUROCENTRISMO

2.1 SITUAR LA INTERVENCIÓN

En este apartado realizaremos un análisis del escenario donde tuvo desarrollo el proceso de intervención pre-profesional. Esta intervención se ubica en el campo de la salud mental, vinculado a un proyecto extensionista con el nombre de: “Integrados Incluidos y Diversos, Una iniciativa para territorializar el derecho a la salud mental”, (en adelante IyD) aprobado en la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Córdoba, desarrollado en el Hospital Neuropsiquiátrico. En la formulación del proyecto participaron unidades académicas de la UNC (IIFAP-Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias de la Comunicación- entre otras-) e instituciones y organizaciones extra universitarias; el Hospital Neuropsiquiátrico, Abracadabra, Confluir: Usuarios en Acción por el derecho a la salud mental, Radio Los Inestables, Casa de Convivencia, Asociación Cooperadora HNP, Área de Rehabilitación HNP y el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos.

Cabe destacar que estas instituciones y organizaciones, se encuentran nucleadas en el “Colectivo por el Derecho a la Salud Mental” quienes a partir de procesos organizativos impulsan acciones orientadas a producir modificaciones dentro del campo de la salud mental, instalando los derechos como tema fundamental y prioritario. El objetivo general de la propuesta extensionista es:

“Contribuir a la visibilización y el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias de salud mental y a modificar positivamente sus condiciones de vida y autonomía tanto a nivel material como simbólico. Además de la incidencia en los cambios al interior del Hospital Neuropsiquiátrico, se intenta avanzar en una estrategia de articulación territorial con las organizaciones sociales que forman parte del entorno hospitalario.” (Buriyovich, 2016:5).

Este análisis pretende contribuir a los procesos de transformación que vienen sucediéndose en la actual coyuntura neoliberal y que demandan renovadas visiones y reflexiones en torno a los procesos en salud mental.

Debido a que nos encontramos frente a una institución, el Hospital Neuropsiquiátrico, institución de salud público, la caracterizamos con esta definición *“Toda institución tiene una organización material (edificio) y una organización jurídica (reglamento) que produce bienes, administración de bienes y otras que no tienen que ver con la economía, éstas producen salud, como hospitales o también escuelas (...) estas instituciones se mueven por un juego permanente entre lo instituido y lo instituyente”* (Kaminsky 1994:32)

Esta visión nos permite comprender el carácter dinámico, no estático de las instituciones, puesto que se hallan en permanente movimiento y se encuentran atravesadas por un conjunto de relaciones que confluyen en un espacio. Estos movimientos son los que permiten la aparición de nuevas acciones. Las instituciones son escenarios que evidencian la relación entre fuerza instituida (lo establecido, lo normado, lo pautado, lo sancionado, hablado) y fuerzas instituyentes (prácticas-comportamientos que cuestionan lo establecido, lo hablante).

Desde esta perspectiva un acto, un suceso o acción dentro de un escenario institucional determinado, es la expresión de ideas, prácticas que tensionan lo instituido. En el escenario de intervención, los procesos que hemos acompañado en conjunto con el “Colectivo por el derecho a la salud mental”, se ocupan de interpelar las prácticas establecidas al interior del hospital, con acciones cuestionadoras del poder, instalando la discusión de la salud mental como derecho; fortaleciendo, acompañando y promoviendo la participación y protagonismo de las personas con padecimientos subjetivos que contribuyan a la visibilización y reconocimiento de derechos.

Otro aspecto que introduce Kaminsky (1990) para pensar las instituciones en tanto acto cuestionador del poder, es que además de aquello que se encuentra establecido; normas, dinámicas, actividades, etc. (lo hablado, lo instituido) las instituciones “hablan” (lo instituyente). Esta idea nos permite mirar aquellos movimientos que circulan y trascienden las dinámicas institucionales, acercándonos a la comprensión de que eso que parecía estático e inamovible aparece como ruptura de lo habitual, conformándose un lugar por parte de los “grupos sujeto” que pondrán en juego el movimiento de las instituciones. Esta instancia de lo grupal, trae consigo la noción de transversabilidad es decir lo vinculante a formas horizontales donde aparece el atravesamiento social que toda institución tiene.

A los fines de una mejor comprensión de la institución, analizaremos la dinámica al interior del HNP a partir de una serie de dimensiones que la atraviesan. Schlemenson (1998) sostiene:

“La organización constituye un sistema socio técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación.” (Schlemenson 1998:38).

Las dimensiones son: el proyecto en el que se sustenta la organización, la estructura organizativa, la integración psicosocial, las condiciones de trabajo, el sistema político y por último el contexto organizacional.

2.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

El Hospital Neuropsiquiátrico Provincial es una institución pública monovalente, dependiente de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Se encuentra ubicado en la calle León Morra 160 en el Barrio Juniors. Trabaja con exclusividad la asistencia en salud mental, orientada a una población de adultos, personas entre 18 y 60 años con cobertura universal es decir a quienes cuentan con obra social como quienes no tiene algún tipo de cobertura. El hospital trabaja en conjunto con el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción, el Centro de Rehabilitación Socio-laboral y la Casa del Joven, estas instituciones se encuentran ubicadas en la misma manzana del HNP.

Ofrece un servicio con cuatro áreas centrales de atención, la guardia, internado, consultorio externo y rehabilitación. El internado cuenta con cincuenta camas, distribuidas en dos pabellones, uno de varones y otro de mujeres, en tanto el servicio de guardia trabaja 24 horas y al momento de una internación se activa un protocolo institucional que se aplica desde su primer acercamiento a la guardia, las y los sujetos que ingresan pueden acercarse por voluntad propia, por derivación de otras instituciones o por acompañamiento de familiares. El marco legal que otorga la ley, sostiene esta propuesta

2.1.2 RESPECTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:

En tanto el equipo directivo está conformado por una directora institucional Lic. En Psicología y por un vicedirector Lic. en Enfermería, a su vez dicha estructura se organiza en departamentos y servicios: Servicio de enfermería, Servicio de Estadística, Servicio Social, Servicio de Apoyo, Departamento de Psiquiatría, Departamento de Psicología; además cuenta con el área de Investigación, Cooperadora del HNP y las personas que acuden a la institución, internados y ambulatorios; asimismo el hospital también es habitado por estudiantes de distintas disciplinas como, trabajo social, psicología, arquitectura, comunicación social realizando trabajos de investigación.

El HNP a la vez, funciona como espacio de formación profesional, dictando allí cursos de posgrado y residencias en Salud Mental. En cuanto a la estructura presunta y existente, que es aquella que los miembros perciben como real, el Área de investigación no se encuentra reconocida en el organigrama formal, siendo que esta depende de la dirección del Hospital. Se reconoce un nivel de autonomía de dicha área, ya que el espacio amplía su campo de acción, generando desde allí procesos instituyentes. Cabe destacar que las reuniones organizativas del proyecto IlyD a las que como estudiantes asistíamos, transcurrían en dicho espacio y las licenciadas del área, son referentes institucionales del HNP por su trayectoria en la construcción del enfoque de derechos en el campo de la salud mental. Esta estructura objetiva, tiene su correlato en lo subjetivo, es decir, en cómo esta estructura es percibida como un espacio fértil para la construcción de procesos alternativos a la prácticas manicomiales.

2.1.3 CONDICIONES DE TRABAJO PARA LOS PROFESIONALES DEL CAMPO DEL TRABAJO SOCIAL:

Las trabajadoras del Servicio Social, distinguen la diferencia salarial existente entre esta área y la perteneciente a los médicos psiquiatras. Esta desigualdad marca tensiones al interior de los departamentos, sin embargo el reconocimiento de la especificidad del trabajo social constituye el principal campo de lucha *“Ahí está la desigualdad digamos, hay 14 médicos 11 psicólogos y 8 T.S en este momento, ni hablar de la cuestión del pago, son otras peleas pero en esto de reconocimiento en relación que es nuestro principal bastión cuando nos quieren a nosotros sumar más actividades”*. Respecto de las oportunidades de participar, los profesionales forman parte de las capacitaciones que el HNP brinda en conjunto con la UNC, dependientes de la Facultad de Psicología, Medicina, y Ciencias Sociales.

En cuanto accesibilidad, y continuando con las tensiones inherentes al servicio social, el acceso al mismo no tiene ningún tipo de restricción, decantando en una representación social del servicio como el único espacio disponible de receptor las constantes demandas de las personas que se encuentran en situación de internación, a diferencia de los departamentos de psicología y psiquiatría. *“la única puerta que está abierta es la de servicio social, vas a otro servicio como servicio médico, directamente no tiene ni servicio, o sea tiene pero en la jefatura médica, psicología tiene el jefe en su oficina para él digamos, tienen acá lo que es un consultorio donde es lugar donde se reúnen”*.

De acuerdo a lo interpretado, podemos decir el trabajo social ocupa una posición subalterna dentro del sector salud, respecto a otras profesiones, esto puede evidenciarse desde los lugares físicos que se destinan a la profesión, hasta el número de profesionales que se consideran necesarios para el campo. Esta situación de subalternidad está fuertemente vinculada a las formas de contratación de trabajo del sistema de salud, impactando directamente en las condiciones de trabajo; en la dimensión política y por lo tanto en la dinámica institucional.

En esta situación, y de la cual el trabajo social se encuentra en desventaja; además de las formas de contratación inherentes al total del sistema, lo social al tener su objeto en las contradicciones que se producen en la sociedad, su representatividad se desdibuja en la óptica de la administración pública como, de otras disciplinas que con anterioridad pueden ubicar su objeto de intervención. Lo social es constitutivo de la reproducción de la vida cotidiana, la vida cotidiana el espacio para observar la dinámica de la sociedad, y las instituciones de salud mental deberían entonces procesar y abordar problemas sociales. En las instituciones de salud, lo social y las profesiones que lo abordan, aún se encuentra sin lugares de reconocimientos.

Como hemos visto, aún persisten estas formas que dividen a las profesiones a partir de la concentración de capitales (de prestigio, de reconocimiento) en favor de unas y en detrimento de otras. Por lo tanto requiere de mecanismos que superen los históricos esfuerzos individuales por parte de los trabajadores sociales, en la disputa por el reconocimiento de la profesión en tanto disciplina indispensable para el abordaje integral de la salud mental. En palabras de los profesionales de la institución, este continúa siendo el bastión más difícil por conquistar.

2.1.4 LA DIMENSIÓN POLÍTICA

En relación al sistema de autoridad y lo que atañe a la distribución, coordinación y toma de decisiones, las definiciones del HNP, se organizan; por un lado en las “reuniones de conducción” donde participa la dirección del HNP y la jefatura de los servicios, las definiciones que de allí surgen, son expresadas en la secretaría de Salud Mental de la provincia de Córdoba, donde vuelven a ser debatidas. Por otro lado, las reuniones de servicios, compuestas por las áreas, de psiquiatría, psicología y trabajo social, en donde se toman definiciones en relación al abordaje interdisciplinario; y por último, las reuniones de cada área específica, por ejemplo del área de servicio social, quienes ponen en común intervenciones en particular, como seguimientos de casos, visitas domiciliarias, un seguimiento por fuera de la institución. En esta dimensión, es fundamental poder observar el juego

entre lo instituido y el instituyente. La toma de decisiones, refleja la continuidad o no de las fronteras disciplinares, es decir que aportes adquieren mayor peso a la hora de tomar definiciones en las formas de abordaje y en la concreción de objetivos.

2.1.5 INTEGRACIÓN DISCIPLINAR

Identificamos tensiones interdisciplinarias entre pares, que obstaculiza la cohesión entre los contenidos específicos de cada disciplina, a la hora de consolidar el trabajo interdisciplinario e integral en el servicio de guardia, específicamente identificado en la formación de posgrado que ofrece la carrera de enfermería, donde prevalecen contenidos situados en la psiquiatría. Desconociendo en la formación, la necesaria integración de los saberes de las demás disciplinas.

2.2.6 EL CONTEXTO

El HNP se constituye como un gran receptor de las demandas de salud mental de la ciudad de Córdoba, por ser una institución pública monovalente que aborda la problemática. Respecto a la interinstitucionalidad, trabaja en articulación con diversas instituciones del ámbito de lo público y privado lo cual permite en diversas ocasiones realizar derivaciones o tratamientos en el caso de ser necesario.

El contexto político-económico, estuvo marcado por políticas de recortes neoliberales que marca un profundo cambio en la política de estado, caracterizado por la precarización laboral, el desempleo, la inflación, los recortes en políticas de salud, educación entre otros, impactando y transformando las estrategias de vida cotidianas de los sujetos. Uno de los aspectos relevante a destacar, durante el año 2017, fue el “traslado” del HNP, anunciado en la apertura de sesión del gobierno Provincial. Este proceso, interpela de manera directa al colectivo de salud mental y a los trabajadores de la institución impactando a nivel institucional y político, produciendo procesos organizativos asamblearios que dan cuenta de los desacuerdos legales y políticos en relación a la creación de nuevos hospitales monovalentes conforme a lo establecido en el Art N°27 de la Ley Nacional de Salud Mental.¹ Finalmente dicho anuncio, no fue concretado.

¹ *“Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, Neuropsiquiátrico o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se*

Otro hecho que generó malestar e implicó procesos de organización y debate entre los trabajadores del HNP y usuarios fue la reforma del decreto reglamentario de la Ley de Salud Mental, lo cual implicó un retroceso en materia de DD.HH. A partir de diferentes Organismos de DD.HH y adhesiones de grupos; Universidad y sociedad civil se logró que no se continuara con tal reforma.

El aporte del análisis institucional, que nos brinda la propuesta de Schlemenson, posibilita la revisión permanente del contexto en el cual se inscribe la intervención profesional y las posibles transformaciones, reconociendo roles, funciones y recursos con los que cuenta la institución, como así también las posibilidades y obstáculos que se presentan a la hora de determinar las líneas de acción y el modo de abordaje con los sujetos de intervención.

2.2 NEUROCENTRISMO, UNA CATEGORÍA PARA MIRAR LAS INSTITUCIONES MONOVALENTES.

Siguiendo con el análisis propuesto, nos interesa instalar el término de “Neurocentrismo”, como una categoría que alude a modos de mirar a las instituciones, instauradas en tanto artefactos de la Modernidad Colonial (Hermida 2017).

Cabe destacar que el término, fue extraído de las entrevistas realizadas a las organizaciones del ámbito público y privado que trabajan la salud mental en Córdoba, término puesto en tensión en las reuniones de organización de la 4° marcha por el derecho a la salud mental.

“Todo eso que está centralizado en esa manzana del Neuro podría venir aquí, cuando uno intenta derivar, deriva pacientes para que asistan al hospital de día, el centro de rehabilitación, bueno la casa del joven, cuesta mucho el acceso, mucha dificultad para acceder a esos servicios, porque es moverse hasta el centro, cuesta sostener una concurrencia semanal o dos o tres veces x semana”.

Dentro de un marco interpretativo, el papel de las teorías consiste en proveer de instrumentos que permitan identificar el origen de la producción de los significados. Es necesario reconocer aquello que los discursos producen y los posicionamientos epistemológicos que lo subyacen, los cuales favorecen su circulación y permanencia. Puesto que ninguna teoría es representante de la realidad, sino que éstas construyen realidades y su acceso es mediante interpretaciones; en este sentido las palabras son productoras de la realidad. Rastreando el origen moderno-colonial de las

deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos”.

instituciones y los discursos en torno a ellas, la analogía Eurocentrismo/Neurocentrismo, nos permite enunciar el carácter que adquiere en la sociedad la mirada centrista sobre las instituciones. (Hermida ob.cit).

Desde un análisis histórico, en el mundo y en Argentina se instituyeron prácticas basadas en el control social que dieron lugar a un poder disciplinar como el saber psiquiátrico, que a través de dispositivos de control (Hospitales psiquiátricos) dirigieron sus acciones y saberes hacia la normalización de los cuerpos, con generación de tratamientos afirmados en la captura de aquello que pudiera interferir en el orden social establecido conformando así, un núcleo sólido de poder que dotó a la medicina de funciones de control. Foucault (2005:17:18) advierte:

“Cierta orden, cierta disciplina, cierta regularidad aplicadas incluso en el interior mismo del cuerpo son necesarias para dos cosas. Por un lado para la constitución misma del saber médico... y en segundo lugar como condición para una observación exacta... un orden derivado de una relación no recíproca de poder, pues bien, es desde luego la instancia médica que, como verán, funciona como poder mucho antes de funcionar como saber”.

Este orden psiquiátrico que asoció al sufrimiento psíquico -través de su paradigma- con la peligrosidad, delincuencia e incapacidad tuvo la capacidad de seleccionar y diferenciar a los sujetos de una sociedad, los cuales eran destinados a castigos, acciones filantrópicas, de aislamiento, encierro y exclusión. Estas son las marcas iniciales del modo de construir realidades en torno la salud mental y que sin embargo continúan inscriptas en la fragmentación del sector salud.

El proceso de institucionalización de la locura, y la hegemonía del saber psiquiátrico, tienen una gran presencia en la trayectoria de la salud mental. Lo anormal, lo diferente, y lo peligroso fueron las denominaciones que marcaron el clima de la época y la locura era aquello que necesitaba ser apartado y corregido. Hacia el siglo XVIII, las concepciones de la época, situaron en los asilos a la locura y la marginación donde el sufrimiento psíquico continuaba siendo objeto de exclusión.

Entonces, institucionalización, hegemonía, poder, poder psiquiátrico, entre otras, conforman el conjunto de palabras productoras de la narrativa que habla acerca de la salud mental. Los discursos en torno a las instituciones psiquiátricas, trasladan de lugar a lugar estos cargamentos discursivos que generan identidades al interior de las instituciones como en la sociedad. Ahora bien, si accedemos a la realidad a través de interpretaciones, es fundamental renovar las palabras, los discursos y narrativas en torno a los fenómenos y a los escenarios de intervención.

La construcción de nuevos discursos, palabras y sentidos se vuelve una tarea obligada por parte de quienes indagamos y reflexionamos desde las teorías críticas. Resaltar el carácter potencia de lo discursivo, permite abrir una nueva mirada histórica acerca de la significación atribuida a los

procesos sociales del campo de la salud mental. El aporte de Boaventura de Sousa Santos en su trabajo de la sociología de las ausencias, habla de la “*transformación de objetos imposibles, en objetos posibles, objetos ausentes en objetos presentes*” (Sousa Santos: 2010:22), el desafío radica en la construcción desde las ausencias, es decir desde aquellos lugares que a los ojos de cánones establecidos o legitimados, es inexistente y expuesto a la incultura. Estas ideas han sido formuladas desde países centrales, con una concepción lineal del tiempo. Bajo esa perspectiva la conformación de las instituciones y saberes. Esta construcción, asume formas de clasificación social, que naturalizan las diferencias producto de un orden natural, exponiendo la incapacidad de construcción de alternativas de quienes ocupan el lugar de lo inexistente (Sousa Santos ob.cit)

Entonces el Neurocentrismo se presenta, como categoría que remite a un orden histórico con origen en la modernidad vinculado a las instituciones productoras de disciplinamientos y subjetividades. Subjetividad que resulta del tránsito por espacios institucionales que al decir del famoso francés, “vigilan y castigan”.

En tanto en instituciones de encierro y sistemas de salud, este origen moderno basado en exclusión, sustentado en un modelo médico hegemónico, ha sido y continúa siendo la principal causa del impedimento de construcción de alternativas al manicomio. El carácter centrista impide la generación de espacios donde las personas puedan acceder a servicios de salud mental desde sus comunidades, a pesar que la perspectiva comunitaria es un fundamento establecido en leyes, principios y marcos normativos nacionales e internacionales en salud mental.

Este Neurocentrismo impartido por la lógica de las políticas públicas en salud mental en la provincia de Córdoba, impide el acceso a un tratamiento capaz de construir continuidades. El carácter centrista aglutina en un solo lugar lo que podría distribuirse en las comunidades, aplicando un carácter regresivo en abordajes comunitarios ya existentes en salud mental. La persistencia de las distancias entre la comunidad y las instituciones son los obstáculos para la accesibilidad el sostenimiento y la construcción de continuidades desde una perspectiva comunitaria.

2.3 LA INTERVENCIÓN COMO IRRUPCIÓN EN LAS INSTITUCIONES

Una intervención supone producir una modificación en el curso de los hechos; implica una responsabilidad por aquello que estamos proponiendo, sobre todo cuando los involucrados son los actores sociales del escenario en cuestión. Sostenemos que la salud mental es una problemática social que encuentra sus causas en el entramado social y sus formas de organización son sostenidas por las

instituciones sociales. En este sentido, la intervención se propone construir visiones que miren aquello que está naturalizado, a fin de visualizar puntos de tensión para la construcción de relaciones en clave de justicia social *“La intervención en lo social muestra la necesidad de incorporar la cuestión política desde una visión del poder, un poder que construye y un poder que se ejerce desde ella”* (Carballeda: 2002).

Desde el proceso de intervención lo naturalizado e instalado en la institución es la persistencia de un modelo médico- manicomial el cual es legitimado por el conjunto de la sociedad, y surcan las fronteras disciplinares. De allí que nuestra propuesta está dirigida a instalar nuevos saberes desde la disciplina de trabajo social, resignificar antiguos modos de ver y los modos de producción y reproducción en las instituciones, para que intervenir sea hacer ver, derechos sociales.

Por lo anterior expuesto, es necesario revisar las formas imperantes de comprender lo social. Reconocer las barreras existentes del campo de la salud mental como la falta de reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento subjetivo, implica pensarlas como construcciones sociales históricas y culturales atravesadas por el poder que han construido visiones hegemónicas de ser y estar, por ende los lugares que ocupan los sujetos con padecimiento subjetivo en la estructura social, no son formas naturales. Esta revisión es la base para deconstruir lo dado, y el lugar desde donde nos implicamos dentro del escenario institucional. Como plantea Carballeda (2002), *“La crítica a la sociedad no implica entonces, solamente el acto de comprender sino también el gesto de liberarse de las formas injustas de dominación”*.

Siguiendo los aportes de Carballeda (2010) en la actualidad, la complejidad de las problemáticas sociales advierten la necesidad de una resignificación de saberes y nuevos debates acerca de las prácticas que intervienen en ellas. Esta complejidad da cuenta de la relevancia de reflexionar críticamente el para qué de la intervención. Una de las maneras de este pensar críticamente, surge de la mirada situada y decolonial que venimos sosteniendo en este escrito. Esta propuesta, habilita el cuestionamiento hacia las instituciones de poder dentro de las sociedades apostando a la transformación de lo “oculto”

2.4 CONSTRUCCIÓN DEL ESCENARIO MULTIACTORAL - NUEVOS ESCENARIOS

A partir del recorrido por la institución, de la participación en instancias de reuniones, debates, y entrevistas podemos afirmar que el proceso de intervención, se ubica en los procesos de construcción de escenarios, en este caso un escenario multiactoral y complejo. Como señalamos anteriormente, la dinámica entre lo instituido y lo instituyente, abre espacios para la conformación de nuevos escenarios, nuevas lecturas conceptuales, teóricas, metodológicas y políticas que irrumpen en la escena instituida. La dinámica al interior del HNP sostenida por un modelo médico hegemónico, permaneció por mucho tiempo como único sistema de interpretación y abordaje de la salud mental. Estas nuevas lecturas lograron cavilar dentro de estos sistemas, reconfigurando el paradigma y abriendo paso a la emergencia de una fuerza instituyente sustentada en el paradigma de los derechos humanos.

Cuando mencionamos escenario multiactoral complejo, hacemos referencia a un espacio atravesado de reflexiones, debates, cuestionamientos e involucramiento de una multiplicidad de actores que lo conforman (asociaciones civiles, organizaciones estudiantiles, movimientos sociales, organismos de derechos humanos, usuarios de los servicios de salud mental, profesionales del campo y afines, entre otros), con un especial interés en constituirse en un movimiento social amplio e incidir en los asuntos de agenda pública de salud mental y agenda de gobierno, poniendo a disposición estrategias y capitales. Su complejidad radica en que su constitución es un proceso compuesto por tramas emergentes, miradas contra hegemónicas, con nuevos sujetos, nuevos interrogantes, nuevas formas de comprender lo social, nuevas metodologías por lo tanto nuevas perspectivas las cuales configuran el ángulo desde donde debemos mirar.

Cuando hablamos de un movimiento social amplio, corresponde al Colectivo por el Derecho a la Salud Mental el cual viene desarrollando diversas actividades en el marco de la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento subjetivo; situándose en la intersección del campo de la salud mental, la participación y la organización, lo cual demanda la lectura de espacios ya existentes, de experiencias similares de desmanicomialización, de normativas y principios internacionales, como así también la construcción de nuevos escenarios. Siguiendo el aporte de Carballada sobre los escenarios, destaca el lugar que ocupa el actor respecto cómo juega su papel, su rol, y *“de acuerdo a cómo se desenvuelve – y no sólo del guion- van a surgir la trama y el desenlace de la obra”*. (2007:58). Esta apuesta de construcción de escenarios que implican tiempo, se nutre de debates que sedimentaron la base para la sanción de las nuevas leyes de Salud Mental a nivel

provincial y nacional que junto a marcos normativos internacionales otorgan un marco referencial desde los cuales intervenir, partiendo desde una lógica desmanicomializadora y con perspectiva de trabajo en la comunidad.

2.5 ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN INSTITUIDOS E INSTITUYENTES DEL HNP

Dentro de los procesos instituidos e instituyentes, el área de Rehabilitación, es un área que se encuentra incluida en el organigrama. Es un espacio que se ha sostenido en los últimos 30 años, con una propuesta de talleres artístico-creativos abiertos a la comunidad; y en tanto como “estructura requerida”, que hace referencia a todos los componentes que la situación amerite, se encuentra la asociación civil sin fines de lucro Abracadabra, creada para apoyar la sostenibilidad de actividades, que se desarrollan en su mayor parte con trabajo voluntario y casi sin otro aporte material ni financiero que el espacio físico; al mismo tiempo otro dispositivo con características similares es “La Rampa”, creado para la rehabilitación de las personas que se encuentran en situación de internación. Funciona además dentro del hospital la Radio “Los Inestables” que tiene como finalidad la participación colectiva del sujeto en la apropiación de la palabra y en la construcción de autonomía.

Confluir, Usuarios en Acción por el Derecho a la Salud Mental es uno de los dispositivos que nace al interior del HNP, con objetivos específicos; diálogo, encuentro, y búsqueda de alternativas, con fuerte trabajo por la plena implementación de las Leyes de salud mental. Confluir, no solo se desarrolla dentro del HNP sino que también despliega acciones fuera del mismo, fuera de los muros, con “confluir móvil” - como lo llaman las personas que participan allí- mediante acciones planificadas, organizan encuentros con instituciones del interior de Córdoba, promoviendo contenidos de la Ley Nacional de Salud Mental y actividades afines.

Este conjunto de propuestas se caracterizan por promover múltiples actividades de tipo culturales-recreativas, apostando a brindar un espacio de salud abierto a toda la comunidad para lograr una calidad de vida basadas en la dignidad, el reconocimiento y el derecho, y no solo pensar a la salud en términos de salud- enfermedad. El área de Rehabilitación también genera prácticas instituyentes a pesar de ser un espacio institucional reconocido. Estos espacios conforman los procesos instituyentes dentro de la dinámica institucional que interpelan, cuestionan y tensionan las tramas de poder que se sostienen al interior de la institución, mediante acciones planificadas.

De este movimiento, de procesos instituyentes surgen los *lugares* en los que nos insertamos, como el 2ª encuentro de usuarixs y la 4º Marcha por el derecho a la Salud Mental. En este sentido, el proyecto IlyD es una instancia más de los procesos instituyentes que tienen lugar dentro de la estructura institucional del HNP.

A partir de este análisis es posible reconocer el juego entre lo instituido y lo instituyente, en este movimiento se configuran los intersticios que posibilitan la aparición y despliegue de nuevas acciones transformadoras de aquello que demanda modificaciones. Allí, situamos nuestro proceso de intervención, en lugares instituyentes que favorezcan la visión de los derechos sociales como irrupción de lo establecido. En tal sentido consideramos relevante la realización de dicho análisis ya que son las prácticas y modos que se establecen al interior del HNP, caracterizadas por una puja constante entre el paradigma de los DDHH y el viejo paradigma de salud mental significadas por la mirada médico-hegemónica de la enfermedad.

2.6 DISPOSITIVOS HACIA LA COMUNIDAD

Hablar de dispositivo, se entenderá lo que Foucault (1991) denomina como:

“cierta manipulación de relaciones de fuerza, bien para desarrollarlas en una dirección concreta, bien para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas, etc. El dispositivo se halla pues siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno de los bornes del saber, que nacen de él pero, asimismo lo condicionan (...)”.

El dispositivo es en definitiva la red que aglutina todos estos elementos que se articulan con el fin de reunir acciones significativas. En este marco, se propone generar espacios de aprendizajes y encuentros donde se ponga en acto la voz de los sujetos con padecimiento subjetivo, de fortalecer procesos de construcción de ciudadanía y no discriminación; y de visibilizar el abandono técnico y político del estado en materia de derechos humanos. El desafío es generar procesos de organización, participación y movilización colectiva frente un Estado que se muestra con insuficiente capacidad para representar los intereses de los sectores en situación de extrema vulnerabilidad; cediendo el paso al mercado en la regulación y coordinación del quehacer público. Esta situación impulsa a la organización de los sectores subalternos, populares, a la acción colectiva. Tales procesos organizativos implican necesariamente una articulación interinstitucional y de cogestión territorial, dado que eliminaría el carácter centrista, presupuestario, institucional, disciplinar geográfico. Es por

ello que es indispensable trabajar la problemática interdisciplinaria e integralmente en pos de disminuir las barreras en el acceso y garantía de derechos.

El 2º encuentro de usuarios de salud mental, la 4º marcha por el derecho a la salud mental son los dos grandes dispositivos donde se asienta nuestra intervención; caracterizados por sus grados de organización, operando en la representación de los sujetos que, en distintos niveles, se configura a través de un interés común; el reconocimiento y el efectivo ejercicio de los derechos de ciudadanía; son motorizados por el Colectivo por el derecho a la salud mental en tanto su interés está puesto en generar instancias de encuentros y reflexión en pos de promover la participación y autonomía, como así también disputar en lo público la mirada de la salud mental integral, inclusiva y comunitaria.

A partir de la puesta en marcha del relevamiento institucional el cual se desarrollara con más extensión en el capítulo siguiente, nos propusimos indagar algunos equipos que conforman los Eac con el objetivo de conocer la dinámica de la atención de salud mental en territorio. Los EAC (equipos de atención comunitaria) tienen por objetivo responder a otro modelo de atención, dependientes de la dirección de salud mental de la provincia de Córdoba, que tiene un anclaje en los diferentes barrios de la periferia de la ciudad; su trabajo está puesto en coordinar, programar y planificar la atención de personas con problemáticas psíquicas en todo el territorio provincial. Es un equipo interdisciplinario que brinda brindar una atención integral, eficaz y eficiente, haciendo hincapié en la promoción de los aspectos psicosociales de la salud y la prevención de las enfermedades psíquicas, en pos de favorecer su reinserción en su medio social, evitando su aislamiento y la estigmatización que históricamente ha supuesto la enfermedad psíquica.

2.7 LA INTERDISCIPLINA COMO METODOLOGÍA DE TRABAJO EN SALUD MENTAL

El abordaje del Trabajo Social pone a disposición sus estrategias definidas y su respectivo instrumental teórico y metodológico; y tiende a acompañar y fortalecer la conformación de identidades y trayectorias en torno a la resistencia y lucha por los derechos humanos.

Pensar que solo el Trabajo Social tiene la receta para dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se hacen manifiestas en los diferentes espacios, no solo que resulta poco estratégico; sino que estaríamos dando paso nuevamente a una lógica positivista y liberal de la profesión.

Tenemos que ser amplios, ser generadores de procesos interdisciplinarios donde la participación este orientada a escuchar, aprender y trabajar en equipo, con el objetivo de problematizar la vida social compleja y construir intervenciones coherentes y creativas.

La interdisciplina como herramienta metodológica en salud mental tiene un potencial que irrumpe en la lógica manicomial para elevar el piso de discusión entre profesiones y dar respuesta a los padecimientos subjetivos desde una mirada crítica e innovadora, construida conjuntamente con las y los sujetos de intervención. Se conformaron además equipos interdisciplinarios para intervenir en los procesos de Salud-enfermedad-atención. En este sentido, se entiende que las decisiones y acciones desarrolladas en las intervenciones no son implementadas desde una única perspectiva, es decir la mirada médico hegemónica tradicional, sino que son el producto de la conjunción de los diferentes saberes y posiciones profesionales que hacen al equipo interdisciplinario.

Por más de un siglo el tratamiento de la salud mental giró en torno a la psiquiatría, y las diversas profesiones demandadas en este campo trabajaban acompañando la mirada biomédica. Por ende, muchos de los profesionales que ejercen su trabajo hoy, aprendieron a hacerlo desde esta perspectiva. En este sentido, se hace necesaria reinventarse, renovarse en un contexto que sugiere otro modo de abordaje. Podríamos comenzar reflexionando que otras formas de abordar la salud mental tenemos, en este caso la interdisciplina, y repensar como esta debería configurarse. Aun sabiendo que no es posible demandar un cambio inmediato, pero sí ser parte de su construcción.

(Bru: 2012:3)

2.8 ALGUNAS OBSERVACIONES PERTINENTES DE LA MIRADA INTERDISCIPLINAR DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN

En los espacios organizativos donde tuvimos una participación activa, estuvieron caracterizados por la apertura a estudiantes y profesionales de diferentes disciplinas; Trabajo Social, Comunicación Social, Psicología y Psiquiatría, por nombrar algunas.

El conflicto estuvo siempre presente en los diferentes espacios de encuentro y organización, sería ingenuo de nuestra parte sostener una mirada romántica de la interdisciplina, lejos estamos de eso. En este marco, cabe destacar en la experiencia de intervención el esfuerzo ético y político de las

diferentes profesiones en asumir el desafío de tratar la complejidad de la problemática en salud mental, de contribuir al diálogo profundo entre los diferentes saberes respetando la especificidad pero teniendo como objetivo común la construcción colectiva. Cazzaniga (2002) plantea que *si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una “mirada disciplinar” que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.*

La propuesta de salud mental que pretendemos necesita de un abordaje interdisciplinario, un método sostenido y constante que se involucre en el amplio campo de la salud mental; es decir, una metodología de trabajo que resuelva las dificultades de y con los sujetos de manera colectiva, inclusiva e integral.

2.9 LAS Y LOS SUJETOS EN ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN

El análisis institucional, la construcción de escenarios, adquieren valor solo si son pensados desde la perspectiva de las y los agentes. Así como cada instancia reflexiva que venimos desarrollando conlleva una construcción teórica, situar los agentes del campo de la salud mental, también. Como equipo partimos de la categoría de sujeto desde la perspectiva de las singularidades. Recuperando los aporte de Cazzaniga Desde este punto de vista pensar en la singularidad es pensar en lo instituyente de cada sujeto, es decir sujetos con potencialidades productores de la historia. A la vez, es necesario comprenderlo desde aspectos universales, en tanto seres humanos con derechos y junto a ello, en su dimensión particular, esto es la comprensión en tanto condiciones sociales de existencia, historia particular, modos de vida. De esta forma, la categoría “sujeto” es pensada en términos de derechos y en términos particulares de la existencia, actuales e históricas, de intereses y deseos expresados en lo singular.

En relación al abordaje del HNP, y en lo que atañe a las y los sujetos que demandan los servicios, otro aparte para seguir construyendo la categoría de sujeto, siguiendo a Carballada (2008) está vinculado a un componente que aparece en la cultura institucional de las instituciones monovalentes, y que tiene que ver con ese “otro”, que muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado. Irrumpe en

este contexto ese “*sujeto inesperado*” constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social, dentro de una sociedad fragmentada que transforma sus derechos subjetivos en una manera de opresión que se expresa en biografías donde sobresalen los derechos vulnerados.

El concepto evidencia cómo las y los sujetos usuarios de los servicios de salud mental, conviven con el estigma de la locura, arrastrado durante años en el seno de la sociedad. Estas formas de nominar al “otro” se consolidan en las instituciones a través de los abordajes que ofrecen, por la ausencia del abordaje intersectorial y la escasez de los espacios de participación para el fortalecimiento de la toma de decisiones en el diseño de las políticas públicas.

Siguiendo a Foucault, M (1961) estas concepciones están *“conformadas por prácticas institucionales, procesos socio-económicos y formas de discurso, de cuya confluencia surge la figura cultural de la enfermedad mental, de las prácticas sociales y discursos que han constituido las condiciones de posibilidad de las diferentes formas de subjetividad desde las que se ha entendido la locura”*.

A partir de la propuesta decolonial, sostenemos que cualquier conceptualización que se haga de sujeto suscribe a una teoría, ideología e intencionalidad. Nuestra intención se dirige a una construcción teórica de sujeto que haga eco del carácter relacional entre procesos históricos-particulares de las personas y las estructuras de una sociedad. Esta propuesta permite desandar el carácter hegemónico y binario en torno a la conceptualización de las y los sujetos, presentes en las instituciones y en la sociedad.

Es necesaria la reflexión permanente acerca de que es el poder y su injerencia en las y los sujetos. La objetivación de los sujetos en tanto “prácticas divisorias” que en salud mental, se vinculan con formas binarias antagónicas, como por ejemplo loco-cuerdo/ locura-razón. Si bien nombramos al poder, el análisis es acerca de las y los sujetos, la imbricación del poder en la constitución de las subjetividades en el Estado moderno en vinculación con las instituciones de salud mental. Aislamiento, exclusión, peligrosidad, enfermedad han sido las concepciones y prácticas que han acompañado la locura a lo largo de la historia, desandar estos significados nos permite encontrar puntos de continuidad que requieren de transformaciones, puesto que la historia ha demostrado su ineficacia.

Trabajo social es una profesión en tanto presencia de otro/s, por lo tanto las representaciones sociales vigentes en torno a las y los sujetos que demandan servicios, están presentes e inciden en los procesos de intervención. Los modos de definir y nombrar a los sujetos, es un aspecto central de la actividad profesional.

En primera instancia, como sujetos estamos atravesados por dimensiones, económicas, políticas, sociales vinculados a los procesos macro sociales, el contexto, la política y la cultura,

forman parte de la configuración y desarrollo de la vida cotidiana. En relación a los procesos micro, estas dimensiones se imbrican con tránsito por instituciones como de otros espacios y lugares de la reproducción cotidiana de la existencia. A la vez, recuperamos los aporte de Bourdieu, citado en (Acevedo 2007) quien sostiene “*un sujeto no se define solamente por sus condiciones objetivas, sino también, y fundamentalmente, por lo que ha llamado hábitos, o disposiciones, o lo social hecho cuerpo, esto es, una estructura estructurada de las condiciones objetivas y estructurantes de percepciones, pensamiento y acción.*” es decir, un sentido práctico de acción y decisión, de acuerdo al lugar que ocupan en la estructura social y el tipo de capital que tienen en su poder.

Estas figuras culturales de las que habla Foucault, estos aspectos desde donde se ha entendido la locura, han contribuido al estigma y permanencia de lugares de aislamiento. Si bien en la actualidad existen experiencias y hechos que demuestran los intentos de transformaciones en las concepciones a través de la cultura, a través de marcos legales y políticos para las intervenciones del campo de la salud mental, también es cierto que existen continuidades de los sistemas manicomiales son cristalizadas en la existencia de las instituciones de salud mental y por lo tanto en la ausencia de dispositivos alternativos o más grave aún , en la invisibilización y desfinanciamiento de los existentes Estas continuidades están vinculadas a; que el derecho al acceso al acceso a los servicios de salud mental permanece sin garantizarse, impactando de manera directa en la vida cotidiana de los sujetos usuarios de estos servicios.

La intervención que llevamos adelante estuvo marcada por procesos de organización de personas usuarias de servicios de salud mental del HNP que reclamaban al Estado y al conjunto de la sociedad, la efectivización de la Ley Nacional de Salud Mental, el cierre del manicomio, políticas públicas integrales que garanticen el derecho a la salud mental, la existencia de espacios de participación donde trabajar el fortalecimiento de la toma de decisiones y la efectiva actuación e incidencia en los procesos de definiciones en asuntos que los involucran. Para esto, tanto la puesta en marcha de los dispositivos de los que formamos parte, como las instancias de reuniones organizativas para sus diseños, se configuraron como aquellos *lugares* instituyentes generados por parte del colectivo por el derecho a la salud mental, del cual resulta importante destacar, incluyen como eje primordial la participación activa de las y los usuarios de servicios de salud mental del HNP que forman parte de las organizaciones de usuarios en acción por el derecho a la salud mental de esa institución.

En estos *lugares*, fueron espacios fértiles para problematizar los obstáculos instituidos a la hora de hacer efectivos los derechos de las personas con padecimiento subjetivo, desde la perspectiva de quienes transitan día a día la vulneración de los derechos.

La importancia de la existencia de estos *lugares* creados desde la perspectiva del actor gestados desde procesos colectivos, basados en la organización como estrategia para la participación de los actores, son fundamentales para continuar construyendo alternativas que cuestionen el poder, que logran desterrar las lógicas manicomiales aun cuando las instituciones monovalentes dejen de existir. Por otro lado, son fundamentales también por que buscan torcer concepciones de un modelo hegemónico manicomial de abordaje reduccionista del padecimiento subjetivo que decantan en la estigmatización social e institucional de las y los usuarios de estos servicios.

Resulta importante destacar, estos *lugares* que hemos mencionado en este escrito, recuperado de los aportes de Arias. A. y Sierra. N (2018) en su texto “*Construcción de accesibilidad en las instituciones*”, las autoras mencionan el acceso a un *lugar* como la creación de un espacio donde se hagan efectivos los derechos sociales, remite a la idea de existencia y construcción. Para esto es necesario construir espacios donde sea reconocido lo común, lo que tantas veces aparece como negado o ausente. Señalan la construcción de *acceso a lugares* debe estar dada en tanto la experiencia sea con y sobre otros, es decir pensando a la accesibilidad como lugares “*en encuentro pero con desigualdad en poder. Las instituciones habilitan y regulan los ingresos a un encuentro entre sujetos en donde la diferencia de poder coloca a los trabajadores en un lugar diferencial, lejos de ser estos los únicos con poder*” (Arias; Sierra 2018:106). Todo esto, son elementos que han sido visibilizados en el análisis institucional.

2.10 LOS SUJETOS DE LAS INSTITUCIONES O DE INSTITUCIONES QUE SUJETAN

Desde la experiencia de intervención, y a partir de las entrevistas y charlas con las y los sujetos que integran el colectivo por el derecho a la salud mental, fueron surgiendo algunos interrogantes, entre ellos; ¿Cómo nombramos a los actores del campo de la salud mental? otro; ¿Cómo se dan los procesos de participación de los agentes en este campo? ¿Existen? y en el caso de su existencia; ¿Qué modificaciones y qué continuidades observamos? En primer lugar partimos de la definición de algunos conceptos.

De acuerdo al carácter polisémico de la categoría sujeto interesa resaltar la noción de *agentes y actores* construida por diferentes autores. Desde la perspectiva sociológica, los *agentes*, como Bourdieu. P ha empeñado su término, remite a quienes desarrollan sus prácticas de acuerdo a los capitales que tienen disponibles y a la posición que ocupan dentro de una estructura, y actores a quienes en su doble dimensión de agente y actor, aunque insertos en relaciones asimétricas de poder, ejercitar la autonomía en los procesos de toma de decisión, desplegando acciones innovadoras, creativas y emancipatorias.

Las personas que formaron parte del escenario de intervención, además de haber transitado procesos de internación, se caracterizan por estas particularidades; la toma de decisiones emancipatorias en una estructura de poder, de acuerdo a capitales y posición.

Desde una mirada epistemológica, siguiendo lo que nos aporta Hacking (2001), quién parte su análisis desde la tensión de lo real y lo socialmente construido, donde plantea que la “enfermedad mental” tiene una doble contraposición en los que consideran que es un trastorno neurológico, bioquímico, genético y los que sostienen que es una enfermedad construida socialmente; atravesadas por procesos históricos y que van cambiando con el tiempo. Explicado esto, tomaremos las clases interactivas que propone el autor para sumar al análisis de la concepción de las y los sujetos. Por clases interactivas se entiende “*son clases que pueden interactuar con lo que se clasifica, tal clasificación puede ser modificada o reemplazada. Son clasificaciones que cuando son conocidas por las personas o por quienes están a su alrededor y usadas en instituciones cambian las formas en que los individuos tienen experiencia de sí misma. La conducta de las personas cambian a partir de esa clasificación*”. (Hacking.2001:167). Esta idea permite introducir la concepción de sujeto y responder una de las preguntas iniciales ¿Cómo nombramos a los actores del campo de la salud mental?; el efecto que tiene la clasificación en el objeto clasificado estará relacionado netamente con las instituciones y los equipos interdisciplinarios que trabajan con esas “clases”. Con esto decimos que las formas de clasificar en las instituciones tiene efectos directo sobre los individuos clasificados, pero que los individuos/ sujetos (por su capacidad de agencia) pueden cambiar o reemplazar dicha clasificación.

Es decir, las variables hegemonía, exclusión, ausencias están presentes en la intervención y se encuentran íntimamente ligadas a la trayectoria y al contexto de la salud mental. La propuesta de trabajo, surge a partir de variables expuestas por los agentes y se ocupó en la construcción de *lugares* donde ese “otro” fuese visto como como agente y su respectiva capacidad de agencia.

Esto quiere decir, que cuando el agente quiere decidir, incidir en los asuntos que lo involucran, dichas propuestas deben constituir el verdadero eje de construcción de las estrategias de intervención, y que los recursos profesionales potencien aquello que se está diciendo, de lo contrario toda construcción teórica y práctica de la otredad, estará basada en la violencia que profundiza un pensamiento colonial, según Arias, A (2016) se trata de *“reconocer al otro con posibilidad de voz, con posibilidad de verdad y no sólo como una expresión deteriorada –en tanto víctima en este caso de falta de conciencia. Se trata de pensar que también hay un sentido “otro””*. (Arias, A 2016:36).

Desde nuestra intervención, el desafío emerge desde y alrededor de la problemática, la vulneración de derechos. La cual no se reduce a un enfrentamiento hacia quienes vulneran esos derechos, sino que instala esfuerzos y capitales en la construcción de *lugares* donde las ausencias se vuelven visibles y audibles los silencios. Es por esto que sostenemos que la existencia de instituciones psiquiátricas, lejos de generar procesos en clave liberadora, *sujetan* sujetos cuando las voces que circulan se escuchan desde un lugar de deterioro y no desde el acompañamiento y el cuidado (Arias 2016).

En continuación con el planteo de Arias, A (ob. cit) y de los *lugares* que ocupan los otros, el instrumental metodológico, debe ser reorientado a la respuesta de las demandas, las cuales suponen una posición subjetiva. La subjetividad demandante, es un modo de estar en las instituciones y lo vincula directamente con las responsabilidades, implica invertir lo que ella denomina *“fugas”* Cantarelli (s/f: 18). Desde nuestra perspectiva, las demandas planteadas desde este lugar, suponen un carácter pasivo de las y los actores involucrados en los procesos de demandas, desligada de un deber o acciones que pongan en marcha las potencialidades de los agentes. Cantarelli (s/f) define

“Cuando se trata de sostener una mala situación, la subjetividad demandante no puede simplemente retirarse o abandonar su responsabilidad. Para poder hacer tal cosa de modo – imaginariamente- legítimo, apela a un artificio que la aleja de todo aquello que no sea su pretendido derecho. Esta “máquina” o compulsión práctica, que permite al sujeto creerse eximido de su responsabilidad, se denomina fuga. Fuga es, entonces, lo que nos permite escapar de nuestra responsabilidad y sufrir lo menos posible por ello.”

Propone clasificaciones de las cuales extraemos dos de ellas, la *Historización* y la *Articulación* son importantes para tener una lectura adecuada del pasado y construir un presente y para la construcción de dispositivos que articulen puntos en común. Todo esto se vuelve necesario para la construcción de las estrategias intervención que construyan el presente y las demandas.

CAPÍTULO III LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

3.1 CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN

“Que se escuche nuestro canto, por la dignidad estamos luchando”

* Colectivo organizador de la 4º marcha por el derecho a la salud mental.

En este capítulo daremos cuenta de nuestra experiencia de intervención pre-profesional, la cual se inició en el año 2016 y continuó en 2017. Para el análisis del mismo describiremos el momento de inserción, se expondrán los primeros pasos en los recorridos por el campo de la salud mental, la definición de objeto de intervención y las estrategias diseñadas para la intervención.

3.1.1 INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

Como hemos mencionado en otra oportunidad, nuestra experiencia de intervención pre-profesional no solo tiene incidencia en lo social sino también, incorpora una lógica de indagación para comprender y transformar los procesos sociales en el campo de la salud mental; no podemos darnos el lujo de intervenir desde el sentido común sino, “*deconstruir miradas*” que tiendan a resignificar la lucha por el derecho a la salud mental.

Para adentrarnos en la intervención desde el trabajo social, consideramos pertinente destacar el concepto de Hermida (2017)

“La intervención profesional tiene al menos tres campos (investigación, formación, intervención en lo social) que son diferentes y cuya interconexión debemos profundizar; y que el sujeto que ejerce la intervención profesional es histórico, diverso y colectivo, y no solo una suma de individualidades que hace lo que le place. La intervención profesional profundizará sus logros y el alcance de sus metas en tanto profundicemos nuestros proyectos profesionales y nuestras estrategias políticas de articulación al interior de nuestro propio colectivo y en el trazado de redes que potencien las luchas populares e institucionales por la defensa de los Derechos”. (Hermida: 2018:4)

Para intervenir en el espacio social, es necesario tener en cuenta que la intervención supone una direccionalidad específica signada por la demanda y fundada a partir de ella. Las demandas pueden provenir tanto de las y los sujetos que acuden a las instituciones y organizaciones, de las instituciones, de la agenda de políticas públicas, los medios de comunicación, etc.; es decir, de los problemas que cada sociedad construye y que las y los sujetos sociales a través de su apropiación y significación convierten en demandas. Carballada (2012)

Sin lugar a dudas, es pertinente construir la demanda junto a las y los sujetos de la intervención, identificando intereses, preocupaciones, interrogantes y necesidades de los actores involucrados; en palabras de (Arias et al, 2013), *la demanda funda la intervención, en la que se habilita la acción de trabajo, a partir de un acuerdo inicial, que el sujeto-individual, colectivo, grupal o institucional- acepta.* (Arias: 68:2013)

Entonces, intervenir en trabajo social, supone la puesta en marcha de un instrumento metodológico, técnico y teórico, es decir un conjunto de mediaciones que otorgan sentido a la construcción de la intervención. Fernández Soto (2004) habla de *“la comprensión de la práctica profesional nos exige a las respuestas a las preguntas sobre qué, para qué, cómo, con quienes, cuando, donde, porque se caracteriza dicha práctica”*. (Fernández Soto: 2004:100)

3.1.2 PRIMERA APROXIMACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE ACTORES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Inicialmente la intervención pre-profesional estuvo ligada al proyecto “Integrados Incluidos y Diversos” coordinado por el Colectivo por el Derecho a la Salud Mental; unidades académicas de la UNC y organizaciones e instituciones de la Provincia de Córdoba. La decisión de nuestro equipo de vincularnos con el proyecto IlyD estuvo directamente relacionado al contenido específico del mismo. Consideramos, que dicho proyecto viabiliza nuestro primer acercamiento al campo de la salud mental en dos sentidos, por un lado, el vínculo con las y los diferentes actores del proyecto y del espacio social en general, y por otro, a los marcos normativos, conceptos y categorías que dan fundamento a la situación actual que se encuentra la Salud Mental a nivel nacional y en la ciudad de Córdoba en particular. Cabe destacar que las y los actores que integran el proyecto IlyD sostienen cotidianamente en diferentes espacios actividades comunitarias relacionadas a la problemática en salud mental.

3.1.3 ENCUENTROS Y ACUERDOS DE INTERVENCIÓN

A fines del año 2016, concretamos la primera reunión con la directora del proyecto IyD que se dio lugar en la sede del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP) intercambiamos visiones en relación a la temática, se acordaron los días y posibles espacios para comenzar la práctica el siguiente año.

Es pertinente retomar dos actividades que consideramos parte de la inserción y reconocimientos de actores del espacio a intervenir: Participación en la feria de la salud “La salud como derecho” que tuvo lugar en la plaza Alberdi de barrio General Paz; y la actividad realizada en el marco del 24 de marzo con el lema “La salud mental contra el terrorismo de estado” llevada a cabo en el paseo de las y los trabajadores de la salud mental.

En abril de 2017, tuvimos un segundo encuentro en el área de investigación del HNP con integrantes del Colectivo por el derecho a la Salud Mental, el HNP, la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC y la directora del proyecto IyD, donde conjuntamente acordamos un convenio y construimos la demanda inicial: acompañar en la organización de espacios participativos, como el II encuentro de usuarias y usuarios por el derecho a la salud mental y la IV marcha por el derecho a la salud mental.

3.1.4 OBJETO DEL TRABAJO SOCIAL EN LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN

En este apartado tomaremos el aporte teórico de Margarita Rozas Pagaza (1998) quien afirma

“Que la determinación del objeto de intervención no es una construcción puramente racional o un producto de cierto ordenamiento empírico, en contraposición, entendemos esa construcción como un proceso teórico-práctico en el sentido que toda intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que le permite recrear dichos conceptos en la realidad social” (1998:59) y por otro lado agrega *“El objeto de intervención como campo*

problemático no aparece de inmediato en la realidad, es una construcción del pensamiento basado en datos que aportan a la comprensión de la relación sujeto-necesidad" (Rozas Pagaza:1998:61).

Es necesario delimitar qué recorte de la realidad social es susceptible de ser transformado por la intervención, el cual es más reducido que el objeto de análisis. Este último comprende las dimensiones más amplias del objeto de intervención, dimensiones que incluyen la relación entre la cuestión social y la manifestación de los problemas (Coraggio: 2004). Durante el proceso de actuación en el campo problemático reconocimos dificultades que se encuentran dentro del orden material y no material que nombramos de la siguiente manera:

- La efectiva aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental N° 9.848.
- El encierro en instituciones psiquiátricas como respuestas a los tratamientos de Salud Mental.
- La falta de espacios de participación de las personas usuarias en el diseño de políticas públicas.
- La falta de dispositivos alternativos en la comunidad que sustituyan el sistema manicomial
- La insuficiente capacidad instalada de atención en salud mental, tanto en el ámbito comunitario como en los hospitales generales, que pueda sostener el proceso terapéutico fuera del hospital monovalente.

En este sentido abordamos las necesidades que no pueden ser resueltas individualmente que requieren de participación y organización de las y los actores para su resolución. Entendiendo esto, delimitamos que el objeto de intervención de nuestra práctica tiende a *“Promover mecanismos de accesibilidad en pos de fortalecer aquellos procesos de participación de salud mental en comunidad, impulsada mediante el Colectivo por el Derecho a la Salud Mental frente al padecimiento subjetivo producido por la vulneración de derechos en las instituciones psiquiátricas de la ciudad de Córdoba”*.

Para Adriana Clemente (2016), la participación refiere a *la intervención de la sociedad en políticas públicas de bienestar, e incide así en la orientación de la acción del Estado, lo que fundamenta el contenido político. Los procesos de participación constituyen, en sí mismos, formas de disputa por el poder. Además define la participación social como “la prosecución de un interés que hace que los sujetos individuales actúen como sujetos sociales y colectivicen sus estrategias para*

alcanzar sus objetivos”. Dentro de esta perspectiva, la autora agrega que los actores participan por diversas motivaciones en función del acceso a recursos estratégicos, de mediano y largo plazo entonces; participación por “**representar**” *se apoya en intereses comunes y su delegación en personas que son mandatadas en consenso por sus pares. Son formas de asociación entre pares que, con diferentes objetivos, guardan en común el principio de colectivizar los resultados de la participación. Esta participación tiende a institucionalizarse para acumular fuerza y mayor representación. Estas articulaciones se generan a partir de intereses sectoriales (trabajo, salud, vivienda) y también por proximidad territorial*”. (Clemente: 2016:126).

A partir de esta construcción del objeto, es importante recuperar la trayectoria de las y los sujetos e identificar el carácter político de la participación lo que habilita a incluirla en el diseño y ejecución de la estrategia de intervención.

3.1.5 EL PROCESO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La estrategia de intervención es “*Un conjunto teórico-metodológico que opera como una matriz orientadora de la actuación profesional, así como de su análisis*” (González, 2001). Definir o planificar estrategias implica una combinación de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos cuya peculiaridad va a estar dada por la manera específica en que se articulan el marco de referencia y los objetivos con las características de los agentes y sus condiciones sociales, como así también por la situación macro social. Entonces decimos que las estrategias de intervención operan como un conjunto de prácticas profesionales conscientemente dirigidas a resolver situaciones problemáticas de los agentes sociales en la reproducción de su existencia.

Asimismo, la intervención estará dirigida en diseñar estrategias que contemplen las dimensiones organizativas como educativas, acciones tendientes al ejercicio de la ciudadanía, construcción de identidades y participación en espacios sociales más amplios con anclaje comunitario. Por tanto, cuando hablamos de la dimensión organizativa, referiremos a promover las relaciones de intercambio y ayuda mutua y a fomentar la participación e inclusión en organizaciones comunitarias, vecinales más amplias; y en cuanto a la dimensión educativa contempla el capital cultural y simbólico, aportando información como así también otros contenidos ya sea en el plano de la prevención o en la creación de nuevos satisfactores a través de la autogestión. Pensar en estrategias

exige especificar líneas de acción que se desprendan de los objetivos generales y específicos, es por esto que precisamos:

OBJETIVO GENERAL:

- Fortalecer mediante capitales organizacionales y educativos procesos de participación social que contribuyan a la visibilización y reconocimiento de los derechos de las personas usuarias de Salud Mental en la Provincia de Córdoba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Acompañar instancias de encuentros entre los distintos dispositivos de salud mental de la ciudad de Córdoba
- Fortalecer articulaciones interinstitucionales entre los dispositivos existentes en la ciudad de Córdoba
- Fortalecer la interdisciplinariedad como metodología de trabajo en salud mental
- Conocer la misión y visión institucional de los dispositivos públicos y privados alternativos al HNP que trabajan la salud mental mediante técnicas de recolección de datos.
- Contribuir mediante la difusión comunicativa, las acciones pertinentes a la 4ª marcha por el derecho a la salud mental.

A partir de los objetivos planteados nos propusimos cuatro líneas de acción que se desplegaron a lo largo del proceso de intervención.

LÍNEAS DE ACCIÓN

Según Rodríguez (s/f) Las líneas de acción se orientan al qué y al cómo de la intervención y explicitan las actividades que nos proponemos llevar a cabo; se constituyen un eje principal en la construcción de las estrategias de intervención, ya que a su vez comprenden y describen los principales lineamientos. Nuestras líneas de acción se desprenden de los objetivos propuestos.

- Organizar junto al colectivo por el derecho a la salud mental el II encuentro de usuarios y familiares por el derecho a la Salud Mental en la Ciudad de Córdoba.
- La construcción de un instrumento de carácter exploratorio.
- Organizar la 4ta marcha por el derecho a la salud mental en la provincia de Córdoba.

PROCEDIMIENTO Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Siguiendo a Acevedo (2007), los procedimientos son tácticas, medios y habilidades puestas en juego en una estrategia. Si bien la estrategia refleja la comprensión y respuesta al problema que se quiere abordar, los procedimientos establecen los aspectos operativos e instrumentales de esa respuesta. Son parte constitutiva (pero solo una parte) de las estrategias.

Desde los aportes de González Cristina (2001), entendemos que las funciones y procedimientos de la profesión posibilitan desarrollar una intervención fundada, que consiste en una acción planificada, coordinada y ordenada que nos permitirá la modificación o redefinición de ciertos problemas sociales a los que nos enfrentamos. A partir de las funciones que desempeñan y de los procedimientos puestos en práctica, los trabajadores sociales hacen posible la implementación del plan de trabajo en un ámbito y/o contexto particular.

En este sentido la intervención sienta sus bases y el despliegue de sus acciones, en 2 grandes momentos:

- El 2º encuentro de usuarias y usuarios de salud mental y la 4º marcha por el derecho a la salud mental.

Para desarrollar las acciones antes descritas fue necesario emplear diferentes instrumentos y técnicas que posibilitaron la lectura, comprensión y análisis del escenario, contextos y sujetos con los que intervenimos.

Acevedo (2007) plantea que las técnicas son herramientas que permiten un mejor desarrollo de la estrategia y la pertinencia de su aplicación depende de los actores que intervienen en el proceso y los objetivos propuestos. Como parte de nuestro cuerpo instrumental utilizamos la observación, la entrevistas a diferentes instituciones/ organizaciones del campo de la salud mental y a actores considerados claves en el proceso. Podemos decir que la observación estuvo presente en todas las instancias de la intervención; en la organización y desarrollo de reuniones y cada instancia compartida con los sujetos.

DESARROLLO DE LAS ACCIONES PLANTEADAS

En el año 2017, en el mes de mayo iniciaron las primeras reuniones en el HNP para organizar el 2º encuentro de usuarixs y familiares de salud mental, donde tuvimos una participación en la organización de las actividades. Se trabajó desde la dimensión organizativa, con una mirada integral, inclusiva, interdisciplinaria e intersectorial.

1º MOMENTO DE DISEÑO Y PLANIFICACIÓN

La instancia estuvo coordinada por el colectivo organizador del encuentro con el objetivo de construir participativamente un agenda en salud mental desde la perspectiva de usuarixs y familiares.

El encuentro se organizó en tres momentos. Las instancias organizativas estuvieron compuestas por estudiantes, profesionales, organizaciones e instituciones y personas de los servicios de salud mental. A partir de la primera reunión se acordó tener una reunión semanal. En un segundo momento se desarrollaron reuniones, donde se acordó democráticamente la realización de actividades que mediante herramientas lúdicas, pudieran abordar la salud mental vinculada con distintos reclamos de vulneración de derechos como hábitat, género, salud, educación, trabajo, ambiente y vivienda. Siguiendo con la propuesta de González (2017) ubicamos la dimensión educativa a partir de aportar información y/o contenido a la producción de los juegos. Como equipo llevamos a la práctica la tarea de tender puentes comunicativos entre el colectivo por el derecho a la salud mental hacia otros espacios de la sociedad. Dicha tarea, se mantuvo a lo largo de la intervención, como proceso instituyente comunicativo. Como estudiantes de la UNC, nos ocupamos de que conformar un canal comunicativo, entre la Facultad de Ciencias Sociales y aquellos grupos de estudiantes que estuvieran vinculados al campo de salud mental, con el Consejo Directivo de la Facultad y el Seminario de Salud Mental, Organizaciones y Derechos Humanos. El propósito de tal acción fue la de hacer parte a la comunidad académica de los procesos de participación impulsados por los actores del campo de la salud mental.

Desde lo operativo, formamos parte de la producción de materiales para la realización de los juegos. Durante la etapa de ejecución, la participación que llevamos adelante en el encuentro se centralizó en registrar las acciones bajo la metodología propuesta por el autor Borges (2004) “Etnografía de eventos” a partir de “la observación participante”. El fin de este instrumento fue la producción de un material denso, enriquecido por la perspectiva etnográfica, para lograr una mejor comprensión del problema desde la perspectiva de las y los actores, que se constituya en insumo para

posteriores encuentros. Y por último, se realizaron reuniones de evaluación, en el marco de la mesa organizadora antes mencionada.

A partir de las reflexiones arribadas en las instancias evaluativas del encuentro, surge la demanda de realizar un relevamiento institucional. Desde nuestra perspectiva, identificamos esta instancia como un momento “bisagra” tanto para contar con un registro profundo sobre las instituciones que abordan la salud mental en la ciudad de Córdoba, como para la generación de procesos de encuentro entre las mismas, que permitiese encontrar la posibilidad de realizar un trabajo en red de actividades de corto y largo plazo, y fundamentalmente la de instituir esta actividad como una de las acciones orientada a unir las dos actividades que llevan adelante el colectivo por el derecho a la salud mental y los usuarios en acción por el derecho a la salud mental, es decir una especie de “nexo” que otorgue sentido de integralidad entre las distintas actividades. Dichos procesos enmarcados en la dimensión organizativa, con el objetivo de favorecer relaciones de intercambio y en la inclusión en relaciones sociales más amplias, en consonancia de considerar a la salud mental en la comunidad.

2º MOMENTO DE DISEÑO Y PLANIFICACIÓN: RELEVAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES QUE FORMARON PARTE DEL 2º ENCUENTRO DE USUARIOS

Posterior al encuentro indagamos aquellos dispositivos de salud mental tanto públicos y privados alternativos al HNP, para esta acción, definimos criterios que nos permitieron organizar el relevamiento de la información. Uno de los criterios fue, entrevistar aquellos espacios que formaron parte del 2º encuentro de usuarios, el otro consistió en relevar información de dos Equipos de Atención Comunitaria (en adelante EAC) de la provincia de Córdoba.

El objetivo fue conocer las experiencias que cotidianamente llevan a cabo las distintas instituciones, identificando prácticas en su territorio y su relación con espacios de abordaje comunitarios, como así también profundizar vínculos existentes e incipientes de los espacios que hoy abordan la salud mental en la ciudad de Córdoba, a los fines de fortalecer y promover los canales comunicativos antes mencionados. Tal propuesta se materializó a partir de la construcción de un instrumento de carácter exploratorio llamado, “*Relevamiento comunitario*”. Como herramienta se utilizó la entrevista en profundidad; Guber, R (2001) hace referencia a dos grandes momentos: de apertura y focalización y de profundización; en el primero, el investigador debe descubrir las

preguntas relevantes; en el segundo, implementar preguntas más incisivas de ampliación y sistematización de esas relevancias.

Para la realización de las entrevistas, tomamos como fuente documental la “ficha de registro de instituciones” que se utilizó durante el 2º encuentro de usuarixs, a fin de registrar las instituciones y organizaciones presentes, de allí se pudo extraer el listado de datos de las instituciones a entrevistar. Consideramos que el relevamiento institucional, fue fundamental por un lado, para vehicular la invitación a formar parte de la organización y movilización de la 4º marcha por el derecho a la salud mental y por otro, para conocer cuáles son las miradas que tienen los diferentes espacios que abordan la salud mental en torno a la situación actual de la misma.

3º MOMENTO DE DISEÑO Y PLANIFICACIÓN: 4º MARCHA POR EL DERECHO A LA SALUD MENTAL “QUE SE ESCUCHE NUESTRO CANTO POR LA DIGNIDAD ESTAMOS LUCHANDO.”

Continuando con el proceso de intervención fuimos parte de la organización de la 4º marcha por el derecho a la salud mental realizada el 6 de octubre del 2017, coordinadas por el Colectivo organizador; espacio integrado por usuarios y profesionales de distintas instituciones públicas y privadas, diferentes organizaciones de la sociedad civil, centros de estudiantes de unidades académicas y personas auto convocadas; bajo la consigna “que se escuche nuestro canto, por la dignidad estamos luchando” Que tiene por objetivo *movilizarse por la plena implementación de las leyes Nacional y Provincial y para exigir una política pública integral que garantice el derecho a la salud mental.*

Las reuniones organizativas de la marcha tuvieron lugar en el hospital Neuropsiquiátrico. En el transcurrir de los encuentros, como una forma de organización y división de tareas se dispuso a trabajar en comisiones, integradas de acuerdo a intereses y capitales a aportar a tales espacio, se conformaron la comisión de coordinación, artística, comunicación, difusión y prensa, institucional y seguridad.

3.2 LO DISCURSIVO Y LA CONSTRUCCIÓN DE REALIDADES

Como sostiene Hermida (2017), las tramas discursivas conforman la arena de las conceptualizaciones que se encuentren vigentes en cada tiempo y circunstancias determinadas, revisar esos modos discursivos, de nombrar y nominar, nos permite mirar los en qué contextos se originan tales producciones y sobre todo a qué proyecto político suscriben *“Si hay que pensar la actual coyuntura, necesitamos deconstruir los discursos que nos la dan ya significados de una determinada manera, donde todo se explica por el sinceramiento, la meritocracia y la revolución de la alegría”*. (Hermida María: 2017:133)

En el proceso de intervención, nos propusimos formar parte de la comisión de comunicación y prensa. Dicho espacio tuvo diversas tareas; por un lado difusión de actividades pre-marcha y por otro, deconstruir la mirada estigmatizantes que sostienen los medios masivos de comunicación; con el objetivo de mostrar de manera situada, la ausencia de políticas públicas en salud mental y los resultados que se reflejan en instituciones psiquiátricas.

Von Sprecher y Boito (2010) sostienen que la comunicación pasa de ser sede de negociación, de luchas abiertas o encubiertas entre agentes sociales con intereses distintos. Tanto el espacio social general como los campos particulares se constituyen en espacios de competencia y lucha pacífica o violenta, en las cuales quienes ocupan posiciones tratan de mantenerla o mejorarla; las prácticas comunicacionales, la dimensión comunicacional de lo humano social, son prácticas productoras de sentido; son condición necesaria de la construcción de lo cultural y de la construcción de lo social. Estas prácticas comunicacionales se manifiestan materialmente en los discursos.

En este marco, se utilizaron distintos mecanismos de difusión; el armado de una gacetilla con contenido específico de la problemática producto de discusiones en comisión, redes sociales (Facebook, Instagram, twitter), encuentros con medios alternativos de la ciudad de Córdoba y de forma personal. *“La comunicación cara a cara son fundacionales, ineludibles, pero restringirse a ellas implica auto- imponerse limitaciones y desconocer otras redes de comunicación, tecnológicas, burocráticas, o de otro tipo, que puede estar abriendo nuevas condiciones para aprovechar los espacios de libertad que dejan el Estado y los sectores dominantes, para usarlos en su contra”* (Von Sprecher, Roberto y Boito, María Eugenia: 2010: 19)

Una de las actividades que representa un momento de aprendizaje y encuentro en la experiencia de intervención, tuvo como producto final la elaboración y grabación audiovisual de la canción de la 4º marcha por el derecho a la salud mental; que tuvo como artistas principales a usuarios nucleados en agrupaciones artísticas, como “Los Pickles” “ Las voces de don Florencio” entre otras, como también participación de músicos y artistas de la ciudad de Córdoba; al igual que otras producciones, logrando difusión masiva en los medios de comunicación de Córdoba y el resto del país.

3.3 ENTREVISTAS A ESPACIOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

En septiembre del 2017, como expresamos anteriormente, a partir de la demanda del espacio del cual formamos parte en el proceso de intervención; asumimos la tarea de hacer un relevamiento comunitario con el objetivo de indagar e identificar experiencias de trabajo en salud mental en la ciudad de Córdoba. La propuesta fue construida en conjunto con el colectivo de salud mental y ejecutada por el equipo tesistas.

La herramienta principal para la recolección de datos fue la entrevista en profundidad. Dentro del proceso general de investigación la entrevista se desarrolló en dos grandes momentos: el de apertura, y el de focalización y profundización. Para analizar los datos de los discursos de las y los trabajadores, se utilizó la herramienta de Excel para la construcción de cuadros y gráficos estadísticos.

Utilizamos dimensiones pertinentes a nuestra experiencia de intervención y los datos recuperados en cada entrevista realizada; con el fin de analizar acerca del contexto social y escenario institucional donde se sitúa dicha entrevista, reconocer el estado actual, sus proyectos y actividades, percibir las concepciones de sus acciones y para con las y los sujetos e indagar la relación de la institución con políticas públicas que la atraviesan.

Los ejes del relevamiento fueron los siguientes:

- Contexto institucional: Ubicación; visión, misión de la organización; carácter público/privado/ ONG; historicidad de la institución.

- Marco normativo y políticas públicas: A nivel nacional, provincial y municipal, que programas, políticas y proyectos, desde ámbito público y privado, atraviesan actualmente a la organización; En relación a la Ley de Salud Mental. Grados de conocimientos de los profesionales y de los miembros; Financiamiento de la org /institución.
- Intervención profesional: Rol del trabajo social. Existente o no; Organización como construcción colectiva y alternativa para resolver problemas y satisfacer necesidades.
- Articulación institucional y comunitaria: Articulación inter institucional; Trabajo en red y el abordaje comunitario; Actividades llevadas a cabo por la institución.
- Actores y agentes: Paradigmas y concepciones que atravesaron hasta hoy, la constitución de la organización y la relación con los diferentes actores. Percepciones/representaciones que se tienen sobre los sujetos.
- Encuentro de usuarios de salud mental 2017: Organización del encuentro; Percepciones acerca de la participación de los usuarios; Evaluación del mismo.
- 4ª Marcha por el derecho a la salud mental: Participación de la org/ institución de la organización de la marcha; participación de las reuniones de organización.

A lo largo del proceso de intervención se entrevistaron a diez trabajadores de las instituciones/organizaciones durante un periodo de cuatro meses, que abarcó desde septiembre a diciembre del año 2017. La organización y acceso a la información para realizar las entrevistas fue accesible ya que las fuentes para contactar a los referentes de las instituciones fueron obtenidas a través del fichaje de registro que se realizó durante el 2º encuentro de usuarios del mes de junio. En su mayoría, las y los referentes con los que entablamos la comunicación accedieron a ser entrevistados siempre y cuando se explicará el objetivo de dicho relevamiento. Los datos fueron analizados por el equipo de estudiantes a fin de poder aportar al estudio del campo de la salud mental en la ciudad de Córdoba capital.

Dicho lo anterior, los espacios de Salud Mental que desarrollaremos a continuación vienen trabajando objetivos a mediano y largo plazo, individuales y colectivos, estas son:

- **Fudap:** Taller de Radio la Kriptonita “*el poder de lo inexplicable*”
Fudap es una Asociación Civil sin fines de lucro que se constituye con el objetivo de brindar asistencia, capacitación e investigación en problemáticas graves en salud mental ligadas a jóvenes y adultos.
- **Abracadabra:** Asociación Civil Abracadabra Creatividad; el objetivo es brindar un espacio de salud abierto a toda la comunidad, Artístico - Terapéutico - Comunitario, para lograr una

mejor calidad de vida de las personas.

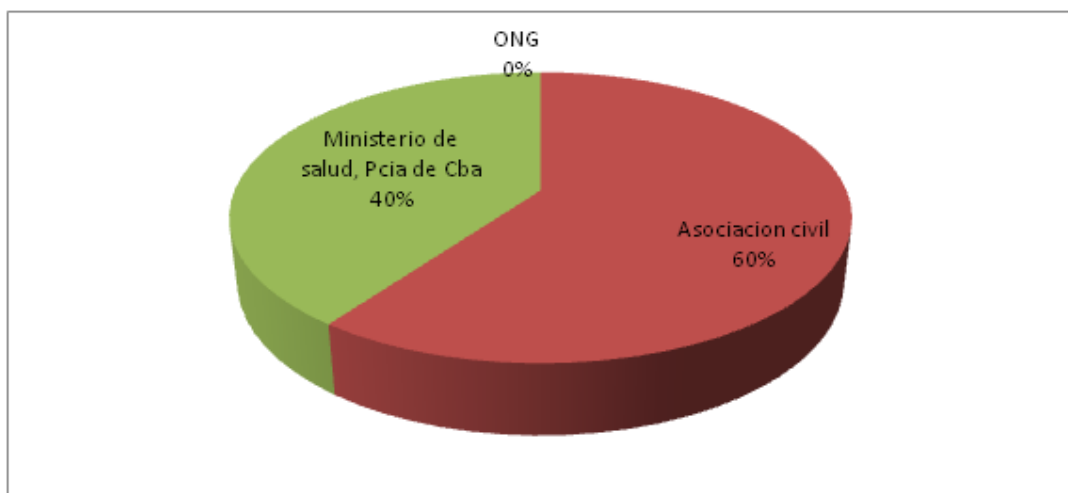
- **Radio los inestables:** Tiene por objetivo favorecer la defensa de los Derechos Humanos y el ejercicio de la ciudadanía de personas que requieren atención en Salud Mental promoviendo su participación activa en espacios colectivos de apropiación de la palabra a efectos de potenciar su capacidad de incidencia política. Contribuir a la visibilización de las problemáticas en Salud Mental y a la desnaturalización de concepciones y prácticas imperantes en este ámbito, promoviendo modos alternativos de abordaje basados en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho. Y fortalecer los vínculos entre las personas que reciben atención en Salud Mental y sus comunidades y grupos de pertenencia, a través de la participación en espacios de encuentro comunitarios con diferentes actores barriales y organizaciones de la sociedad civil.
- **Casandra:** Asociación Civil sin fines de lucro que se constituye con el objetivo de brindar asistencia, capacitación e investigación en problemáticas graves en salud mental ligadas a jóvenes y adultos.
- **Eac villa Azalais:** Equipos de atención comunitaria, dependientes de la dirección de salud mental de la provincia de Córdoba, tiene un anclaje en los diferentes barrios de la periferia de la ciudad; su trabajo está puesto en coordinar, programar y planificar la atención de personas con problemáticas psíquicas en todo el territorio provincial.
- **Eac 33 Arguello:** Equipos de atención comunitaria, dependientes de la dirección de salud mental de la provincia de Córdoba, tiene un anclaje en los diferentes barrios de la periferia de la ciudad; su trabajo está puesto en coordinar, programar y planificar la atención de personas con problemáticas psíquicas en todo el territorio provincial.
- **Casa del joven:** Institución de salud mental para jóvenes. Destinados a jóvenes de 14 a 20 años. Ofrece programa para Consumidores de Sustancias, Programa de Trastornos de las Conductas Alimentarias, Programa "Andén" para jóvenes psicóticos, Hospital de día, Programa de Prevención promoción y educación para la salud y Talleres Culturales.
- **Casa de medio camino de mujeres:** Nace a fines del siglo XIX, como una instancia intermedia entre la internación hospitalaria y la reincorporación a la vida cotidiana del usuario. Es en este sentido, que se propone como el dispositivo adecuado y alternativo a la visión institucional-manicomial.
- **Confluir:** Asociación civil, Usuarios en acción por el derecho a la salud mental. Desarrollan actividades colectivas en base en la plena implementación de la ley de Salud Mental.
- **Apadim:** La Asociación civil apunta a brindar a personas con discapacidad intelectual herramientas y apoyos que sean útiles para el despliegue y desarrollo de sus proyectos, promoviendo el desarrollo integral y la inclusión social.

Partimos de que toda organización e institución del campo de la salud mental está determinada por un contexto político, económico, cultural y por una dinámica social compleja que se manifiesta en cada territorio; en este marco, los ejes indagados muestran visiones y metodologías utilizadas para desarrollar la intervención cotidiana con las y los sujetos con los que se trabaja.

Identificamos en nuestro análisis que la mayoría de las instituciones/organizaciones entrevistadas son espacios alternativos a la lógica manicomial y funcionan por fuera de la órbita del

Estado; a pesar de esto, existen articulaciones con el Estado Provincial y Nacional con el objetivo de gestionar programas y proyectos a fin de acompañar los procesos de las y los sujetos con padecimientos subjetivos. En tanto como se ve reflejado en el gráfico un 40% de los espacios recorridos son dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, quedando en evidencia la ausencia en la distribución del presupuesto destinado al fortalecimiento y creación de dispositivos alternativos.

Categoría	Nº de entrevistas	Porcentajes
ONG	0	0%
Asociación civil	6	60%
Ministerio de Salud, Prov. de Cba	4	40%
Total	10	100%



La *concepción de sujeto* ha sido uno de los ejes claves a indagar, en donde se pudo observar coherencia en los discursos de las y los trabajadores en la construcción de un sujeto de derecho fuertemente vinculado a las Leyes de Salud Mental. Las y los entrevistados se posicionan desde un

sujeto pleno, y acompañan en su emancipación y ejercicio de decisión en los espacios de tránsito y de su vida cotidiana. Compartimos uno de los fragmentos recolectados:

“Reconocer a los asistentes como sujetos de derecho y posibilitar el desarrollo de sus habilidades comunicativas, para fortalecer y contribuir a la expresión de su identidad, hacer valer sus derechos como sujetos, realzar sus potencialidades creativas como actores, productores de saberes” Asociación Civil Fudap

Otro de los ejes que valoramos en el proceso es la *intervención profesional en la interdisciplina*. Observamos que por un lado, que la mayoría de las instituciones relevadas reconocen la interdisciplina como metodología de intervención y por otro, sus diferentes niveles de presencia en el abordaje cotidiano. A nuestro entender, la interdisciplina es el modo para abordar la Salud Mental y todas las aristas que implica la búsqueda de satisfactores para las necesidades de las y los sujetos en pos de mejorar su calidad de vida.

“La interdisciplina va más allá de las investiduras profesionales, yo no me siento a trabajar con alguien desde la disciplina de trabajo social eso queda por fuera para tener un oído con mayor apertura” Asociación Civil Cassandra

“La interdisciplina implica mucha discusión, preguntarle al otro desde que encuadre lo está diciendo, implica posicionarse con el otro que estamos construyendo una tarea” EAC Arguello.

Siguiendo con el análisis, en nuestra experiencia de intervención el concepto de *Neurocentrismo*, no estuvo exento en los discursos de las y los trabajadores; Por ello sostenemos que las “prácticas manicomiales”, que aún persisten en los diferentes espacios, son posibles de ser erradicadas en tanto sea efectivo el reconocimiento de los dispositivos alternativos existentes en la comunidad; a continuación, algunas de las apreciaciones recolectadas:

“La primera lucha cuando abrimos, fue el tema de la comida. Por ejemplo, fuimos al ministerio a explicarle que no queríamos las bandejas del Neuro, ni de oliva, ni de ninguna empresa, sino que necesitábamos trabajar, que ellas sepan que comprar, a donde comprar, que quieren comer”. Casa de medio camino

“El Neuro está siendo vaciado porque le han cortado el chorro, recibe pocos recursos, se ha resuelto así el procesos de manicomialización, un procesos de empobrecimiento y la no creación de dispositivos sustitutivo” Casa del joven

En diálogo con las y los entrevistados del centro de salud N° 33 de Argüello y del Eac ubicado en Villa Azalay; encontramos diferencias respecto a lo habitacional. El equipo de atención

comunitaria nombrado al principio no cuenta con sede propia sino que funciona en un edificio de la municipalidad, en tanto el Eac de villa Azalay, desempeña sus actividades en una casa alquilada por el gobierno de la provincia de Córdoba, *“tenemos la característica que estamos en una casita propia que alquila la provincia otros de los eacs están en centro de salud municipales, por un convenio con la municipalidad, el centro de salud municipal está acá a la vuelta pero este equipo tiene esta sede propia, y tiene más de 25 años en la zona a tiene trayectoria y reconocimiento en la zona”*. Estos datos permiten interpretar que la gestión provincial, presenta debilidades respecto a la inversión presupuestal para la construcción de dispositivos alternativos y el adecuado funcionamiento de los ya existentes. Si bien, existen avances, aún no hay una oferta territorial igualitaria.

De esta manera quisiéramos hacer algunas consideraciones con respecto a lo que venimos desarrollando; en primer lugar, la defensa de la salud mental como derecho no implica el sostenimiento de la institución manicomial. Por el contrario, la profunda convicción y el compromiso con el Estado, sus obligaciones y responsabilidades, exigen la ampliación y cumplimiento de ese derecho en contextos asistenciales que ponderen la dignidad humana; por ello, el pasaje de un modelo asilar a un modelo comunitario implica una migración de recursos que priorice la territorialización de la atención en salud mental. En suma, la ausencia de inversión de recursos en infraestructura, personal, dispositivos de tratamiento y atención cristalizan el déficit de políticas públicas en este sector del sistema sanitario, los cuales evidencian el carácter no inclusivo de las mismas.

Las trabajadoras del EAC Azalay sostienen: *“La idea de armar los Eacs es poner la atención de la salud mental en el primer nivel de atención en el sistema de salud con acceso directo a la población llevar la atención de salud mental a donde la población vive, esto de la desmanicomialización que se habla hoy ya se planteaba en aquel momento, eso de abrir el manicomio y que la salud mental tenía que ver con otras problemáticas”*. Este es el punto de partida cuando hacemos referencia a los dispositivos en la comunidad, pensar la salud mental no desde el manicomio; sino pensar la salud en el espacio donde habitan y transitan y construyen desde hace tiempo las y los sujetos con padecimiento subjetivo.

En la mayoría de los espacios entrevistados hay recurrencias en la mirada crítica hacia el modelo manicomial y su relación con las *políticas sociales del estado*; se pueden visibilizar el grado de conocimiento de los profesionales y que los miembros de las instituciones tienen en relación a la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental.

“Tiene que ver con esta tensión entre 2 modelos entre el modelo tradicional manicomial y el que propone las nuevas leyes, están los 2 modelos en tensión todo el tiempo y en esa tensión estamos nosotros también en esto de promover nuevas prácticas se tensiona con quienes sostienen otras

lógicas de abordajes manicomiales instituidas fuertemente , hemos hecho muchos cuestionamientos a las salas de contención por ejemplo hemos hecho intervenciones con relaciona eso, después nos echaron y volvimos al Neuropsiquiátrico” Radio los inestables

“El presupuesto de salud mental el 90 % va a los manicomios, Oliva, Bell Ville, a esos va, si porque hay que sostener toda esa estructura funcionando” Eac villa Azalais

Con respeto a la Ley Nacional de Salud Mental, una de las usuarias del HNP, hoy representante de Confluir en el Consejo Consultivo nos comparte una reflexión:

“Yo de la ley no entendía absolutamente nada, yo tenía turno para mi entonces, yo le preguntaba de la ley y me explicaba sobre todo el art 7 que habla del derecho del usuario, que tiene el usuario y bueno empecé a ir” Confluir

A partir de las preguntas realizadas con respeto a las Leyes de Salud mental, varios de las y los trabajadores habían tenido una participación activa en el desarrollo de la misma.

“Nosotros estuvimos en todo lo que fue el proceso de armado de ley y poder meter por lo menos en discusión aunque haya salido otra cosa porque hasta ese momento no había marco legal en salud mental se regía por normativas re viejas , nos paramos de la perspectiva de derecho y esas leyes son fundamentales para el trabajo, pero en lo cotidiano al interior de los laburos con los pibes que vienen acá, a nivel más macro del estado y no, la ley no se está ejecutando constantemente se están violando derechos” (..) “La ley provincial tiene como muchas diferencias a la ley nacional es mucho más acotada” Cassandra.

Las diversidad de miradas sobre las políticas sociales en salud mental, están situadas en relación a las trayectorias y el lugar que ocupan hoy las y los actores en el campo de salud mental; se puede observar un consenso en relación a la escasa presencia del Estado en implementar las leyes en salud mental en la vida cotidiana de las y los sujetos con padecimiento subjetivo.

El proceso de intervención pre profesional ha estado vinculado a redes institucionales y comunitarias; es por esto, la necesidad de indagar niveles de articulación que los dispositivos de salud mental tienen o no en sus territorios.

“En cuanto a los talleres tienen como objetivo la promoción, de recrear los lazos, la recreación, en los últimos años fue una vuelta muy grande, no es que la gente venga al hospital; ha sido que el hospital salga, los talleres vienen teniendo una participación muy activa afuera (...) participamos en la mesa socio cultural de general paz ahí trabajamos, está la Biblioteca, el Garzón

Agulla, la Clínica Reina Fabiola entonces esta es otra inserción dentro del barrio (...) Damos clases en clases en posgrados de trabajo social, de sicología y de enfermería". Abracadabra

"Como equipo consideramos que parte de lo que es el trabajo aquí en el territorio es trabajar en red, esto que dice Mario Rovere de las redes en salud, pensar las redes como vínculos, los vínculos son institucionales y son personales, entonces nosotros participamos en el consejo comunitario de la niñez, en una red con equipo territorial de Senaf y otras instituciones, una red de violencia que se armó en la subsede del consejo de la mujer" Eac villa Azalais.

Se puede observar que la mayoría de los dispositivos sostienen un trabajo en red como estrategia de intervención para el abordaje integral de las y los sujetos que padecen dificultades para reproducir su vida cotidiana en comunidad.

Por último, queríamos destacar las percepciones de los dispositivos entrevistados con relación del segundo encuentro de usuarios y familiares de salud mental y la cuarta marcha por el derecho a la salud mental; cabe destacar que trabajamos estos ejes ya que han sido parte fundamental de nuestras intervenciones.

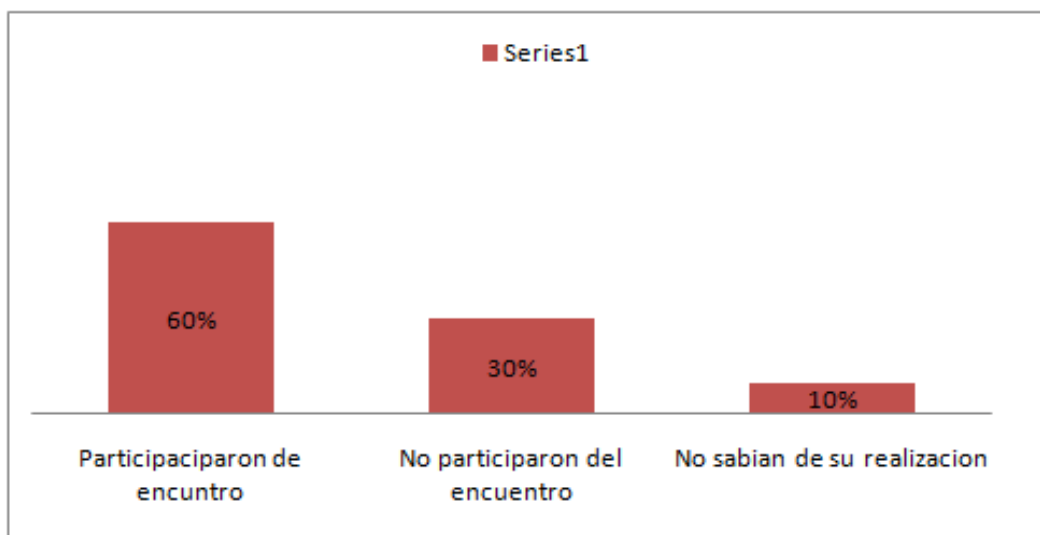
3.4 ENCUENTRO DE USUARIXS:

Respecto del Encuentro de Usuarixs, resaltamos fragmentos representativos que sitúan a los dispositivos entrevistados en relación a la actividad de la que formamos parte.

"Nosotros participamos con el taller de radio la Kryptonita fue un viernes en el centro cultural general paz, me sorprendió la cantidad de agrupaciones que había" (...) "Participamos del encuentro, tuvimos una pequeña intervención y lo curioso y que me gusto fue que por ejemplo yo no sabía cómo trabajaban los chicos de la radio los inestables y hablando con la profesora de ellos (solana) también usamos una técnica parecía se llevó un pizarrón, bueno organicemos esto, vamos a hablar de esto, vamos a decir esto, vamos a decir aquello y es lo que hacemos nosotros acá, entonces dije bueno vamos por el mismo camino" Fudap.

" Hay un interés muy importante en la organización y una apuesta muy fuerte de la radio a promover, potenciar, participar, apoyar estos encuentros de usuarios que tienen que ver con una comprensión, de la importancia que tiene la participación de los usuarios en las políticas públicas y de cómo se puede potenciar la participación de Confluir que es la organización que está participando ahora construyendo representatividad y llevando las voces de los usuarios en esas instancias, en ese sentido hay como una apuesta muy fuerte por promover esos procesos." Radio los inestables.

Organización del Encuentro de Usuarios 2017	Nº de entrevistados	Porcentaje
Participaron de encuentro	6	60%
No participaron del encuentro	3	30%
No sabían de su realización	1	10%
Total	10	100%



3.5 MARCHA DE SALUD MENTAL

También se rescatan fragmentos que ponen de manifiesto la actuación y relación de los dispositivos entrevistados, respecto de la participación en la marcha de salud mental

“Cuando viene la marcha lo trabajamos más de forma directa nos preparamos, hemos participado de todas la marchas, siempre tratamos que se generen consignas ir con carteles. Por lo

general hemos hecho siempre spot desde la radio para las marchas, se trabaja eso en el taller de radio, han salido para todas, nosotros nunca pudimos participar de las reuniones que son los lunes a las 18 hr”. Casandra

“¿Cuántos participamos los comunitarios en ciertos espacios? ¿Cuántos vamos al barrio si no sentimos o no parte de todo el proceso de la marcha? ¿Los trabajadores del campo de la salud mental porque no tenemos más presencia? ¿Por el desgaste? ¿Horario? ¿Lugar? para reflexionar. Porque todo lo que implica en comunidad no está en tu horario de trabajo y eso también es un cabeza un forma de pensar y una disponibilidad que eso no quiere decir que construir esos espacios, una cuestión militancia lo de la marcha”. Eac Arguello

Nivel de participación Marcha de Salud Mental 2017	Nº de entrevistados	Porcentajes
Participación de la marcha	10	100%
No Participaron de la marcha	0	0%
Total	10	100%



En este punto se puede destacar un conocimiento general de las dos instancias mencionadas anteriormente; la importancia de encontrarse, compartir experiencias y participar de procesos

organizativos. Cabe destacar, con respecto a las instituciones y organizaciones entrevistadas se reconoce la dificultad en lo que refiere a la participación en los procesos organizativos de la cuarta marcha por el derecho a la salud mental; la disposición de realizar las reuniones en el edificio del HNP puso de relieve la cuestión “neurocentristas” para la organización de instancias que reivindican los derechos de las personas del campo de la salud mental, alegando a que todas las decisiones y definiciones suceden en dicho edificio.

El relevamiento comunitario ha sido una experiencia fundamental en nuestra práctica pre profesional, de reconocimiento y aprendizaje de los diversos dispositivos sumergidos en territorios complejos, fue posible conocer los procesos de las demás instituciones del campo de la salud mental, en tanto y en cuanto nos hemos preguntado si es posible construir una agenda participativa de todos los efectores de la salud mental, cuando la realidad concreta nos muestra las distancias entre el discurso de las políticas de los DD.HH, de las políticas públicas y la cotidianidad de las instituciones.

En este sentido nos preguntamos ¿es posible lograr una transformación que sea capaz de trascender el discurso de los derechos humanos, y se dirijan a lograr acciones comunitarias desmanicomializadora? Traeremos a colación el relato de una trabajadora del ámbito de salud *“la comunidad no existe, los recursos que se han dado son para el hospital, seguimos en la misma manzana del Neuro”*

En consonancia con lo anterior, una de las respuestas a nuestro interrogante estaría dirigida a generar acciones que partan desde la intersectorialidad y articulen no solo con las instituciones exclusivas de la salud sino también que amplíen la propuesta hacia otros espacios; ya que entendemos a la salud mental como una problemática compleja y multideterminado.

Para concluir, uno de los desafíos que atraviesan al debate de los dispositivos alternativos, es la construcción de una propuesta de intervención que abarque a toda la población de Córdoba y no solo aquellas personas que hayan atravesado un proceso de internación. Un espacio orientado a ese encuentro con el otro, a la construcción de un trabajo colectivo entre los sujetos y la comunidad, sin la necesidad de pensar en ese otro como víctima o beneficiario, sino por el contrario pensar en un sujeto en clave liberadora con voz y potencia, un sujeto que demanda y elige dónde participar.

4. REFLEXIONES FINALES

4.1 A MODO DE (IN) CONCLUSIÓN

La apertura al campo de la salud mental fue posible en el marco de la tesina de 5to año de la carrera de Trabajo Social de la UNC; pudimos conocer sus historias, paradigmas y luchas por sostener la hegemonía psiquiátrica o por construir nuevas formas de relacionarse con la locura.

Desde la inserción hasta el cierre de la experiencia de intervención, nuestro rol en salud mental fue una construcción cotidiana; de indagación, reflexión, diagnóstico y planificación constante. En cada tiempo y espacio asumimos con responsabilidad la tarea de vincular nuestros saberes con otros, reflejados en momentos de escucha, aprendizaje e intercambio.

Como equipo asumimos el compromiso ético y político de acompañar las voces que han sido acalladas históricamente y que hoy toman impulso para cuestionar la hegemonía manicomial, exigiendo al estado la implementación de políticas en salud mental con la idea de establecer nuevas formas humanas de relacionarse; con el desafío de construir codo a codo, formas de intervención que aporten respuestas diversas y creativas a las luchas colectivas en defensa y ampliación de derechos. En definitiva los procesos de transformación de las estructuras y discursos sociales que oprimen y requieren trascender las meras enunciaciones del valor de la igualdad, avanzando en el reconocimiento y ejercicio real de derecho.

Reafirmamos que en cualquier lugar del mundo los lugares de encierro y abandono lejos están de tratar el derecho a la salud mental, son estructuras que miran a las personas con padecimientos subjetivos como peligrosas, incapaces, agresivas, delincuentes, dementes, son dispositivos que medican y denigran; pero que frente a estos métodos de debilitamiento y silenciamiento se construyen espacios colectivos de resistencia y lucha.

Para la creatividad y diseño conjunto de propuestas alternativas que favorezcan la satisfacción de necesidades subjetivas, es elemental reconocer las trayectorias de las y los sujetos, sus capitales, sus historias, sus luchas, sus sentimientos y generar espacios de encuentro y organización para la participación en la toma de decisión; el segundo encuentro de usuarixs y familiares de salud mental y la cuarta marcha por el derecho a la salud mental son ejemplos.

Defendemos y exigimos la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y con ello los compromisos asumidos de una Argentina sin manicomios al 2020, sin un Estado de abandono, segregación, encierro y discriminación; afirmando que el Estado tiene la obligación y la responsabilidad de dar respuestas a las múltiples demandas que presentan los diferentes sectores de la sociedad civil. Su rol es central en la generación de mecanismos que protejan y defiendan los intereses de los sujetos que estén en situación de vulnerabilidad, que las políticas impulsadas por el Estado refleje un rol más interventor y promotor de un desarrollo más inclusivo e integrador.

De este modo aseveramos que, disputar la política pública con un enfoque de derecho es primordial; por lo tanto profundizar los espacios de participación comunitarios nos permite seguir ampliando el debate en el complejo espacio de lo público y de transformación, escenario atravesado permanentemente por diferentes actores con múltiples intereses e interpretaciones que se manifiestan y se tensionan fuertemente. Tensionar el sentido de lo público y lo cultural también implica diseñar dispositivos que contengan la acción colectiva en la construcción de una agenda común que acompañe las dificultades y obstáculos que se presentan en la vida de los sujetos.

La experiencia de intervención pre profesional nos advierte la necesidad de trabajadores sociales en los procesos colectivos por el derecho a la salud mental, no sólo por mandato ideológico y de militancia; sino también y esencialmente porque somos portadores de herramientas teóricas y metodológicas que tienden a favorecer estrategias y acciones concretas en la búsqueda de nuevas esperanzas en la vida cotidiana, con libertad y autonomía.

El Trabajo Social necesita de la articulación con todas las profesiones del campo de la salud para asumir el desafío de acompañar a las y los sujetos excluidos del sistema, para eso es necesario construir nuevos métodos que pongan por encima el contexto de los “nichos” profesionales; esto nos va a permitir fortalecer las potencialidades que tenemos y tienen la personas con las que trabajamos.

Desde la noción de *presencias constantes y accesibilidad en las instituciones* nos proponemos seguir repensando y reflexionando acerca de estrategias de intervención desde la dimensión institucional en los escenarios de Trabajo Social. Estas estrategias se encuadran en la noción de acompañamiento y reparación social. La intervención en lo social supone hacer ver derechos sociales. La intervención de problemáticas sociales complejas en las instituciones, interpela las estrategias desarrolladas por profesionales como también la necesidad de una transformación a nivel institucional público estatal.

Es una tarea imprescindible el diseño de estrategias desde procesos comunitarios y colectivos que no pierdan de vista la singularidad de los sujetos, la subjetividad de los mismos y el mejoramiento de sus escenarios cotidianos, es decir el diseño e implementación de políticas públicas centradas en la reparación social, no solo desde la dimensión económica, sino a nivel de las subjetividades.

En esta perspectiva proponemos además la noción de interseccionalidad, en donde un modo complejo, dinámico e interconectado se pone de relieve los distintos atravesamientos que forman parte de la composición de las problemáticas con las que Trabajo Social aborda, y condiciona no sólo las subjetividades de las personas sino también los espacios sociales donde tienen lugar. Para esto recuperamos los interrogantes iniciales, ¿Que decimos cuando hablamos de salud mental, a quienes hacemos referencia? ¿A qué procesos?

Una de las principales perspectivas que observamos en el proceso de intervención es la transformación que requieren las políticas públicas en el campo de la salud mental, ya que las mismas demuestran la dificultad persistente en lo que respecta la eliminación de los Hospitales Neuropsiquiátricos. Se caracterizan por su dificultad para garantizar el ejercicio de derechos sociales y la construcción de estrategias de acompañamientos desde la singularidad y la no profundización de las desigualdades

La Ley Nacional de Salud Mental sancionada en el año 2010 constituye un instrumento legal de avanzada que otorga un marco federal a las políticas destinadas a la dimensión mental de la salud, recupera los principales estándares internacionales ampliatorios de derechos humanos, que impide cualquier vulneración de derechos y garantiza la dignidad por ser entendida como el derecho fundamental, por el solo hecho de ser persona y a vivir en igualdad de condiciones con sus circunstancias particulares.

Este instrumento legal se opone a las formas de tortura y trato inhumano, sosteniendo la no discriminación y la inclusión social con abordaje en la comunidad. Marca un profundo trabajo intersectorial e interdisciplinario el cual demanda la construcción de un sistema comunitario de atención en salud mental. A pesar de la existencia de instrumentos legales, poco se ha logrado avanzar en las prácticas al interior campo por lo que se vuelve necesario una permanente revisión de las estrategias planteadas. La perspectiva en derechos humanos que sostiene a las leyes como expresión fundamental para la concreción de los derechos sociales, se reduce a un instrumento jurídico si esta no es implementada en el marco de teorías que sustenten acciones que hagan ver estos derechos fundamentales. Este instrumento legal orienta intervenciones, pero es un elemento más del conjunto de componentes necesarios para la transformación del campo de la salud mental.

La transformación en los servicios en salud requiere de un reemplazo en las concepciones que sostienen las reformas, las transformaciones no son posibles si solo se piensa en una reestructuración del servicio. La Ley Provincial de Córdoba, elaboró su normativa sosteniendo la reestructuración y no la sustitución definitiva; en este punto subrayamos la tarea epistemológica, conceptual y discursiva que aún queda por hacer, por eso la salud mental sigue en obra.

Es necesario visualizar cómo seguir trabajando por la profundización de los derechos y la construcción de acciones que fortalezcan mecanismos estatales y culturales y de presencia constante, que aseguren la continuidad en los abordajes, el afecto sin descuidar el marco político y ético en las funciones disciplinares.

Resaltar que la intervención fue un enorme desafío, pues fue un proceso que propició la construcción de nuestra autonomía, la vigilancia epistemológica para cada acción a desarrollar. El acercamiento a la labor profesional del Trabajo Social en el campo de la salud mental permitió dilucidar y comprender las limitaciones que aún encuentran los profesionales en este campo, pero aún más importante, la herramientas de transformación con las que cuenta la profesión.

Sostenemos el desafío de defender con todas las herramienta que disponemos los derechos de salud mental. Por esto, la formación académica debe ser un eje transversal; incorporar en los planes de estudios los contenidos referidos a la problemática, fortalecer los convenios con los diferentes dispositivos, reforzar los equipos de investigación donde producir conocimiento y que la universidad pública se posicione permanentemente frente a la vulneración de los derechos en salud mental.

Para finalizar una frase que nos identificó en nuestro andar cotidiano y en el momento histórico

“Cuando la gente se enferma, la vida se desorganiza. Y curarse es volver a organizar una vida. Los aspectos que entran en esa vida son muy complejos: hay que tener trabajo, ingreso económico, familia, amigos, inserción dentro de alguna relación social, de algún dispositivo social. Hay que atender toda esa complejidad. Las personas no se curan solo porque se les alivie la ansiedad o se les calme el delirio; se les cura si la vida se les vuelve a organizar. Y esa es la explicación de por qué es necesario una interdisciplina.” Galende E (2015)

5. BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, M.; Aquín, N. (2007). Fichas de cátedra: Introducción a la intervención.
- Acevedo, P. (2011). En torno a los sujetos: aportes, debates, ejes de análisis. La organización como construcción colectiva.
- Alberdi, J. (2006). El Estado Pavoroso de la Locura en la Argentina. Revista cátedra paralela n° 3 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Amico, L. (2005). La Institucionalización de la locura. Buenos Aires, Argentina: Espacio editorial.
- Aquin, N. (1996). La Relación Sujeto-Objeto en Trabajo Social: Una Resignificación Posible. BS As, Argentina. Espacio Editorial.
- Aquin, N. (2009). Ficha de cátedra Teoría, Espacios y Estrategia de intervención (Comunitario).
- Aquin, N. (2010). Fundamentos del trabajo social comunitario. Ficha de cátedra. Teoría, espacio y estrategia de intervención comunitaria.
- Arias, Ana. Zunino, Elena. Garello, Silvana (2013) El proceso metodológico y los modelos de intervención profesional: La impronta de su direccionalidad instrumental y su revisión conceptual actual / Bárbara García Godoy... et.al.]
- Arias, A (2016) en Revista de Políticas Sociales Centro de Estudios de Políticas Sociales. Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Moreno. Año 3. Número 4. Invierno 2016 visitado el 28/11/2019
- Bourdieu, P (1985). "Espacio social y génesis de las clases" Espacios, 2, Bs. As.
- Bourdieu, P (1988). Cosas dichas, Buenos Aires, Gedisa.
- Bru, G (2012). La Interdisciplina como Utopía. margen N° 67 – diciembre 2012.
- Buriyovich, J Ase, I, y otros. (2016) .Salud mental y derechos: Reflexiones en torno a un nuevo paradigma.
- Buriyovich, J y otros. (2016). Proyecto Integrados, Incluidos y Diversos. Una iniciativa para territorializar el derecho a la salud mental.
- Cantarelli, Mariana (s/f) Ensayos. Instituciones en construcción, en Media revista / revista cultural para profesores de escuelas media.
- Carballeda, A. (2012). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires. Editorial Paidós.

- Carballeda, A. (2012). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Cazzaniga, S (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. Edición N° 27.
- Clemente, Adriana (2018). La accesibilidad como problema de las políticas sociales: un universo de encuentro y desvinculaciones. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial 2018.
- Coraggio, J. (2004) .La gente o el capital. Desarrollo local y economía del trabajo. Centro de Investigaciones CIUDAD-EED/EZE ILDIS.
- Courtis Christian (s/f) Los derechos sociales como derechos. Universidad de Buenos Aires/Universidad de Palermo.
- Fernández Soto, Ma. Silvia. (2004). Implicancias de la cuestión social en la intervención profesional. Revista Escenario N° 8, ESTS - UNLP, La Plata (Bs As).
- FLACSO-Salud-Pública-Comunitaria-Área-Metropolitana-de-Bs-As.pdf 1/17.
- Fraser, Nancy (1998) La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. Revista de sociología. Apuntes de Investigación, N 2/3. Buenos Aires. Edición fundación del Sur.
- Hacking, I (2001). Locura, biológica o construida” en la ¿construcción social del qué? Barcelona, Paidós. Cap. 4.
- Hermida María E. La intervención profesional el capitalismo neoliberal: revisar el enfoque de derechos desde las teorías críticas del Sur. Conferencia dictada en las Jornadas de Trabajo Social: “De construyendo Miradas: Trabajo Social hoy”. UNLaR, La rioja, 6 y 7 de diciembre de 2018.
- Hermida María E. Contribuciones desde una epistemología plebeya...RevII SE Vol. 9, Núm. 9, Año 2017 pp. 127-145 ISSN: 2250-5555 www.reviise.unsj.edu.ar
- De Sousa Santos Boaventura (2010) Descolonizar el saber, reinventar el poder. Ediciones Trilce.
- González, C. (2001). La intervención en el Abordaje Familiar. Mimeo
- González, R. (2008). La importancia de resignificar el papel de las instituciones desde el Trabajo Social. Revista del Dpto. de Trabajo Social Perspectivas. Nro. 5.
- Kaminsky, G. (1994). Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. Lugar editorial.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

- Ley de Protección de la Salud Mental 9.848 (2010) Portal Oficial del Gobierno de la Provincia de Córdoba.
- Landreani, Nélica (1990) Métodos cuantitativos versus métodos cualitativos: Un falso dilema en Ciencia, Docencia y Tecnología, nº 1, año I, marzo 1990.
- Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.
- Quijano, Aníbal (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En libro: La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas. Edgardo Lander (comp.) CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina. p. 246. Disponible en la World Wide Web: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf>
- Rofman, A-Adriana Clemente (2016) Participación, Políticas Públicas y Territorio. La participación como enfoque de intervención social Editora. UNGS.
- Rossetti Andrés, Monasterolo Natalia (2016) Salud mental y derechos humanos: reflexiones en torno a un nuevo paradigma Andrés Rossetti; Natalia
- Rozas Pagazas, M. (1998). Una perspectiva teórica - metodológica de la intervención en trabajo social. Editorial Espacio, Argentina Cap. 3 y 4.
- Rozas Pagazza M, (2010). La intervención profesional un campo problemático tensionada por las transformaciones sociales, económicas y políticas de las sociedades contemporáneas.
- Monasterolo. 1a Ed. volumen combinado. Córdoba: Cijis, UNC-Iifap y Espartaco Córdoba, 2016.
- Rueda Eduardo, Villavicencio Susana (2018) Modernidad, colonialismo y emancipación en América Latina Colección Grupos de Trabajo. ISBN 97 987-722-344-6 CLACSO. Buenos Aires.
- Schlemenson, A. (1998). Análisis organizacional y empresa unipersonal. Crisis y conflicto en contextos turbulentos. Paidós, Bs As.
- Von Sprecher y otros. (2007). Teoría sociológica: introducción a los contemporáneos. Córdoba Editorial brujas.
- Von Sprecher, Roberto. en Von Sprecher, Roberto y Boito, María Eugenia. “Comunicación y trabajo social”, (2010), 216 pág. Editorial Brujas, Córdoba.

