



## "Casa de Medio Camino de Mujeres": ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental?

**Mirta Cecilia Gallici.**

Tesis - Maestría en Salud Mental - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Facultad de Psicología, 2015.

Aprobada: 7 de agosto de 2018

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



"Casa de Medio Camino de Mujeres": ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental? por Mirta Cecilia Gallici. se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICA  
**MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**

**“CASA DE MEDIO CAMINO DE MUJERES”**

¿INICIATIVA INNOVADORA EN EL ABORDAJE DE LAS  
PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL?

# **“Casa de Medio Camino de Mujeres”: ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental?**

Universidad Nacional de Córdoba

## **Maestría en Salud Mental**

Directores:

Dr. Ferro Rubén. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.

Dra. Luque Leticia. Facultad de Psicología.UNC.

Coordinadores:

Lic. Escalante Miguel. Facultad de Psicología. UNC.

Dr. Castro Toschi, Rubén. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.

Maestrando:

Lic. Gallici Mirta Cecilia

Dirección de de Tesis:

Lic. Pan, Mónica, I.

Psic. Social- Psic. Clínica.

Prof. Adjunta Psic. Organizacional.

Córdoba, Octubre 2015.

## Agradecimientos

Pensar en los agradecimientos, me lleva a trazar un camino recorrido marcado por un sin fin de intensas huellas compartidas.

Pensar en los agradecimientos, me traslada a los recuerdos por tantos encuentros provocados por un hacer diario y contagioso.

Pensar en los agradecimientos, me refleja un grafiti en una pared de la ciudad. Donde se fueron pintando tantos nombres, todos, con sus particularidades, su singularidad, su color que brillaba. Y que se fueron enlazando para acompañarme en este recorrido.

Si, un grafiti que encandila, y donde se leen todos estos nombres....

Liliana Arrieta, que día a día desde del comienzo de este desafío estuvo su apoyo incondicional.

Las mujeres de la Casa de Medio Camino, las que viven y las que siguen concurriendo: protagonistas de este trabajo, que me enseñan dibujos buscando caminos propios.

Mónica Pan, especialmente, que con las riquezas de sus palabras me fue guiando y motivó con sus observaciones respecto al contenido de este trabajo.

Los compañeros de trabajo de salud mental, quienes siempre me sorprendían con sus palabras de aliento.

Los compañeros de la maestría, que nos unía esa preocupación por esta prolongada tarea, pero abrieron lazos que mes a mes se hicieron sentir más fuertes.

Mi familia, mis hijos y compañero, quienes hicieron posible que transitara este camino.

¡Gracias!

## Resumen

Este trabajo tiene como propósito describir el dispositivo de intervención que propone la Casa de Medio Camino de Mujeres de Córdoba Capital, en el área de salud mental. Se parte de la experiencia concreta transmitida por las voces de las mujeres que conviven en ella y un grupo de las ya egresadas que aún siguen concurriendo. Estas se complementan con las entrevistas a los profesionales de distintas disciplinas que se implican en estos procesos de cambio y que plantean iniciativas innovadoras para dar respuestas a diferentes problemáticas de salud mental. En la articulación de estas voces, se ponen de manifiesto diferentes procesos de transformación que orientan a la construcción de este dispositivo desde una perspectiva comunitaria e integradora. Se evidencia en los resultados de esta investigación el desafío que constituye afrontar la tarea de romper con los muros y prácticas instaladas en los hospitales psiquiátricos o monovalentes.

**Palabras claves: Dispositivo- Intervención-Comunidad- Innovación- Cambios**

## Abstract

The purpose of this work is to describe the intervention device proposed by *Casa de Medio Camino de Mujeres*, in the city of Córdoba, in the mental health area. The starting point is the specific experience reported by women that live in the house and a group of outpatients that still keep going there. Their voices are complemented by interviews with professionals in different disciplines who are involved in this change process and who outline innovative initiatives to answer different mental health difficulties. The articulation of these voices shows different process of transformation which lead to the construction of this device from a communitarian and integrated perspective. This research shows that being against well-established practices on psychiatric or monovalent hospitals constitutes a challenge.

**Key-words: device – intervention – community – innovation – changes**

## Índice

<i>Introducción</i> .....	5
<i>Marco General y Recorrido Histórico</i> .....	10
-Trascendencias del recorrido histórico.....	13
-Del quiebre con la psiquiatría a las Reformas psiquiátricas.....	16
-Devenir de las Reformas psiquiátricas.....	19
-Reformas y transformaciones, aportes de Basaglia.....	21
-Movimientos de las Reformas psiquiátricas.....	24
-Los pasos de la Reforma en Argentina.....	26
-Transformaciones psiquiátricas y dispositivos alternativos.....	28
<i>Provincia de Córdoba y los movimientos de Cambios en Salud Mental</i> .....	33
-La intervención en salud mental desde la mirada de lo social.....	35
-Transformación en el Hospital Colonia Santa María de Punilla.....	36
-Casa de Medio Camino, de mujeres Córdoba Capital.....	42
- Marcos Políticos e Institucionales.....	55
<i>Fundamentación</i> .....	58
<i>Materiales y métodos</i> .....	60
-Análisis de Datos.....	65
<i>Resultados</i> .....	67
- Discusión y Conclusiones.....	96
<i>Referencias Bibliográficas</i> .....	122
<i>Anexos</i> .....	126

**“Mujer de muchos rostros, de aspecto frágil y lánguido; calla, piensa, observa, como si ella no perteneciera a este mundo. Su historia se ha detenido en un imposible: el reencuentro familiar. Su reclamo de justicia lleva escrita con letra de sangre la palabra AMOR”.**

Alejandra Bustamante. Libro, Pequeños Relatos de Mujeres Comunes.

## INTRODUCCIÓN

Los diferentes paradigmas en el campo de salud mental establecen un hilo conductor que se confrontan en las prácticas profesionales y pueden detener o retrasar cualquier proceso de cambio en los acontecimientos institucionales los que, en general, se traslucen en la capacidad de respuestas de atención que se ofrece en el campo salud mental. Por lo cual las posibilidades en la actualidad de construir nuevos modos de abordar y dar respuestas a las problemáticas de salud mental están atravesadas por diferentes momentos y persisten intervenciones de los profesionales dando cuenta de sus dificultades. Sin embargo, sin perder de lado las posibles soluciones, se establece un proceso de reconstrucción de nuevos ámbitos de prácticas que orientan a otras respuestas superadoras de los efectores de salud mental.

En este aspecto, cuando hablamos de salud mental se manifiesta la importancia de considerar un campo heterogéneo y complejo que implica inevitablemente considerar las múltiples representaciones sociales que existieron alrededor de la locura en los diferentes periodos históricos. Además, sustentaron la creación y organización de diversas instituciones que suponen respuestas de atención que despojan a las personas allí asistidas de su identidad, de sus historias, del derecho de ser ciudadanos.

Al recorrer estas perspectivas históricas que nos hablan de cómo se fueron modificando las prácticas, las reformas psiquiátricas favorecieron el modo de ver la “locura” incorporando concepciones teóricas y científicas como base fundamental para los cambios que surgieron en las prácticas. Realizando aportes significativos a la atención en salud mental, comienzan a cuestionar el modelo asilar y de clausura, pretendiendo generar cambios en la forma de mirar, conocer y actuar alrededor del problema de salud-enfermedad.

Frente a estas apreciaciones se sostuvieron, hasta la actualidad, variadas experiencias en el abordaje de salud mental, conviviendo paradigmas al momento de la

atención de estas problemáticas. Se presentan programas de intervención aislados de la comunidad, recortando las posibilidades de las personas con padecimiento subjetivo.

Retomar los diversos procesos en el campo de salud mental es asumir que se pueden plantear nuevas repuestas a un contexto ya de muchos años.

La OPS/ OMS (2011) refiere que “salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, es un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”(1).

Por su parte la Ley Nacional 26.657 (2010) en su Artículo 3º 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. (Anexo A) (2).

Al particularizar en las respuestas del campo de salud mental, la Ley Provincial N° 9848 (2010) especifica en su artículo 23 la constitución de “La Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en salud mental”. En su faz prestaciones, estará constituida por instituciones, servicios y programas para la promoción, prevención y atención en salud mental con las siguientes características: a) 1- “... Casas de Medio Camino, Residencias Compartidas, Residencias Protegidas.....”. (Anexo B) (3).

Desde este lugar, este trabajo de investigación se refiere en general a una construcción histórica de la locura que marcó modalidades de atención de disciplinamiento, de aislamiento, control y reclusión en manicomios y, en particular, al atravesamiento de las reformas psiquiátricas que incorporan diversas lecturas e iluminan una práctica que hace posible nuevas formas de modalidades de intervención. Estas desembocan en dispositivos alternativos como repuestas de atención a largas internaciones o re- internaciones de las personas con padecimiento subjetivo.

A partir de estas consideraciones y remarcando los procesos contradictorios de lo planteado, se pretende presentar desde una visión reflexiva a la Casa de Medio Camino de Mujeres de Córdoba Capital en referencia a un nuevo lugar social para la inclusión de las personas con padecimiento subjetivo, en articulación con los demás efectores de salud y

con la sociedad en general en un sistema en red, con la intención de hacer realidad los derechos humanos y los derechos de las personas con padecimiento subjetivo.

De esta inquietud es que se define el tema a investigar como **“Casa de Medio Camino de Mujeres: ¿Iniciativa innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental?”**, que permitió posteriormente formular el problema de investigación que lo sustenta.

El propósito de este trabajo es caracterizar desde una iniciativa innovadora, **cuáles son las estrategias del dispositivo de intervención que hacen que la Casa de Medio Camino se constituya en un abordaje social alternativo al encierro en instituciones psiquiátricas, para personas con padecimiento subjetivo que han tenido largos periodos de internación y re internaciones.**

Los antecedentes bibliográficos dan cuenta de los procesos realizados a lo largo de la historia en relación a reformas psiquiátricas en diferentes países, en los que se incorporan dispositivos alternativos a la internación en manicomios. Sin embargo, nos encontramos con escasos trabajos científicos que caracterizan y describan esta particular modalidad de abordaje en su dinámica de intervención específica en la atención de las personas con padecimiento subjetivo, donde se pone el acento en las historias de vida, las relaciones sociales y la inclusión social.

Se mencionan algunos antecedentes bibliográficos que guiaron la elección y elaboración de esta investigación, donde se hace referencia particularmente a nuevas estrategias en el campo de salud mental, fundamentalmente consistente en la disolución de los nosocomios psiquiátricos y su sustitución, por ejemplo, por múltiples viviendas como residencias compartidas, casas de medio camino y hospedajes, donde se alojan un número reducido de pacientes.

Uno de los antecedentes que tomaremos es el que se enmarca en la Reforma Psiquiátrica de Brasil con la experiencia de Simone C. Frichembruder en su libro: *“Os (Des) Encontros da Locura com as Cidades-Narrativas do Processo de Desintitucionalização no Território Brasileiro”* (2011), donde contextualiza con una orientación crítica y reflexiva los procesos de reforma de salud mental en Brasil, describiendo la construcción y experiencias sobre la vida en los Servicios de Residencias Terapéuticas (4).

En Argentina, con grandes avances y retrocesos, se fueron implementando de igual forma diferentes dispositivos alternativos a la internación. Una de las experiencias pioneras de América Latina, que se tomará en este estudio, fue la implementada en la Provincia de Río Negro con la Ley Provincial 2440 (1991). Se desarrolla un modelo de prácticas comunitarias, trabajando los derechos ciudadanos de las personas con sufrimiento mental, expresado en primer término a través de la atención y rehabilitación en su comunidad de origen como requisito básico y el desarrollo entre otros dispositivos como viviendas independientes y/o con diferentes grados de acompañamiento (Cohen/ Natella. 2013) (5).

En la provincia de Córdoba, a lo largo de la historia, surgieron en el ámbito de salud mental diferentes alternativas al momento de externar a los pacientes de las instituciones monovalentes existentes. Estas se expresaron en experiencias sistematizadas por los trabajadores de dichos lugares. Como modalidades de atención, dan lugar a la apertura de casas intermedias dentro de los hospitales, alquiler de casas para la convivencia de un grupo de pacientes, casas asistidas, casas de autogestión.

En lo particular, se recabó la información con entrevistas y material escrito sin publicación en la Colonia de Santa María de Punilla, dando cuenta de un proceso de transformación de sus prácticas consolidando la atención en la comunidad con diferentes dispositivos alternativos.

Por otro lado, uno de los antecedentes más relevantes en la Provincia de Córdoba que se destaca y enmarca con un trabajo integral, interdisciplinario, fundamentalmente con el enfoque de derecho es la sanción de Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y Ley Provincial de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, N° 9848 (2010) (2) (3).

A partir de estos antecedentes enunciados se pretende que esta investigación sea el punto de partida que nos de paso a retomar la propuesta de considerar, en futuras investigaciones, iniciativas innovadoras al implementar estrategias de cambio para dar respuestas a las diferentes problemáticas de salud mental.

Del cual surge el interrogante que se propone explorar:

**¿Cuáles son las características del dispositivo de intervención que propone la Casa de Medio Camino de Mujeres, para que la constituya en una iniciativa innovadora respecto de otras modalidades de intervención en salud mental?**

## **-Marco general-Recorrido histórico.**

Los pasos necesarios para comprender las diferentes prácticas de las problemáticas de la locura tienen un sustento posible de analizar desde su perspectiva histórica. A lo largo de distintas épocas, las manifestaciones de la locura fueron conceptualizadas de acuerdo a los modos en que cada cultura conformaba sus propios criterios de apreciación y percepción de los sujetos semejantes y de los diferentes.

Galende ha destacado en varias oportunidades lo cultural desde el punto de vista de cómo en la actualidad nuestras prácticas parecen naturales. Sin embargo, ubicándonos varios siglos atrás, sería extraño reconocer las prácticas actuales en dichas culturas. En los siglos III y IV que transitaban las sociedades griegas o romanas, sería inimaginable que una persona se tomara el derecho de comprender la vida mental de otra persona, ya que en general en estas culturas ha habido una tolerancia mayor a esa diversidad y no se pretendía corregir la vida mental de los otros (6).

Desde este lugar, las representaciones culturales de la locura a lo largo de la historia asumen diversas formas de nominación. Pero la constitución de un sistema de atención y de diferenciación de enfermos comienza en occidente a finales del siglo XVIII, época en que se expresaron esas diversas formas de nominación con dispositivos de saber y de poder sobre los enfermos.

Es preciso remarcar que esta situación se origina a partir del impulso que la Revolución Francesa generó en un marco de decisiones políticas que dan lugar al nacimiento de la medicina mental.

Pasada la Revolución, surge la idea de trastorno mental como definición de un estado de salud. Se construyen los primeros asilos para los alienados y empieza a denominarse alienado al enfermo (7).

Esta perspectiva de la constitución de un sistema de atención de quienes comienzan a denominarse enfermos mentales es descripta por Foucault en su libro “La Historia de la locura en la época clásica” (1961), en la que a partir del análisis de las ciencias, la filosofía y particularmente la psiquiatría en el abordaje de la locura, clasifica las actitudes históricas en tres épocas: Renacimiento, época del embarco de los locos en el siglo XV; Época Clásica durante los siglos XVII Y XVIII, donde el encierro se produce en el Hospital

General; y la Época Moderna, caracterizada por la liberación del loco. Este último abordaje se basa en el proyecto de medicalización, ideado por el Dr. Pinel, que transforma la percepción del loco mediante la diferenciación de ser un insensato a un alienado que había que atender para ser curado (8).

En el periodo del Renacimiento, se describe el primer movimiento europeo de apreciación de la locura mientras que, en el trascurso de la Edad Media, se particularizaba la exclusión a los “locos” fuera de las ciudades, “lejos de los espacios seguros para la gente”. En esta etapa se los clasifica en tres grupos: los furiosos, a quienes se los trataba con duchas frías, ayunos y palos. Los deprimidos, quienes eran cuidados en su domicilio y ubicados en una habitación separada del resto de su familia y relaciones. El último grupo, los tranquilos, que no constituían peligro ni alternaban su vida con sus familias y amistades. Esta manera de interpretar la atención al loco fue llevada desde Francia a algunos otros países de Occidente.

La época Clásica, llamada también del Gran Encierro, se caracterizó por la creación de manicomios, asilos y hospitales generales siguiendo el precepto de que el loco debe ser encerrado en instituciones dentro de la ciudad no para recibir atención terapéutica sino para que no moleste y deambule por las calles, tal como lo establecían las reglas de control del Estado. El loco es tratado como algo indeseable que hay que ocultar y no se diferenciaban de los delincuentes, con quienes compartían igual atención en condiciones infra-humanas en lugares que les significaban una condena de muerte.

Durante el tercer periodo, denominado el Moderno o ilusión de liberación del loco, se genera un cambio de actitud en la atención médica y también del Estado hacia la atención del loco. Dicha actitud se plantea merced al cambio impulsado por el Dr. Pinel, conocido como el padre de la psiquiatría, que propone humanizar el tratamiento del loco. Pinel asume que no todo en la locura es heredado o por defecto orgánico en el cerebro, sino que podrían ser adquiridas por defectos morales. Este profesional intervenía a sus pacientes con una terapia que llamaría “terapia moral”, en la que incluía duchas frías y el uso de camisas de fuerzas que, para el filósofo Foucault, equivalía al maltrato repetido del paciente hasta que internalizaba los patrones de juicio y castigo moral de la sociedad (8).

Estas descripciones permiten marcar el momento específico en que se conforman las prácticas psiquiátricas y que históricamente se ubican durante la Revolución Francesa

(siglo XVII), época donde la participación de Pinel, médico clínico diputado de la Asamblea, era básicamente la de un dirigente político que se ocupó de incorporar la medicina como apéndice disciplinario inscripto en las corrientes humanistas.

En esos tiempos, la Asamblea Francesa le encarga a Pinel ocuparse de la situación que había heredado de la época monárquica. Por entonces la profunda y grave situación económica que imperaba en Francia se manifestaba, entre otros aspectos, con numerosos grupos de personas desamparadas, vagabundos y personas sin medios de subsistencia. Sin embargo, en los años previos a la Revolución Francesa se fundó el Hospital General una institución que la monarquía, con ayuda de la Iglesia, lograron construir y en el cual eran alojadas las personas incapaces de ser integradas a la vida social.

Estos eran establecimientos de encierro, en donde estaban alojadas personas de toda condición en contra de su voluntad. Vagabundos, oligofrénicos, prostitutas, homosexuales; los que molestaban en la sociedad eran encerrados en estos lugares. Al igual que los refugiados de la monarquía que habían escapado de la guillotina de la Revolución.

En este caótico contexto, se le encarga a Pinel la diferenciación de la heterogénea población allí encerrada quien, horrorizado por el maltrato infringido en estos lugares, se aboca específicamente a separar a las personas que él concebía como alienadas, personas con trastornos en sus pensamientos, delirantes o problemas de conducta. No cambia la situación de encierro pero crea un sistema de atención emparentado con un trato más humanitario, valiéndose de exhortaciones político-morales que les permitirá a las personas integrarse a la vida comunitaria (7).

A partir de las experiencias introducidas por Pinel, médico y político, se genera un espacio social caracterizado por la humanización en la atención en esta problemática desde la medicina, delineando un antecedente determinante en el campo de la salud mental.

Esta forma de atención fue consolidada y formalizada por Esquirol, discípulo de Pinel, convirtiéndose en el fundador de una especialidad médica ocupada de los trastornos mentales.

Esquirol era un médico duro, no tan humanista como los médicos del siglo XVIII. Fue el creador de la Ley de Alienados (1838) que legislaba sobre la necesidad “del internamiento de estas personas”, además de regular todo lo referente a sus derechos civiles y sociales. Es decir que construye las normas que regulan la situación de estas personas

(básicamente el ser internadas y cómo debían ser sus conductas dentro de estos lugares) y la relación con sus derechos ciudadanos.

Esquirol es, también, el primero que genera una escuela psiquiátrica y logra armar el campo disciplinario que determina el poder de decisión sobre las personas en la práctica de la psiquiatría. A partir de 1830 existe un panorama constituido de una disciplina de lo mental como una especialidad médica y reproduce en los especialistas de salud mental los llamados “alienistas” o especialistas en “alienados” que, una década después, ingresaría en la currícula de Medicina (7).

En este recorrido histórico con eje central en la Revolución Francesa se plasma con múltiples matices la conformación del campo de salud mental, al tiempo que se construye el concepto de ciudadanía y alienación mental. Amarante (2009) se refiere a este momento histórico que se habla de ciudadanía como responsabilidad y posibilidad de convivir y compartir con los otros una misma estructura social y política. Sin embargo, espacios contradictoriamente contruidos en parte por los mismos actores sociales de la alienación mental.

Además, remarca cómo el hospital deja de ser ese lugar de filantropía y de asistencia social para transformarse en una institución de tratamiento médico de alienados. Los locos permanecieron encerrados no ya por caridad o represión sino por un imperativo terapéutico (Amarante, 2009: p.26.27) (10).

### ***-Trascendencias del recorrido histórico***

La complejidad a lo largo del tiempo de las concepciones de la “locura” y sus formas de abordarla se plasma fundamentalmente en la época clásica, en la cual habría comenzado a clasificársela como una desorganización familiar, desorden social, peligro para el Estado. En este contexto, la repuesta del internado como solución en su forma primitiva funcionó como un mecanismo social en el cual será esencial la eliminación de los “asociales”. La conformación de la historia de la locura refleja que se trataría de la constitución de un campo circunscripto en el espacio del internado. En este punto, es interesante desmenuzar las experiencias del internado vigente en esa época como el comienzo de un lugar específico que desempeña un papel de exclusión, pero también una

organización que hasta la actualidad es imposible de eliminar. Se establecieron prácticas, reglas que conformaron una unidad, coherencia y una función determinada (Foucault, I, 2012: p 129.132) (8).

No es menor este punto en este recorrido ya que conlleva a visualizar cómo, con el paso del tiempo, esta modalidad de responder a la locura se habría organizado de tal manera que lo que entonces era reconocido como malestar de la sociedad fue finalmente perfeccionado en conciencia médica como “enfermedad”.

Podríamos reflexionar cómo, por mucho tiempo, el pensamiento médico y la práctica del internamiento fueron ajenos unos de los otros. Por un lado, se desarrollaba el conocimiento de las enfermedades del espíritu; por otro cobraba relevancia el cuerpo en la época clásica, una experiencia concreta fijada por el internamiento. A finales del siglo XVIII, estos dos momentos se aproximan y convergen en un mismo espacio y van determinando igualmente la fragmentación según las formas psicológicas y morales de la abnegación, encontrándose un espacio renovado en donde se sitúa la enfermedad. Es así que en la época de la Revolución Francesa se abandonan los proyectos de reorganización central de la asistencia y la construcción de grandes hospitales. Sin embargo, lo que subyace de estas experiencias es que a pesar que se aparta todo lo que anteriormente rodeaba la locura y esta es liberada de las viejas formas de entenderlas, la locura persiste y reaparece en las mismas condiciones de exclusión, confrontando además todos los problemas nuevos que presentan la asistencia a los enfermos. Es decir: desaparece el internamiento pero deja a la locura sin un lugar adaptado a los problemas propios de esta. Se enuncia en este proceso al internamiento como un cambio de figura y se altera la locura, se le ofrece una libertad sin medirla que conforman relaciones nuevas con la misma mirada que la vigilan. Ante lo que la sociedad reacciona a este peligro tomando decisiones de contar con “casas reservadas para los insensatos”, “el asilo” y controlar al loco con “medidas inmediatas” permitiendo medidas de fuerzas que los domine. El loco se encuentra entre medidas de una asistencia que lucha por reajustarse y la desaparición del internamiento, lo que transparenta en profundidad la ambigüedad de una necesidad de excluir la locura y los cuidados médicos que se les dará mientras sean considerados enfermos (Foucault, II, 2012: p. 118-119,121-122,134) (9).

A fines del siglo XVIII, el peligro de estar loco queda identificado con la necesidad de ser objeto. Toma sentido una figura que sería, con el tiempo, una de las más importantes: el médico. Desaparece la idea de confinamiento en sí y aparece la enfermedad en cuanto relación de alienados y médicos, dando un orden en la experiencia moderna de la locura, que reconoce a estas personas como alienados y que marcaran en estos procesos históricos los postulados de una psiquiatría positivista.

Al rescatar la figura del médico, se refuerza la sustentación de estructuras rígidas y excluyentes. Se puede ver que en su organización, a finales del siglo XVIII, no es parte; sin embargo pasa a ser primordial, convirtiéndose en quien organiza y decide quién entra al asilo<sup>1</sup> (9).

Se puede afirmar entonces que hubo una preocupación de cómo mejorar el trato de los enfermos. Sin embargo, las soluciones que se encontraban a la creencia de esa naturaleza enferma requerían de una internación en un asilo, interrumpiendo en miles de personas el curso de sus vidas.

Estas transformaciones fueron receptadas en épocas posteriores provocando una reformulación del concepto de institución concebida, en estos periodos, como proceso de medicalización. La enfermedad, fenómeno exterior a la naturaleza, pasa a ser observada, clasificada, por cuanto puede ser entendida ahora como un fenómeno natural y debe responder entonces a leyes naturales y pasarán a ser las concepciones que en el siglo XIX las harán valer como científicas, positivas y experimentales (7).

Nos encontramos en lo expresado en esta primera aproximación a los desencadenantes conceptuales que ligan a los hospitales psiquiátricos como modalidades de atención que fundamentan esta investigación en cuanto aún se sostienen en el tiempo. Para sintetizar este primer momento y la relación que se observa entre los conceptos planteados con la pregunta de investigación, se puede expresar que:

**El recorrido histórico de la locura como base y fundamento a la internación psiquiátrica permite conocer cómo se desarrollan las dimensiones teóricas que sustentan con el tiempo, la conformación del campo de la psiquiatría y sus modalidades de atención en relación al encierro y el aislamiento.**

---

<sup>1</sup> “El Reglamento del Retiro es preciso: En lo que concierne a la admisión de enfermos, el comité, debe en general, exigir un certificado firmado por un médico...” Michel Foucault, Historia de la Locura en la época Clásica. II. (2012:p. 252.) (9).

### ***-Del quiebre con la psiquiatría a las Reformas psiquiátricas***

Esta revisión histórica nos permite reconocer cómo se desprenden las concepciones de la locura instaladas a lo largo del tiempo.

A finales del siglo pasado y en las primeras décadas de la actual el fuerte desarrollo del naturismo positivista impulsaba concepciones biologistas.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se comienza a reflexionar acerca de la naturaleza humana; al respecto expresa Arturo Campaña, (1995):... **“Solo a la salida de la Segunda Guerra Mundial y con la recuperación de una visión más optimista acerca del futuro de la humanidad, es que en algunos casos alcanzaría a recuperar nuevamente la posibilidad de una revolución que rompiera consiente y colectivamente el rumbo histórico del capitalismo en descomposición, y volverían a darse las condiciones más propicias para liberar a la ciencia mental de las limitaciones y ataduras bilogicistas.” (11).**

En esta dirección, la mirada se centra en la naturaleza humana y los hospicios; es decir que a partir de estos acontecimientos históricos, la sociedad comienza a reflexionar y descubre que las condiciones de vida ofrecidos a los pacientes psiquiátricos internados eran de absoluta ausencia de dignidad humana lo que genera el surgimiento de las primeras experiencias de “Reformas Psiquiátricas”, a través de nuevas corrientes de pensamiento como la Psiquiatría Democrática, Anti Psiquiatría y Comunidad Terapéutica. Estas permitieron cuestionar y poner en el eje de la discusión el funcionamiento de los manicomios.

De esta manera nos encontramos con que el peso de la crítica a la asistencia de las personas con trastornos mentales se enfrenta a la crisis de nuevos paradigmas posibilitando, en la complejidad de este contexto, la formulación de nuevas propuestas.

En términos generales, se plantearán estas líneas de pensamiento que incorporan proposiciones con marcado impacto en la realidad histórica y cultural y que permitieron procesos de construcción teórica significativamente diferentes a las que existieron en etapas anteriores.

La Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional planteaban como eje central que la mejoría de la psiquiatría es posible con cambios en el hospital psiquiátrico.

En el periodo de post guerra eran conmovedores los daños psicológicos, sociales y físicos sufridos por los soldados ingleses; muchos eran internados para tratar sus problemas emocionales, situación que acarrea exceso de pacientes y escasez de recursos. En este contexto, Main, Bion y Reichman encontraron una salida original y creativa: utilizaron el potencial de los propios pacientes en el tratamiento. Organizaban reuniones en las que discutían las dificultades, los proyectos y los planes de cada uno. Elaboraban propuestas de trabajo en las que todos, pacientes y empleados, pudieran estar involucrados.

Esta experiencia se hace aún más conocida con Maxwell Jones a partir de 1959; organizaba grupos de discusión y grupos operativos, involucrando a los internos en sus tratamientos, llamándolos a participar activamente de todas las actividades disponibles. Entendía que la función terapéutica era una tarea que debía ser asumida por todos: técnicos, familias y pacientes (10).

Por Comunidad Terapéutica se comprendían a las propuestas de reformas institucionales que daban un giro horizontal y democrático en las relaciones institucionales, imprimiéndoles un valor terapéutico.

Otra de las experiencias a remarcar en esta corriente fue la surgida en Francia con Tosquelles, conocida como Psicoterapia Institucional o Colectividad Terapéutica, la cual tenía como principio la adjudicación de una función terapéutica en el hospital, dado que todos conformaban una comunidad donde se podía cuestionar y luchar en contra de la violencia institucional.

La Psiquiatría de Sector y la Psiquiatría Preventiva, también llamada Salud Mental Comunitaria, promovían como eje central un trabajo externo al manicomio, reconociendo que para evitar internaciones y re-internaciones tenía que haber continuidad terapéutica después del alta hospitalaria.

La Psiquiatría de Sector propone la creación de Centros de Salud Mental en sectores determinados por las diferentes regiones francesas. Su exponente, Lucien Bonnafè, impulsó el acompañamiento del paciente al momento de su alta de acuerdo a su región y su derivación al centro de salud mental correspondiente a cargo del mismo equipo de profesionales que había sido atendido en el hospital, propulsando el trabajo en equipo. Es

decir que el tratamiento no era exclusivo del médico sino de un equipo de varios profesionales que pasaron a ser protagonistas en el contexto de salud mental.

La Psiquiatría Preventiva o Salud Comunitaria fue desarrollada en Estados Unidos por Gerald Caplan. Los conceptos fundamentales para la intervención preventista fueron: “crisis”, por lo que los equipos de salud mental cumplían un rol de consultores comunitarios interviniendo en crisis individuales, familiares y sociales; y el concepto de “desviación”, que a decir de la Psiquiatría Preventista sería una desadaptación a las normas (poder decir que es anormal y pre patológico).

En esta corriente surge además el concepto de des-institucionalización, transformándose en la premisa de salud mental en Estados Unidos, por lo que se implementan estrategias de incorporar centros de salud, hospitales de día, hospitales de noche, talleres protegidos, hogares y camas en hospitales generales. Sin embargo, el aumento de la demanda de psiquiatría fue tan importante que esta corriente se convierte, para muchos, en un proceso de derivaciones a los hospitales psiquiátricos y en un proyecto de medicalización de lo social.

La Anti Psiquiatría surge en Inglaterra en los años 60. Algunos psiquiatras como Ronald Laing y David Cooper comienzan a intervenir en los hospitales que trabajaban, transmitiendo experiencias de Comunidad Terapéutica y Psicoterapia institucional. Con el transcurso del tiempo comienzan a observar que las transformaciones no se daban como esperaban ya que pensaban que las personas internadas como locos eran oprimidos en dichas instituciones psiquiátricas, pero también en sus familias y la sociedad. Incorporan entonces la dimensión de enfermedad mental no como objeto, tal como lo considera la psiquiatría, si no como sujeto en relación con su ambiente social. Desde esta perspectiva, al terapeuta le compete acompañar al sujeto en su vivencia personal y social, además de protegerla de la violencia institucional (10).

Estas corrientes de pensamiento, arriba mencionadas, van tomando más sustento y complemento con los aportes de Erving Goffman, sociólogo, quien estudia y analiza las instituciones y teorías psiquiátricas desde una mirada crítica. Desarrolla un trabajo de campo en un hospital psiquiátrico enfocándose en el mundo del interno, no el personal. En su ensayo establece, a través de una investigación, las características que devienen de lo que llama “Instituciones Totales”. Subraya que son instituciones totalizadoras porque

simbolizan los obstáculos que se oponen a la interacción social con el mundo exterior y adquieren formas materiales: altos muros, alambres de púas, puertas cerradas, acantilados, ríos. Remarca que el hecho clave en estas instituciones es el manejo de las necesidades humanas mediante la organización burocrática de gente indivisible con consecuencias, en la mayoría de los casos, irreparables (12).

En este breve recorrido histórico se subrayan los puntos que van señalando las diversas formas de mirar a las personas con dificultades mentales y que necesitan, de algún modo, apoyo para sobrellevarlas. Por lo que se fueron construyendo, teorías, disciplinas, profesionales, prácticas e instituciones que confirman que las distintas evaluaciones de los síntomas, procesos afectivos y del comportamiento de las personas utilizadas para designarlas como sanas o enfermas varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en un contexto social y momento histórico determinado.

Tal es así que estos procesos sellan los modos de intervención en las prácticas de salud mental y las perspectivas de cómo mirar a las personas y la forma de vincularse con ellas.

Además nos acerca a reconocer que, de acuerdo al momento histórico, se destacará una determinada concepción que impregna las prácticas de los profesionales y a las instituciones de salud mental, trazando los modos en que la psiquiatría no solo nos transmite la relación de poder en las instituciones psiquiátricas, sino que se extienden a lo largo del tiempo a consultorios y a las prácticas profesionales generando posiciones rígidas de curadores y curados.

### ***-Devenir de las Reformas Psiquiátricas***

Al introducirnos en este punto, retomamos los estímulos que surgieron en la época de la anti psiquiatría con iniciativas de humanizar las instituciones psiquiátricas y que dieron paso al desarrollo no solo experiencias innovadoras, sino también al desarrollo de ideas para una comprensión teórica desde lo psicosocial.

En este contexto se inscribe la contribución de Ronald Laing, y David Cooper por ejemplo, quienes incorporan experiencias que tendían a fundamentar que las internaciones en los grandes cronicarios no aportaban cambios terapéuticos a los internos. Estas

consideraciones se complementan con un hilo conductor de varios exponentes de estas corrientes precedidas por Maxwer Jones, quien concreta la experiencia de hospitales de puertas abiertas.

Una de las experiencias fundamentales que se concretó en este periodo como hito elemental de otras modalidades de atención en la psiquiatría y que interesan a esta investigación fue el proyecto de la casa que Laing y Cooper llamaron “Kingsley Hall”, de la cual se cita las palabras de Angel Fiasche (2005) sobre el mismo:

**“La experiencia de la ruptura institucional la realizaron, Laing y Cooper, en una casa que ellos llamaron, Kingsley Hall, un viejo edificio alquilado a sus ancianas propietarias por una renta simbólica y donde había vivido Mahatma Gandhi. Tuve oportunidad de visitar este edificio, bastante deteriorado. Allí Vivian catorce personas que habían estado internadas en hospitales psiquiátricos.**

**El propósito de la experiencia era demostrar que esas personas podían vivir solas, sin médicos, enfermeras ni parientes, y arreglárselas por sí mismas a pesar de sus deficiencias. Todo esto tendía a corroborar que la psiquiatría pasada y presente, basada en la internación y organizada como está en el mundo, no solo no ofrece ninguna solución a la enfermedad mental, si no que por lo contrario, más bien la promueve...Esos ex internos no vivían en las mejores condiciones, ya que no se los apoyaba con muchos recursos financieros, pero se desenvolvían con libertad y tenían capacidad grupal de cogestión y un eficiente desarrollo de la solidaridad”<sup>2</sup> (13).**

Es en esta época cuando surgen las primeras “Casas de Medio Camino” en Estados Unidos como una posibilidad viable de atención, en contraposición con las experiencias europeas de modalidad del “hospital de puertas abiertas”.

De allí en más fueron surgiendo otras modalidades de dar respuesta al sufrimiento mental, asociadas a procesos que implícitamente humanizarán la asistencia a las personas con sufrimiento mental.

Es importante remarcar que fueron muchas las experiencias de reformas psiquiátricas en varios países. Amarante refiere que algunas fueron marcadas por su innovación e impacto, al punto de ser reconocidas aún hoy y de permanecer influenciando las experiencias contemporáneas (10).

---

<sup>2</sup> Hacia una psicopatología de la pobreza. Angel Fiasche (2005: p.184,185) (13)

En este trabajo de investigación nos detendremos en la Reforma Psiquiátrica, realizada por Franco Basaglia, como complemento de lo expuesto anteriormente y los procesos de transformación del territorio de Brasil, más contemporáneo, para luego describir como se fueron sucediendo dichos procesos en la Argentina. De esta manera se pretende encontrar algunas repuestas a la pregunta de investigación presentada.

### ***-Reformas y transformaciones: aportes de Basaglia***

El contexto anteriormente descrito nos aproxima a la mirada de un exponente de las Reformas Psiquiátricas, Franco Basaglia, la cual se enmarca en la corriente de Psiquiatría Democrática.

Retomando algunas apreciaciones que fundamentan la ruptura de la psiquiatría en los años 60, se destaca la importancia de dar un giro a la estructura institucional, en cuanto cómo atender a las personas con sufrimiento mental. Sin embargo, si bien comenzaron a realizarse intentos aislados en distintas latitudes, algunos con más repercusión que otros, por mucho tiempo la problemática de cómo dar respuestas a los enfermos mentales, tanto en lo teórico como en la asistencia, no incluía lo “social” como un aspecto integrado e implícito a dichas situaciones.

Desde este punto de vista, lo humanístico tenía una deuda social respecto a lo institucional, específicamente en lo asistencial, en cuanto a que las respuestas apuntan a la organización de las grandes instituciones psiquiátricas, con injusticias y situaciones degradantes a los que son sometidos los asistidos.

En este contexto, el psiquiatra Franco Basaglia inicia en Gorizia, Italia, en 1961, el intento de reformar el hospital psiquiátrico del lugar, nutrido en estos primeros años de la filosofía de Comunidad Terapéutica y Psicoterapia Institucional, con el fin de mejorar el tratamiento y rehabilitación de los internos. En este primer intento sostiene que el cambio operado en el aparato institucional no podía ser solamente combatido por medidas administrativas y de humanización, formulando un pensamiento y una práctica invertida a la institución, apuntando a superar al manicomio, en cuanto a espacio físico, caracterizado por una estructura de normas, y conjunto de saberes, prácticas, científicas y sociales que

fundamentan la existencia de un lugar de segregación, encierro, y aislamiento para las personas.

Desde esta perspectiva, Basaglia considera que es fundamental la búsqueda de estrategias que tengan en cuenta al hombre en su libre elección frente a la sociedad. Establece como punto clave el problema de la exclusión y la institucionalización de los enfermos mentales; reflexiona sobre la importancia de las reformas psiquiátricas, algunas ideas que comparte con sus colegas de Inglaterra, Francia y Estados Unidos, quienes manifiestan igualmente el problema de la institución, pero desde la óptica técnica, de métodos de curación y de organización institucional.

En relación a sus premisas teóricas, plantea tres temas centrales que determinan el punto de inflexión en el pensamiento de Basaglia:

-El primer tema refiere al “manicomio” no solo como una institución pública con modalidad de campo de concentración, determinándolo como el hábitat forzado y lugar de perpetua institucionalización. El valor de esta premisa cobra importancia en la actualidad a través de una reflexión sobre los procesos de reducción de camas psiquiátricas que, muchas veces, se convierten en procesos de re-institucionalización en lugares más pequeños y, en la mayoría de los casos, con un modelo más asistencial que terminan siendo igualmente definitivos para las personas con dificultades mentales.

-Un segundo tema primordial es considerar al hombre como sujeto en su libre elección frente al mundo. Y no será el psiquiatra quien tenga que quitar al enfermo esta libertad constitutiva del ser humano.

-El tercer tema que Basaglia plasma en sus escritos se relaciona con la “destrucción” de los manicomios. El psiquiatra italiano sostiene que hay que destruirlos para no seguir escondiendo las respuestas violentas que se dan, teniendo en cuenta que el reflejo de los manicomios en sus diferentes alternativas seguirá construyendo la imagen del loco (Basaglia) (14).

Estas concepciones involucran un fuerte componente ideológico que debe compatibilizarse con el conjunto de normas jurídicas y políticas tendientes a repensar el trabajo del médico, su rol social, y responsabilidad profesional que le cabe en la problemática de salud mental. En este sentido, la conformación de una corriente de intelectuales y profesionales que asumen sus experiencias de transformación psiquiátricas,

como factores de cambio real, generan el debate de estos cambios en el ámbito político, donde reside la capacidad democrática e institucional de transformar las modalidades de atención sanitaria.

En 1978, en Italia, se pasa al parlamento la reforma sanitaria, se aprueba la Ley N° 180<sup>3</sup>, época en que Basaglia y su equipo había iniciado un proceso de reformas con estrategias de destrucción del manicomio en el hospital psiquiátrico de Trieste. Simultáneamente al cierre de pabellones psiquiátricos fueron creándose servicios y dispositivos sustitutivos al modelo manicomial, que se diferenciaban de estos dispositivos por una estrategia provisoria e intermedia de desmontaje de la estructura institucional (14).

Los primeros servicios que implementó fueron los Centro de Salud Mental con base territorial. Se diferenciaban de los franceses y de la salud comunitaria americana, cuyos preceptos respecto al tratamiento no tenían continuidad después del alta y que los pacientes se re-internaran nuevamente en el manicomio cuando no se podía resolver su situación en el Centro de Salud Mental. Estos centros pasaban a tener la responsabilidad de las cuestiones relativas a Salud Mental.

La estrategia planteada por Basaglia se complementaba con la posibilidad real de inclusión social, creando cooperativas de trabajo o construcción de residencias para que los pacientes puedan vivir en su propia ciudad.

La aplicación de la reforma, reforzada por la Ley 180, prevé que sea más efectiva en cuanto sea acompañada por las administraciones locales, en instituciones, con uniones de técnicos y usuarios en movimientos políticos y sindicales. El recorrido se afianzó en varias comunidades locales de Italia y se difundió en toda Italia obteniendo resultados dispares. En casi todo el país conviven sistemas de servicios diferentes. Es decir que muchos siguieron los caminos de Trieste, y otros conviven con el sistema de internación psiquiátrica (14).

Este proceso de transformación denominada Psiquiatría Democrática pone en juego otras dimensiones conceptuales al momento de encontrarnos con el sufrimiento mental. Basaglia lo incorpora en toda su trayectoria: construir una práctica que corte radicalmente con el manicomio, para lo que se debe imaginar, construir y dar testimonios de nuevas

---

<sup>3</sup> La ley N°180 "Verificación y tratamientos Sanitarios y Obligatorios", fue aprobada en Italia, el 13 de mayo de 1978. (Basaglia,2000:p,14) (14).

posibilidades en cada práctica, trabajando dentro de la ideología, incorporando el rol social para que las transformaciones sean en el hacer diario.

### ***-Movimientos de la Reforma Psiquiátrica***

El contexto de las diversas experiencias donde se desarrollan la reforma psiquiátrica en Brasil confluye con los puntos centrales de las técnicas incorporadas por el psiquiatra Basaglia. En los años 70, momento político contestatario al régimen militar que lucha por la re-democratización del país, comienzan a sucederse los movimientos que cuestionan el abandono de las personas internadas en los manicomios brasileiros.

Estos primeros pasos dados por el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental se traducen en denuncias que desnudan la situación y violencia imperante en los manicomios de este país latinoamericano.

Esta situación permitió instalar el debate interno en las instituciones asilares y pensar en proyectos de reforma asistencial. A partir de 1980 se generan procesos de humanización de los hospitales psiquiátricos y, en esta etapa, dos experiencias marcan el camino de la des-institucionalización. Según relata Pedro Gabriel Delgado, una de ellas es la de las residencias Terapéuticas, en el Hospital Franco da Rocha, en Juqueri, llamadas “Lugares Abrigados”; y la otra, a la construcción de casas en espacio asilar en Barbacena, remarcando un periodo en donde se prioriza la calidad de vida y autonomía de los pacientes, más allá que el lugar seguía siendo institucional (4).

Delgado destaca que el desafío en estos primeros años de humanización y democratización del asilo no contaba con una construcción teórica, en el sentido de reflexionar las rupturas en el manicomio como camino a las nuevas modalidades de atención para el sufrimiento psíquico que estaban en construcción.

En este periodo, se comienzan a efectuar espacios de reflexión teórica para la discusión de las experiencias que se venían realizando en Brasil, constituyéndose el Congreso Brasileiro de Salud Mental, que permite la fundación del Movimiento de “La Lucha Antimanicomial”, cuyo lema “Por una sociedad sin Manicomios” destaca la participación de diferentes actores de la sociedad, usuarios y familiares.

Además de la Conferencia Nacional de Salud en 1986 de Brasilia, que da el fundamento de la Reforma Sanitaria, estos procesos cierran posteriormente en el año 1990 con la aprobación de la Ley Orgánica de Salud<sup>4</sup> (4).

En este contexto se fueron dando diferentes reglamentaciones en las regiones brasileras, básicamente trabajadas en procesos de Conferencias que impulsaron el rompimiento de los muros de los hospitales psiquiátricos, promoviendo la creación de pensiones protegidas y lugares insertados en la comunidad. Unas de las reglamentaciones que sienta precedente en esta transición es la de Rio Grande do Sul, Ley de Reforma Psiquiátrica, N° 9716/92 que propone, en su artículo 2, la creación de centros de cuidados intensivos, lugares resguardados, pensiones públicas y comunitarias. Con la Conferencia Nacional de Salud Mental en Brasilia (1992), se reafirman dichos procesos y los lugares protegidos y pensiones públicas pasaron a ser las viviendas de las personas que venían de los hospitales psiquiátricos, sumándose la creación de centros de convivencia como espacios de encuentro con la ciudad (4).

Estos procesos de transición que se fueron concretando en el campo de la Salud Mental permitieron consolidar un conjunto de dispositivos sanitarios y culturales que culminaron en algunos municipios con subsidios para que dichos proyectos pudieran ser incorporados como políticas del Sistema Único de Salud, creando los Servicios Residenciales Terapéuticos, con la publicación de la Portería MS 106/2000.

En este periodo, se establecen marcos legales y Conferencias que debaten y reflexionan sobre la atención a las personas con sufrimiento mental, que concluyen con la aprobación, en el año 2001, de la Ley Federal de la Reforma Psiquiátrica N° 10.216 (4).

En lo que interesa particularmente a esta investigación, estas normativas refuerzan una modalidad diferente de atención dado por los Servicios Residenciales Terapéuticos, establecidos como se describió anteriormente por la Portería, 106/2000<sup>5</sup> y legitimada por la Ley federal de la Reforma Psiquiátrica (4).

---

<sup>4</sup> La Ley Orgánica de Salud, N° 8080/1990, que construyó un Sistema Único de Salud, que tienen como principios: la universalidad del acceso, la equidad, la descentralización de los recursos y la integralidad de la asistencia. ( Frichebruder,2011:p47) (4).

<sup>5</sup> Portería MS 106/2000 : art. 1 : “ son viviendas o casas insertadas, preferencialmente, en la comunidad, destinadas a cuidar de los portadores de trastornos mentales, salientes de internaciones psiquiátricas de larga permanencia, que no posean soporte social y lazos familiares que hagan viable su inserción social”.

Fundamentalmente, en el proceso brasilero se remarca la importancia de seguir apostando al conjunto de transformaciones e innovaciones para la construcción de un nuevo imaginario social que no rechace la locura, sino que sea de reciprocidad y solidaridad con los sujetos con sufrimiento.

### ***-Los pasos de las Reformas en Argentina***

#### **La Reforma del Sistema de Salud en Río Negro**

La realidad de la atención psiquiátrica en Argentina se expresa, como en todos los lugares del mundo, con la base de la identidad e historia de la psiquiatría. Paralelamente y también atravesadas por las reformas que se iban imponiendo en el mundo. Estas imprimían una serie de experiencias innovadoras y de cambio en la atención a las personas con sufrimiento mental. Razón por la cual se fueron reconociendo prácticas de desarrollo comunitario de salud mental, tanto en el país y regiones americanas, pero en general constituían reformas parciales, aisladas y no de un sistema global de salud mental.

Al introducirnos en Argentina, en el recorrido de las transformaciones en salud mental, nos ocuparemos en esta Investigación de aquellos procesos de cambio en las modalidades de abordaje que establecieron la necesidad de incorporar oportunidades terapéuticas, de viviendas, laborales, asistenciales, que van más allá de la asistencia médico-psiquiatra ofrecida; en la que se destaca y particularizaremos la reforma que impulsaron el Dr. Hugo Cohen y Dra. Graciela Natella como protagonistas de la Reforma del Sistema de Salud Mental de la provincia de Río Negro (5).

Con la apertura democrática, en 1983, se comienzan a impulsar cambios en los enfoques de atención de salud mental en Argentina. En esta época una de las experiencias que inicia un proceso de transformación profunda en el área de salud mental se da en la provincia de Río Negro.

Estas transformaciones incluyeron: el desarrollo de nuevas prácticas y servicios, el cierre del hospital psiquiátrico (1988), la sanción de la Ley 2.440 (1991) y, fundamentalmente, el planteo de una nueva perspectiva en la atención de salud mental basada en el concepto de desmanicomialización.

Como desmanicomialización se comprendía a las transformaciones de un sistema de salud mental para que las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos ni otra forma de abandono (5).

Desde este paradigma se comienza en Río Negro, en 1985, con la creación del Programa Provincial de Salud Mental por decisión del Ministro de Salud de la Provincia, en el cual se elaboran los lineamientos generales de salud mental en el corto plazo, las misiones y funciones de dicho servicio. Este aún no comprendía el cierre del hospital psiquiátrico de la ciudad de Allen.

Los principios generales que se trabajaron en esta primera etapa se basaron en que todas las prácticas indispensables para desarrollar salud estuvieran integradas por un hilo conductor de un mismo equipo en salud mental. Es decir que el mismo equipo realizaba las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. De esta manera se diferenciaban de las prácticas tradicionales e instaladas que segmentaban y no articulaban las diferentes prestaciones. Se buscaba una lógica operativa, lo principal de las acciones debían ser las variadas necesidades del usuario y no la oferta terapéutica del agente de salud mental. Dicho proceso fue atravesado fundamentalmente por la capacitación permanente y la incorporación de equipos móviles de intervención a distancias o patrullas que incluían la capacitación a través de cursos breves de “atención en Urgencias” y “Nociones básicas para facilitar la inserción social”. En este tiempo no existían en la provincia dispositivos intermedios por lo que la red de servicios solo contaba con las estructuras existentes como centros de salud y hospitales generales.

En referencia al hospital monovalente de Allen, se observaba en este proceso que si permanecía un lugar asilar de atención, siempre se volvían a utilizar sus camas y más allá de esto persistía su cultura depositaria y de exclusión. Por tal motivo, se realizó un proceso de reconversión hospitalaria y cierre de la estructura asilar en el transcurso de la implementación de las diversas estrategias ejecutadas gradual y progresivamente mencionadas anteriormente. Esto culminó con la conversión del hospital psiquiátrico en hospital general en 1988.

En 1990, se establecieron las primeras casas de medio camino instaladas en los barrios de algunas localidades como contrapartida del convenio realizado con Italia. En 1991, con el desarrollo de nuevas prácticas y la incorporación de algunos dispositivos y

recursos, se promulga la Ley 2.440, de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental. La misma se basa fundamentalmente en los principios de la desmanicomialización y “en la recuperación de la identidad, respeto y dignidad de las personas con padecimiento mental expresada en términos de reinserción comunitaria como fin principal de la Ley” (Ley 2.440, 1991) (5).

Cabe resaltar que este proceso de transición significó grandes dificultades y obstáculos que se fueron dando a medida que avanzaba la transformación. Se remarca: el camino de sobrecarga que representó para los recursos humanos que enfrentaban un incremento de su trabajo; nuevas dificultades; críticas, tanto de colegas y vecinos como de familiares, que proponían la internación en un psiquiátrico. La constante en todo este proceso fue la fuerte demanda y la falta inicial de recursos y presupuesto, que traslucía el punto crítico en la medida que se hablaba de un nuevo paradigma como la reconversión y reutilización de los recursos que se encontraban en los hospitales psiquiátricos, paralelamente a tener que reutilizar los fondos existentes, ya que la reforma no significaba ahorrar recursos cerrando camas y derivando el peso del cuidado de los usuarios a las familias si no reorganizarlos (5).

### *-Transformaciones psiquiátricas y dispositivos alternativos*

Al expresar estos breves recorridos de las transformaciones psiquiátricas, se establecen directrices que marcan la necesidad de recuperar las vidas de las personas excluidas en las instituciones psiquiátricas, arrastradas a esos lugares por la historia de la locura y psiquiatría.

Al respecto, vemos como se establecen en las diferentes reformas impactos sociales en los cambios de modalidad de atención, ya que se propone como centro a la persona como parte de un proceso social dinámico. Basaglia, en las conferencias que dio en San Pablo, expresaba **“la importancia al dar de alta a un internado de hacer ver que esa persona, además de estar enferma, tenía carencias sociales, afectivas, psicológicas y humanas, las mismas que cada uno de nosotros tiene”** (..) **“lo importante para ellos es tener algo que comer, tener dinero, una cama para dormir. Ese es el problema. Esto lo aprendí de las personas con las que he hablado”**. Esto se visualiza en la desconstrucción

del hospital de Trieste, en Italia, con la búsqueda en dicho proceso de pensiones sociales o alojamientos como una manera de garantizar la subsistencia de las personas que salieron del hospital, planteadas como posibilidades reales de inclusión social con la creación de cooperativas de trabajo o la construcción de residencias para que habiten en su propia ciudad (5).

En Brasil, el proceso de transformación pone su énfasis en las estrategias de residencialidad y emancipación de los sujetos. Amarante establece la necesidad de que las políticas públicas deben dar las condiciones para el proceso de desinstitucionalización de las personas con sufrimiento subjetivo. Se hace indispensable también, como primer paso, que los equipos acompañen a los sujetos para construir autonomía e independencia: que puedan prepararse la comida, arreglarse, ver televisión, pasear por las calles, cantar, bailar, jugar, ir a la iglesia (10).

Las diferentes estrategias dan respuestas a la diversidad de situaciones, implementando residencias autónomas y articuladas con los espacios de la comunidad y en muchos casos otras modalidades de residencias que tienen que ser supervisadas en grado de complejidad, que varían según la autonomía e independencia de los moradores.

En entrevista realizada al Lic. Matias Garrot Aguilar, hace referencia a las casas implementadas en Brasil y refiere: **“quería contar que pude conocer las casas que hay hechas en Brasil, en Porto Alegre, y la mirada, por supuesto, que el proyecto me encantó, la gente que trabaja también. Que tal vez porque están puestas geográficamente las viviendas en un plan del gobierno que hizo casas para erradicar villas de emergencia y allí mismo la mitad de esas casas fueron para los pacientes que estaban en ese hospital.”**

Al referirnos a los pasos realizados en la provincia de Río Negro, en Argentina, se trabajó desde la perspectiva de la reinserción social como la producción de un proyecto de vida de las personas con padecimiento subjetivo con una existencia digna. Priorizando la promoción y gestión de la vivienda y el trabajo, por tratarse de necesidades claves en la vida de las personas. En este aspecto remarcan que no se limitaron al desarrollo de estructuras y dispositivos intermedios, sino que se extendieron a todas las prácticas de inclusión habitacional y laboral que fueran posibles según los recursos de cada territorio. Se describieron en estos procesos diversas nominaciones de estos dispositivos como: casas de

medio camino, casas-hogar, casas independientes, hogares protegidos, residencias protegidas, hostales, casas apartamentos, casa de convivencia con apoyo permanente o esporádico de los equipos, o sin apoyo sanitario y con distinto tiempo de permanencia. La prioridad estaba entonces dada por la diversidad de ofertas, sin embargo, condicionados por el contexto de fuertes carencias de recursos, más que por la denominación de los dispositivos intermedios de acuerdo con la autonomía de la persona y el apoyo necesario (5).

Se promovió y gestionó estas prácticas habitacionales favoreciendo alquileres de viviendas independientes por medio de subsidios; el apoyo en sostener el mantenimiento de la propia vivienda, con gestiones para mantener servicios básicos; participación en la construcción de viviendas autónomas con el equipo de salud junto a otros sectores y actores comunitarios; gestión en el organismo provincial para entrega de terrenos y viviendas a usuarios y familiares; desarrollo de hogares de tránsito y casas de medio camino dependiente del sector salud; alquiler de habitaciones y pensiones modestas.

Estas diferentes caracterizaciones de promoción de la vivienda compartían como común denominador ejes indispensables en las modalidades de abordaje:

a) Que funcionaran como dispositivos promocionales, es decir, que ayudaran al usuario a potenciar y desarrollar aptitudes y habilidades y produjeran condiciones de independencia. Acompañar los profesionales desde lo cotidiano, como facilitadores de su autonomía. Como ocurre en una casa, donde se presentan problemas y conflictos que puede ser necesario intervenir, pero sin impedir la capacidad resolutoria del usuario.

b) Que contaran con la aprobación y consentimiento del usuario. Se promueve la elaboración conjunta de normas de convivencia y reglas acordadas en la cotidianidad o escritas.

c) Que respetaran los hábitos y costumbres y no produjeran una contradicción con su formación y costumbres.

d) Que reúnan condiciones de higiene y mantenimiento que la constituyan como un lugar digno.

e) Que estén integradas al tejido social y no se encuentren en zonas alejadas y apartadas de la comunidad.

f) Que reúnan características que la asimilen al hogar natural de la persona. Por ejemplo, que dispongan de cuarto individual y que el número de habitantes sea limitado (no más de seis personas).

g) Que siguieran un criterio de transitoriedad en el alojamiento para no obstaculizar alternativas de autonomía progresiva.

h) Que produjeran la promoción de la convivencia y el aprendizaje de compartir y aceptar las diferencias, generando vínculos solidarios.

i) Que generen grados crecientes de auto-organización y responsabilidad con la vida propia, la casa y el grupo (5).

La reforma de salud mental en la provincia de Río Negro marco significativamente, para muchos trabajadores de salud mental, la necesidad de trabajar para un nuevo paradigma en salud mental y fue iniciativa para muchas provincias y países latinoamericanos como Brasil, que toma estas perspectivas y, veinte años después, la transforma en el programa “Volver a Casa”.

Actualmente se vuelve a retomar en Argentina este proceso, ya enmarcado con la Ley Nacional 26.657, para favorecer la inclusión social de los usuarios desde diversas posibilidades en la modalidad de atención. Al respecto, en entrevista realizada a la Dra. Natella Graciela explica: **“Hay que tomar medidas urgentes que comiencen a dar respuestas diferentes a las personas que lo necesitan, tales como abrir los hospitales generales para la internación como expresa el artículo 28 de la ley 26657, organizar equipos domiciliarios con capacidad de respuesta frente a cualquier tipo de crisis, organizar una red de acompañantes y apoyo para las personas que no tienen red socio-familiar y en la pos-crisis requieren cuidados, generar dispositivos intermedios para vivienda y trabajo, y en especial iniciar una capacitación en servicios diferentes al manicomio de los profesionales y técnicos, quienes tienen que aprender como internar a una persona con un trastorno mental severo en un hospital general, para luego mantener su seguimiento en forma domiciliaria y ambulatoria que evite recaídas y re internaciones, entre otras transformaciones.**

**Si no se desarrollan y fortalecen nuevos efectores y estrategias de atención, aunque se cuestione el llamado “viejo paradigma”, seguimos en este instalados.” (2).**

**Las reformas psiquiátricas favorecieron otro modo de ver la “locura” incorporando concepciones teóricas y científicas como base fundamental para los cambios que surgieron en las prácticas. Realizando aportes significativos a la atención en salud mental, comienzan a cuestionar el modelo asilar y de clausura, pretendiendo generar cambios en la forma de mirar, conocer y actuar, con nuevas modalidades de abordaje.**

## **-Provincia de Córdoba y los movimientos de cambios en Salud Mental**

En la provincia de Córdoba, al abordar los análisis que se fueron realizando en salud mental, en esta Investigación retomaremos la importancia de la dinámica de cambio en el contexto general y particular en relación a experiencias de reformas en la Provincia.

Con el advenimiento de la democracia se pone en manifiesto la imperiosa necesidad de reflexionar, debatir y producir cambios en el campo de salud mental. Perspectiva que da lugar a comenzar a recuperar la capacidad del espacio del Estado y normativas legales, así como lineamientos internacionales que acompañaron estos nuevos pasos.

Haciendo mención en estos aspectos, Ferro refiere a cómo se retoman los lineamientos dados por la OPS/OMS y se incorporan las bases, líneas de acción y recomendaciones que se tienen desde 1984, que se trabajan como “Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental (Goldenberg. 1984) y que comienzan ya en esta época a ser ejecutadas por el Dr. Galli, V. (1986) en la nación, y tomadas por las provincias.

Entendemos que el abordaje de los diferentes procesos que se van presentando en salud mental toma sus cimientos en las declaraciones y principios que se fueron estableciendo en América Latina, desde 1990, respaldando los avances que se incorporaron en las prácticas de los diversos espacios e instituciones en la ciudad de Córdoba, como la Declaración de Caracas y, 15 años más tarde, los principios de Brasilia (15).

En relación a la Declaración de Caracas, en 1990, se desarrolla la Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, llevada a cabo en la ciudad de Caracas (Venezuela) y convocada por la OMS/OPS. Se propone promover la ruptura de la atención convencional en salud mental, la cual se centra en el hospital psiquiátrico. Se establece de hacer hincapié en la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, reforzando la protección de la dignidad de las personas y derechos humanos. Además, recomendar la readecuación de las legislaciones de estos países adoptando las orientaciones de esta Declaración.

De igual manera auspiciado por OMS/OPS, en 2005, en Brasil, se establecen los Principios de Brasilia: Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud mental para las Américas. Se plantea una fuerte reflexión de los avances y limitaciones que se fueron produciendo en los procesos realizados respecto a cambios en la atención, luego

de transcurridos 15 años de la Declaración de Caracas. El eje de estos principios es el de promover e impulsar, en base a experiencias ya realizadas en el continente, la movilización cultural, la reducción de camas psiquiátricas en hospitales monovalentes y, sobre todo, la creación de redes comunitarias de atención con la incorporación de e integración de la salud mental en las redes de servicios de salud pública (16).

La importancia de estas iniciativas determinaron antecedentes en las reformas que se pudieron implementar, a pesar que los cambios fueron paulatinos y, en algunos espacios, aún no se manifestaron en sus prácticas, ya sea por las indiferencias del Estado para incorporar como prioritario los cambios necesarios, como también la resistencia de actores a proponer lo necesario en las instituciones, o por temor a pérdida de lugar que tienen las profesiones que siguen desempeñándose en estas instituciones psiquiátricas reproduciendo la lógica del encierro (17).

Los aportes en Córdoba de la mirada de atención en la comunidad permitieron a muchos trabajadores de salud mental comenzar a incorporar experiencias y programas que visualizaban otras posibilidades en el abordaje al padecimiento subjetivo. Al respecto, Ferro expresa que si pensamos en salud mental en la comunidad, hay que pensar en integrar el pensamiento individual con el social, el clínico con el epidemiológico, pasar del pensamiento lineal al complejo, siendo este un desafío ya que hablamos de revisar en los paradigmas y conceptualizaciones universales y devolver la salud mental a la sociedad. Remarca ante esto que conceptualizar salud mental tiene su dificultad en su esencia, ya que siendo parte de las ciencias sociales, sus determinantes deben ser explicados en el campo político, económico y social y no solo en lo biológico y psicológico, puntualizando como obstáculos para conceptualizar la salud mental: el paradigma biologicista; problema solución, que lleva a la dicotomía salud-enfermedad; el problema centrado solo en el campo individual y que excluye los problemas sociales y la des-contextualización de los estudios de la salud mental (15).

Desde este lugar se incorporan en diversos espacios de salud mental prácticas de intervención que, en contraposición a prácticas aisladas a la dimensión social, pretenden incorporar dispositivos alternativos como modalidad de abordaje.

### ***-La intervención en salud mental desde la mirada social***

Las consideraciones de la dimensión social toman relevancia en esta Investigación intentando dar respuesta a la pregunta del trabajo presentado, complementando lo desarrollado coherentemente con el marco de referencia.

En esta línea, es fundamental acercarnos a algunas apreciaciones que hacen referencia al entramado social en el momento de intervenir desde la mirada integral y social.

Tomando a Carballeda, hablaremos de los “escenarios de intervención”, en relación a que remite a situaciones cambiantes dentro de una misma trama. Así, la intervención en lo social se convierte en una herramienta, mientras que pueda transmitir acciones, pero fundamentalmente en un horizonte. Además, este escenario se moviliza por actores que cuentan con cierto protagonismo pero con la posibilidad de plantear el cambio de esa trama con otras alternativas y con la mirada del “otro”. Es decir que la palabra de este posibilita conocer su historia, su vida cotidiana, aquello que van a sugerir los pasos a seguir en la intervención social.

Esta noción también implica reconocer la diversidad de lo social, en tanto que lo frecuente es considerar lo homogéneo como relaciones causales y enunciados generales, en relación a la concepción occidental hegemónica de lo normal y patológico, o sea, para las personas el escenario es su mundo social, y no se tiene en cuenta su contexto. Si se plantea de otro modo se podría decir que, desde esta concepción, las relaciones sociales de la persona son entendidas desde los parámetros de normalidad y lo patológico. En salud mental actualmente se está en un proceso de revisión, de intentar comprender el escenario de la intervención, desde la perspectiva del actor, su historia, su vida cotidiana pero, sin embargo, atienden el modo de cómo estos fueron construidos en concepciones más hegemónicas.

Corresponde entonces a dos perspectivas de modalidades de atención: por un lado, la que sostiene un aislamiento y disciplinamiento, orientada a una mirada desde una perspectiva normativa. Por otro lado, se plantea lo social como proceso que necesita intervenir en los espacios micros sociales, que es donde se construyen la vida cotidiana de

las personas, lo que implica que las personas construyen su identidad en ámbitos de reciprocidad e intercambio y por ende lo social se explica desde lo singular.

La mirada a la singularidad implica un giro significativo en la intervención. Las palabras de Carballada lo expresan claramente: **“ya no interesaría sólo lo que “sobresale” sino como se construye aquello que emerge en una entrevista, en una asamblea, en un trabajo grupal, comunitario, etcétera.”** (18).

Las directrices que imprimen los ejes de intervención como común denominador en las reformas que se implementan en salud mental traslucen la imperiosa necesidad de incorporar estrategias de cambio en los abordajes de atención. La respuesta es concordante a desarrollar múltiples alternativas como dispositivos terapéuticos sin fragmentarlos de la social, como procesos. Amarante toma las expresiones de Rotelli Franco cuando re-significa la gran importancia de considerar los procesos sociales complejos, en donde las acciones directamente relacionadas con los actores sociales involucrados deben superar la simple organización asistencial y alcanzar prácticas y concepciones sociales (10).

### ***-Transformación en el Hospital Colonia Santa María de Punilla***

A nivel provincial, en el recorrido realizado se observó ausencias de investigaciones científicas que caractericen procesos de cambios y transformación de las prácticas y nuevas modalidades de abordaje en salud mental.

Sin embargo, existen un sin números de experiencias y estudios de los profesionales de salud mental que plasman antecedentes e implementan prácticas bajo el paradigma de los derechos humanos.

En este trabajo recogimos la experiencia realizada en el Hospital Colonia Santa María de Punilla, que marca un proceso de transformación incorporando la implementación de diversos dispositivos alternativos al momento de externar a los pacientes que dicho hospital aloja.

Los datos para transmitir esta experiencia se obtuvieron a través de entrevistas y proyectos formulados por los profesionales del Hospital Colonia Santa María que se plantean en términos cualitativos, realizados por experiencias escritas por los mismos.

Es necesario un acercamiento al contexto institucional desde una realidad concreta, que permita visualizar la importancia de los procesos de transformación que se vienen realizando. Al respecto, plantea dicho escenario la Lic. Gimenez Santo, en entrevista:

**“Este hospital había sido resultado de cosas que se conocen públicamente, había sido resultado de primero de lo fisiológico, con la idea de esto, de la cura climática de la tuberculosis, hasta que aparecieron los antibióticos, cuando eso ocurrió conjuntamente con eso empieza un movimiento en Bs.As. de externación y desitucionalización de pacientes y también de transformar el Borda y todos los hospitales de Bs.As. en lugares con externaciones más breves y no ya de externaciones prolongadas para siempre y así se forma este hospital como una oferta de salud mental y envían contingentes de personas que hacen este gran número de gente que encontramos nosotros cuando comenzamos la residencia (más de 1000 pacientes). De varias provincias sobre todo de Bs. As, pero de otras provincias también. Y nosotros ahí recuerdo que hicimos como una investigación de lo que decían las HC., aparte de los pocos datos que traían en todas figuraba algún problema pulmonar, digamos, como un modo de justificar estos traslados. Lo que nosotros encontrábamos en la sala eran personas de toda edad, personas ya crónicas, posiblemente, personas inclusive que venían de Europa con pocos datos y llegaban acá sin muchas herramientas, sin muchos elementos, como que venían de vacaciones, bueno, luego permanecieron acá”.**

Enmarcados en propuestas de mejoras en el campo de salud mental, con el advenimiento de la democracia en 1983, se comienza con un diagnóstico de situación en el cual se encuentra incluido un censo en el Hospital Colonia Santa María. De los resultados surgen las estrategias de acción que priorizan un cambio en el concepto salud-enfermedad a partir del cual las prácticas tienen que tender a modificar el monovalente como cronicarios. Unos de los factores que incidió fue la creación de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, incorporando otra mirada en la atención. Las palabras de la Lic. Giménez Santo expresan la importancia de esta incorporación:

**“En aquella época, la residencia interdisciplinaria, el primer año, era en comunidad, había muchas menos herramientas de lo que es el trabajo comunitario y de lo que se esperaba de nosotros, que también éramos nuevos en la profesión, en las distintas especialidades o sea había psicólogos, comunicadores sociales, enfermeros,**

**trabajadores sociales y médicos, todos iniciando la carrera profesional, o sea que también fue una marca importante creo yo, esa experiencia para un sentido o en otro, era controversial también, porque era novedoso, no solo en sí la RISAM, si no la propuesta que en ese momento había en salud mental, que incluía esto de salir a la comunidad, trabajar con la gente. En segundo año era psiquiátrico, en ese momento estuve en agudos y en tercer año era la experiencia en hospitales generales. Todo novedoso digamos, e interesante, y que dejó en todo momento una impronta importante.”**

**“Yo creo que ya desde allí había ese interés, que las personas pudieran volver, ya no contactar porque los lazos se habían perdido, había que ubicar en muchos casos porque venían con tan pocos datos que realmente era muy difícil, pero al menos que pudieran tener otro tipo de curso en la vida, de cómo habían sido enviadas aquí. Entonces retomo allí, yo recuerdo como muy fuerte los conceptos de participación, en esa época, del saber popular, de comunidad, en fin, de cuestiones que por eso digo fueron marcando esa época, hasta que hubo en cierta forma como un impasse.”**

Este panorama coincide con los cambios de prácticas necesarias, ya que había un marcado interés de los profesionales en la búsqueda de respuestas para externar a pacientes.

Desde el año 2004 se viene profundizando y desarrollando un proceso de transformación, a partir de incorporar una serie de acciones para la externación de los pacientes. En una primera etapa se comenzó con el servicio llamado de geronto- psiquiatría, sala C2, en el cual había 76 pacientes. El proyecto, llamado de “Externación y Hogarización de pacientes crónicos con modalidad de casas asistidas”, promovía dar respuestas a una población de pacientes crónicos con una modalidad de abordaje diferenciada y novedosa, que consistía en la implementación de casa externas asistidas para la residencia de un grupo de pacientes que se encuentran compensados psicofarmacológicamente y/o con dificultades en el auto-valimiento de la vida cotidiana y con ausencia de familia. Fue una propuesta generada a través de un análisis diagnóstico construido interdisciplinariamente, cuyo propósito es el de tomar una medida más inclusiva para aquellos pacientes con dificultades en su autonomía y que no tienen la posibilidad de ser dados de alta institucional. Estas casas asistidas se encuentran ubicadas en la comunidad y tienen la particularidad de contar con la presencia de personal de enfermería (19).

Hasta el 2009 se logró el egreso de la sala C2 de 16 pacientes en casas externas y en hogares familiares de origen. La Lic. Paz Martha relata esta etapa en la entrevista:

**“Los dispositivos externos comenzaron en el sector de geronto-psiquiatría, teníamos una población de pacientes que habían perdido los vínculos con sus familias, medio de origen con sus amigos, entonces pensamos en una posibilidad diferenciada y creamos la alternativa de las Residencias Asistidas. Empezamos a trabajar con un grupo como prueba piloto, con 10 personas, ya veníamos trabajando con ellos el tema de la recuperación de los hábitos, en el aprendizaje y re-aprendizaje de algunas habilidades pérdidas y trabajando con las potencialidades y remanentes que contaban. A partir de allí gestionamos el dinero para alquiler, en la Dirección de Salud Mental, para conseguir una vivienda que nos posibilitara que estas personas pudieran convivir. Pero hubo un trabajo previo a esa posibilidad. También hubo un trabajo previo en relación al recurso humano. Hemos trabajado con las/os enfermeras para que pudieran pensar que había otras formas de hacer y otras formas de accionar, desde el afuera de la Colonia.”**

Además, se contaba con una casa de medio camino dentro del predio de la colonia donde se particularizaba el trabajo con pacientes con mayor grado de autonomía, con el objetivo de fortalecer su inclusión en la comunidad. En la actualidad ya no se encuentra funcionando, expresando al respecto la Lic. Paz, Marta:

**“En la actualidad no tenemos Casa de Medio Camino. Estamos logrando nuevamente re-abrirla porque tal vez en este recorrido cometimos un error con el cierre de la Casa de Medio Camino, pero hay situaciones que nos genera, ahora, la necesidad de evaluar la apertura de ese dispositivo. Tuvimos Casa de Medio Camino, esto también posibilitó varios egresos y también posibilitó otra modalidad que es la creación de las Casas Autogestivas. Que estuvieron en la Casa de Medio Camino, transitoriamente y al obtener algún beneficio económico pudieron armar una elección diferente de vida con la cobertura de sus propios recursos, de los gastos y pudieron elegir también con quien irse a vivir.”**

Complementariamente a estos lineamientos que se venían realizando, en el 2006 se realiza en la institución una política de desmanicomialización y de trabajo en la comunidad, desarrollando proyectos específicos de nuevos dispositivos en salud mental. La propuesta

fue planteada como actividad institucional con un proceso constructivo al interior de los equipos interdisciplinarios.

La programación de este proceso fue planteada en cuatro etapas. La primera corresponde al “Programa de Apertura y Consenso”; la segunda al “Programa de Avance”; un tercer momento que corresponde al “Programa de Consolidación” y, por último, al proceso de “Gestión Estratégica”. Las acciones que se implementaron en este proceso son: el refuerzo de la atención por consultorio externo; la implementación de un plan de reconstrucción de pabellones; la constitución de un equipo interdisciplinario, denominado “Mediano Plazo Virtual”, para implementar estrategias de externación para pacientes de larga estadía; y una reunión técnica semanal del Consejo Técnico Asesor de Dirección con el objetivo de promover el trabajo interdisciplinario y planificar actividades.

Este diseño de política institucional, denominado como proceso de desmanicomialización del Hospital Colonia Santa de María de Punilla, permitió la reducción de números de pacientes internados de larga estadía: de 356 personas en el año 2007 a 34 personas en el 2012 (19).

### **Dispositivos implementados en la comunidad**

La creación de las diferentes modalidades de dispositivos buscaba dar respuestas a los pacientes con escasa contención de sus redes socio-familiares y que requerían acompañamiento en las actividades de la vida diaria. La implementación de estas modalidades de abordaje se enmarcó dentro un programa llamado “Tener un Hogar”.

En la actualidad se encuentran consolidados los siguientes dispositivos:

**Residencias Asistidas o Protegidas:** tres residencias localizadas en:

- Ciudad de Cosquín. Residen diez personas. Inaugurada en noviembre del 2010.
- Ciudad de Cosquín. Residen diez personas. Inaugurada en Julio del 2011.
- Villa Caeiro, Santa María de Punilla. Residen once personas. Inaugurada en agosto del 2011.

Características: tienen la particularidad de contar con servicio de enfermería las 24hs., cuyas acciones comprenden la rehabilitación permanente de los externados.

**Residencia de Asistencia parcial:** una residencia en:

-Villa Caeiro. Santa María de Punilla. Residen cinco personas.

Características: creada para pacientes compensados psicopatológicamente, con hábitos conservados, que requieren de menor supervisión de enfermería, pero se prevé paulatinamente empoderar a las personas desde sus potencialidades personales para fortalecer su autonomía. Cuenta con el acompañamiento de enfermería desde las 6hs. Hasta las 22hs. Además, cuenta con un recurso médico y una Trabajadora Social.

**Casas de Autogestión:** ocho casas:

-La mismas se distribuyen en las localidades de Cosquín, Violet Masse, Comuna San Roque y Santa María de Punilla.

Características: de acuerdo a sus ingresos económicos y empatía entre pares, se organizan de dos a cuatro personas y alquilan una vivienda por sus propios medios. En algunos casos se apoya con la alimentación (20).

El principio fundamental que atraviesa transversalmente a estos dispositivos es la promoción de una inclusión efectiva en los espacios comunitarios. Esto implica una constante articulación con las instituciones formales e informales de la zona, complementados con el apoyo institucional de alternativas con el Hospital de Día y Centro Socio Laboral. En entrevista a la Lic. Paz, Marta, se refuerzan estos principios:

**“La conformación de equipos de atención comunitaria también ha sido otro posibilitador de evitar los re-ingresos. Es llamativo, realmente los pacientes externados es re bajo el número de re-internación porque si bien no están todos insertos en las residencias, están con sus familias, en viviendas independientes, pero si, somos cuidadosos en relación al monitoreo del tratamiento ambulatorio. De tal manera aquel que no concurre a la asistencia, concurrimos a verlo. Diseñamos visitas domiciliarias, trabajamos con la red comunitaria y ayuda bastante la inserción en los talleres. Esto es un gran posibilitador de la red atención en Santa María, porque los talleres trabajan también de manera articulada con los municipios, ha sido un proceso, también, y se han podido insertar con otras disciplinas que no tienen que ver con áreas de salud mental que esto también ha sido un trabajo de resultado del proceso, de ir y articular con los diferentes dispensarios, u otros espacios.”**

Es necesario aclarar que dicho proceso de transformación en el Hospital Colonia Santa María llevó, a lo largo de su implementación, a contradicciones y retrocesos. Pero también a avances, en definitiva, por la convicción de la mayoría de los trabajadores de la posibilidad de implementar prácticas diferentes al aislamiento y la exclusión.

En el informe de avance presentado por el Área de Rehabilitación en el 2014, se expresa este proceso como la desmanicomialización. Como cualquier otro movimiento contra-hegemónico, siempre estará sometido, a pesar de estar legitimado por leyes, a contra fuerzas. Tendrá aristas contradictorias en su seno y fuera de él y habrá de requerir revisiones permanentes (21).

### ***-Casa de Medio Camino de mujeres, Córdoba Capital***

Los aportes teóricos con los que se cuenta para la descripción de la experiencia de la Casa de medio Camino de mujeres de Córdoba Capital son, tanto el Proyecto presentado por las profesionales a cargo del dispositivo, como los trabajos finales de las alumnas de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba, en el marco de prácticas pre- profesionales. Además, se complementa con entrevistas realizadas.

### **Comienzos de la propuesta**

La propuesta de la creación de una casa de medio camino tiene su origen en los años 90, como parte de una iniciativa del área de Servicio Social del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. La base que fundamentó dicho proyecto fue un diagnóstico situacional de las dificultades al momento de externar a los pacientes de dicha institución.

Los resultados obtenidos mostraban que al momento de dar respuesta de externación, se contaba en la comunidad con más posibilidades de lugares para hombres y no se contaban con alternativas para mujeres. Igualmente, estas alternativas se percibían desdibujadas por el escenario de la crisis política e institucional de ese momento.

Si bien ideológicamente desde las perspectivas planteadas en Servicio Social se acordaba con implementar propuestas alternativas a la internación, se relacionaba directamente con la reducción de gastos para el Estado. La Lic. Miani A., parte en esa época de la propuesta, refiere sobre el tema:

**“Lo que yo rescato de ese proyecto alternativo, es que en el momento que surge es un momento muy difícil institucionalmente, entonces, me parece que da un lugar a lo que nosotros llamamos movimientos instituyentes que pueden generar algún cambio, y esto me parece, importante con el surgimiento del proyecto. Porque a nivel institucional estábamos muy mal y surge este proyecto y simultáneamente el Proyecto de Hospital de Día, que se concreta mucho antes.”**

En este marco, el proyecto es presentado por la Lic. A.M y Lic. L.A. Cuando solicitan los traslados a otras instituciones del área de salud mental, el mismo sigue sus pasos para ser implementado por profesionales de Trabajo Social del espacio institucional de Servicio Social.

En el año 1998, se adjudica un inmueble que depende del Ministerio de Salud de la Provincia, en momentos que se desempeñaba como Director de Salud Mental el Dr. Osvaldo Navarro. Siete años más tarde, en el 2005, es presentado por las autoridades provinciales para ser inaugurada. Acto que se concreta solo para el espacio político, ya que no se cumplía con los requisitos de seguridad ni de infraestructura de acuerdo a las ordenanzas ministeriales.

Posteriormente a estos acontecimientos, desde el servicio social del Hospital Neuropsiquiátrico, se siguen con los pasos necesarios para cumplimentar los requisitos y se avanza con la compra del equipamiento de muebles y electrodoméstico. En el año 2008, a cargo de la Dirección General de Salud Mental, el Dr. Filiponi, Emilio retoma el proyecto. Se realiza desde las profesionales una mirada integral, dándole un giro importante a la propuesta, enmarcada en estrategias más integrales que promovían esta dirección. Se propone implementarlo para la Provincia de Córdoba y no como exclusivo del Hospital Neuropsiquiátrico. Las profesionales designadas para llevar a cabo este giro fueron Trabajadoras Sociales: por un lado, la Lic. que inicialmente propicia este proyecto y cumpliendo tareas en Hospital de Día, solicita retomararlo; por el otro, la Lic. que en ese momento se encontraba como referente de dicha propuesta en el servicio social (17).

**“Red de alternativas terapéuticas en salud mental para la inclusión social”-  
“Casa de Medio Camino de Mujeres.”**

Al retomar la propuesta, en primera instancia se parte de una revisión de concepciones teóricas que den respuestas y se adecuen a las nuevas modalidades de atención que se promovían en el campo de salud mental.

De esta manera se presenta dicho proyecto como una propuesta superadora, en donde se propicia la constitución de una red alternativas terapéuticas como estrategia global e integral, que busca trascender el trabajo individualista que se realiza en cada institución de salud mental para conformar un sistema de atención integral de la salud mental.

Implica perspectivas de acción que reorganicen el sistema de salud mental en red, en función de los lineamientos políticos de los Derechos Humanos y con el objetivo de la desmanicomialización.

Se propone un trabajo de las profesionales como articuladoras en la red a dos puntas: por una parte, la organización del sostén social que compromete a bregar para la creación de políticas sociales que den respuestas a las necesidades del paciente y su familia. Conjuntamente, fortalecer propuestas de trabajo de instancias intersectoriales. Por otra parte, dar vida a diferentes alternativas terapéuticas como casas de medio camino, residencias compartidas, casas de auto gestión, cooperativas de trabajo y artísticas.

El proyecto tiene por objetivo principal propiciar que en la Provincia de Córdoba se cuente con una red de alternativas terapéuticas que den respuesta a las diferentes necesidades de la población con padecimiento subjetivo.

La base y cimiento para conformar esta propuesta de trabajo en red es la Casa de Medio Camino, ya que por lo manifestado se contaba con el inmueble y formulación general. Además, se decide respetar el criterio de que sea para mujeres.

## **Casa de Medio Camino de Mujeres**

Al reorganizar los pasos necesarios para la apertura de la Casa, en el 2008, se comienza con revisar lo realizado hasta el momento. Se formuló la ficha de admisión a la Casa de Medio Camino; se reformularon distintos aspectos del proyecto tales como: criterios de admisión, consentimiento informado, evaluaciones; se realizó el seguimiento del expediente y puesta en obra de los trabajos de remodelación que debían cumplimentar Infraestructura Hospitalaria del Ministerio de Salud de la Provincia; se evaluaron los distintos ítems señalados por el Departamento Jurídico Legal del Ministerio de Salud de la Provincia como así también los instrumentos de derecho, Consentimiento Informado y Reglamento de Convivencia; se elevaron a la Dirección General de Salud Mental los presupuestos para equipar la Casa de ropa blanca.

Este proceso llevó un tiempo relativo, y el 16 de Julio del 2009, se abrieron las puertas para recibir a las primeras mujeres.

## **Aspectos generales de la Casa de Medio Camino de Mujeres**

La Casa de Medio Camino de Mujeres es una institución dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y de la Dirección General de Programas de Salud Mental. Se encuentra localizada en Pje. Tomás Olivier, esquina Balcarce, B° Centro, de ciudad de Córdoba.

Consiste en una instancia ambulatoria, como un proceso de transición entre el hospital y la comunidad, para mujeres con cuadros psiquiátricos estabilizados con diagnóstico de psicosis, neurosis graves o consumo problemático de sustancias, cuyas edades oscilen entre los 21 y 50 años, que conviven en un lugar en “condición de casa” y no de institución hospitalaria.

La Casa de Medio Camino es definida como un dispositivo estratégico, un lugar de cuidado y de intercambio sociales para mujeres mayores de edad que, por su padecimiento subjetivo, necesitan fortalecer su autonomía e independencia; y que en un tiempo determinado (aproximadamente seis meses) recuperen un nuevo lugar social de acuerdo a su proyecto de vida<sup>6</sup> (10).

---

<sup>6</sup> Se toma de Amarante P., al hacer referencia a la construcción de un nuevo modo de tratar con el padecimiento subjetivo. En relación a que los lugares de atención no sean de represión y exclusión, sino dispositivos estratégicos, como lugares de cuidado y de intercambios sociales. Afirmando que es necesario la

Intenta brindar un espacio social, integral y comprometido con las singularidades de cada una de las personas que atraviesan un padecimiento subjetivo, que se encuentran internados en instituciones monovalentes y que son dados de alta institucional, cuya externación resulte dificultosa debido a diversas circunstancias sociales y/o económicas. De manera que este dispositivo brinda un espacio de contención para aquellas personas cuyos ingresos económicos, vínculos familiares y/o sociales se caracterizan por su precariedad y que al transitar por esta institución se interviene con diversas estrategias para desarrollar o fomentar habilidades que tiendan tanto al autoabastecimiento económico como a la recuperación de su participación en la trama social.

El objetivo último de la Casa de Medio Camino es la inclusión social de las mujeres que allí residen. El logro de dicho objetivo se realiza cuando ellas concretan sus proyectos de vida, cuenta con autonomía e independencia, logran percibir algún tipo de ingreso, ya sea un sueldo por trabajo, pensión, jubilación o subsidio que les permita satisfacer necesidades básicas como la vivienda, comida, vestimenta; y fortalecer los vínculos con sus familiares.

La Casa de Medio Camino trabaja desde una perspectiva de Derechos Humanos, razón por la cual sus intervenciones están basadas en el fortalecimiento de estos sujetos como sujetos de derecho.

Este dispositivo como espacio de socialización propone un abordaje integral del sujeto, que apunta a trabajar de manera interdisciplinaria y coordinada con otras instituciones de Salud y Salud Mental, para que se garantice su autonomía, libertad e inclusión social, así como también contribuir a redescubrir potencialidades que hagan posible un proyecto de vida diferente. El abordaje es grupal complementado con lo individual: atiende a las singularidades de cada caso, con una mirada fundamental hacia afuera, hacia la comunidad, en una interacción constante con otros actores sociales ya que se pretende que las residentes, como protagonistas, logren su inclusión en espacios sociales más amplios.

---

construcción de" un nuevo lugar social para la diversidad, la diferencia y el padecimiento subjetivo". (Amarante 2007: p 68,104). (10)

### **Características edilicias e infraestructura**

La ubicación de la Casa de Medio Camino es Córdoba Capital. El edificio es propiedad del Estado provincial. La distribución de la Casa es amplia y cómoda: cuenta con dos dormitorios, uno más amplio donde se organizan cuatros camas, y otro de menor dimensión con capacidad de dos camas. Una sala de estar en el ingreso, que lleva a un comedor. Y una sala chica, destinada a oficina para las profesionales. Tiene cocina y un baño grande con ducha y dos baños más pequeños. En la parte de atrás de la casa hay patio y un lavadero. Las características arquitectónicas son de una vivienda familiar. No posee identificación de ser una institución de salud mental. Se encuentra, de manera general, bien mantenida.

La casa se encuentra completamente equipada con muebles, electrodomésticos (heladera, cocina, lavarropas, aire acondicionado frio/calor, televisor), vajilla, utensillos de cocina y ropa de blanco, esta última a elección de las mujeres que residen en la casa.

Cuenta con los servicios esenciales para ser habitada: luz eléctrica, agua potable, gas natural y cloacas. No posee línea telefónica ni televisión por cable.

### **Dinámica organizacional**

El equipo profesional con el que cuenta la Casa es de dos Licenciadas en Trabajo Social. Cumplen sus funciones de lunes a viernes en el horario de la mañana y sólo en el caso en que la situación lo demande, se hacen presentes en otros momentos del día o la noche, así como también los fines de semana y feriados. Cumplen guardias pasivas los 365 días del año.

### **Proceso de Admisión- Criterios- Consentimiento Informado**

El ingreso de las mujeres a la Casa de medio Camino comienza con la admisión/ derivación de estas por solicitud de los diferentes efectores de salud metal, tanto del ámbito público como del ámbito privado, de la Provincia de Córdoba.

A partir de estas solicitudes se establece un encuentro como punto de inicio de una mirada y escucha a la historia de la persona y su contexto; así como también, una mirada a

sus lazos sociales. Es un proceso de recuperación de sus historias de vidas como estrategia de intervención<sup>7</sup> (18).

En este marco comienza el proceso de admisión, en el que se analiza cada caso en un proceso de entrevistas pautadas con el equipo tratante, la mujer y algún referente o familiar (en el caso de que exista alguno).

La primera entrevista tiene lugar con el equipo interdisciplinario tratante. Este equipo está conformado generalmente por un/a Psicólogo/a, un/a Médico/a Psiquiatra y una Trabajadora Social. Se indaga sobre la historia clínica de la persona que se deriva, registran los datos de la institución de la que proviene, los datos del responsable terapéutico, el tiempo y motivo de internación, los referentes familiares y la estrategia de externación que viene trabajando la mujer con el equipo de profesionales.

Esta instancia orienta a revisar los diferentes dispositivos de intervención en el proceso de esa persona derivada, en el que se enmarcaran los puntos de encuentros en las estrategias planteadas con el equipo y que acompañan a esclarecer el sentido y la dirección del ingreso a la Casa.

La segunda entrevista se realiza con la posible mujer que resida en la casa. En esta oportunidad, se intenta acercarse y conocer la historia de la mujer relatada en primera persona: se indaga acerca de sus deseos, intereses, miedos y proyectos en esta nueva etapa fuera de la institución. Así mismo, se constituye también en un espacio en el que se le brinda a la persona la posibilidad de plantear sus dudas e inquietudes en relación a la casa, a los fines de conocer el funcionamiento y los objetivos de la misma.

Hace referencia a la presentación de la persona, con la posibilidad que se abra una puerta a pensar una forma de aproximación que la restituya a su propia historia y, a la vez, permita centrar la palabra y la mirada en la presentación de ese “otro” como protagonista.

En el caso de que sea posible, se realiza una tercera entrevista con algún referente de la mujer ya sea familiar, amigo o quien designe como tal la futura residente. En esta entrevista se le explica al referente qué es la Casa y cuáles son sus características y se le pregunta si acompaña con su firma a la futura residente. Así mismo, en este encuentro se

---

<sup>7</sup> Desentraña los aspectos simbólicos de la vida social, desde las significaciones individuales o desde las narraciones que hablan en lo colectivo. A su vez pueden dar cuenta de historias de vida en determinados contextos, explicitando pautas de relación y construcción de sociabilidad. (Carballeda,2004: p.129) (18)

comienza a trabajar en relación a la construcción o fortalecimiento de los lazos afectivos y de contención y se analiza qué recursos tiene la familia para colaborar en este proceso.

El proceso de admisión toma significación al momento que se complementan, como herramientas centrales, *los Criterios de Admisión y el Consentimiento Informado*, los cuales atraviesan la intervención desde la mirada de los Derechos Humanos.

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

- Mujeres estabilizadas en sus problemáticas de padecimiento subjetivo, cuyas edades oscilen entre los 21 y 50 años.

- Mujeres con dificultad de externación y de inclusión, fragilidad en sus vínculos que no les permiten sostenerse en el afuera.

- Mujeres autoválidas sin problemáticas físicas y con autonomía para desempeñarse en la vida cotidiana.

- Mujeres que tengan un ingreso económico o que puedan desarrollar alguna actividad laboral que garantice su autonomía y/o independencia facilitando su inclusión en los plazos fijados.

- Que se cuente con información y presencia de familiares referentes y/o amigos para posibilitar el acercamiento con sus lazos afectivos.

- Mujeres que en su historia vital pudieron relacionarse con sus pares lo que posibilitara trabajar en grupo el uso de espacios, horarios, convivencia y responsabilidades progresivas.

- Mujeres que no atraviesen en su proceso de tratamiento problemáticas judiciales.

Tomada la decisión, del ingreso se informa a los interesados sobre la misma. Ese mismo día se abre su historia clínica, se lee el consentimiento informado y las normas de convivencia.

El Consentimiento Informado es fundamental como instrumento de derecho al momento de ingresar a la Casa. De esta manera, desde el inicio se pondera esencialmente la

autonomía y la intimidad de las mujeres al informarles sobre los aspectos más importantes del funcionamiento del dispositivo (objetivos que persigue, metodología para la consecución de esos objetivos, modalidad de tratamiento, tiempo estimado de estadía, sumado a los derechos y deberes de las mujeres residentes) a los fines de que éstas puedan decidir si aceptarlo o no.

Finalmente, se da lectura al Reglamento de Convivencia que se encuentra en revisión permanente en función de las características de las mismas residentes. Este establece los derechos y obligaciones el tiempo que se encuentren residiendo en la Casa de Medio Camino. Se resalta una dinámica de funcionamiento que establece una semejanza al común de las casas de cualquier persona. Es por ello que el reglamento de convivencia es tan flexible y dinámico como lo es en cualquier otro espacio social y busca reforzar los lazos afectivos donde se comparte la convivencia.

Continuando con esta lógica, las residentes no tienen horarios de ingreso o salida. Son libres de entrar y salir de la casa en todo momento y en función de sus deseos, necesidades y obligaciones. Tampoco deben solicitar ningún permiso para hacerlo, sólo basta con dar aviso de sus actividades fuera de la casa ya sea a las trabajadoras sociales o a las demás residentes. No existen horarios de visitas. El reglamento de convivencia de la casa también establece que el grupo de mujeres residentes debe encargarse de todas las tareas domésticas, deben organizarse y distribuirse tareas como: orden y limpieza de la casa en general (incluyendo el patio y el jardín), compra de mercadería, preparación de alimentos, lavado de ropa, etc. Esta responsabilidad en la realización de tareas domésticas que recae sobre las mujeres encuentra su fundamento en la independencia y autonomía que se pretende que logren paulatinamente (22).

### **Dinámica de Intervención**

En el ingreso al dispositivo se establece una estrategia única y particular, en un proceso que acompañe a cada mujer que ingresa a la construcción de su propio proyecto de vida y la concreción del mismo.

El marco de la intervención, desde esta perspectiva de derecho, está dado fundamentalmente por el complemento de un abordaje individual y grupal con base en la

comunidad, atravesado por el trabajo interdisciplinario que se comunica directamente con las estrategias del equipo interdisciplinario que la deriva.

Este abordaje integral permite un proceso que orienta a diversas alternativas de acción en las que están incorporadas las diferentes miradas de este complemento de intervención. En esta dirección, hay una construcción flexible y creativa que accede a un movimiento constante con las personas que se interviene interrelacionando lo singular, lo grupal, las instituciones y la comunidad.

La importancia entonces de la flexibilidad permite resignificar permanentemente el contexto de las prácticas, nada es definitivo; y posibilita la creatividad en cuanto a las diferentes posibilidades de crear acciones con capacidad transformadora.

El esquema para explicar el proceso de la dinámica de intervención es graficado de la siguiente forma:



Fuente: Arrieta-Gallici, 2013.

Se reconocen diversos niveles en el abordaje de atención, que da la posibilidad de una visión particular; e igualmente un nivel más general, que se relaciona con un trabajo en red <sup>8</sup> que plantea propuestas de interconexión entre los efectores de salud mental, que

<sup>8</sup> **Trabajo en Red** Supone un proceso de trabajo que aporte espacios de construcción participativa y no lugares de estancamiento, en tanto que se entrelacen, como aporte para acompañar el sufrimiento de los Sujetos con padecimiento subjetivo. (Arrieta/Gallici, 2013: s/p) (22).

supera lo meramente institucional y que permita una articulación dinámica para el logro de la inclusión social<sup>9</sup> en la Casa de Medio Camino (22)

### **Ejes de trabajo centrales en el proceso de Intervención**

- Estrategias específicas singulares con cada una de las mujeres y sus historias, es decir que no hay una estrategia única, sino que éstas son múltiples y variadas: van cambiando de acuerdo a lo que acontece en la cotidianidad de cada una de las mujeres y su proyecto de vida.

- Toda intervención se piensa en conjunto con los equipos interdisciplinarios que derivan las mujeres a la Casa. Desde su quehacer específico, las profesionales se implican en el rol como facilitadoras en la construcción de vínculos entre estas mujeres y la sociedad promoviendo la inserción de ellas en los distintos espacios de la comunidad.

- A nivel grupal, las intervenciones apuntan fundamentalmente al logro de una convivencia armoniosa dentro de la Casa, trabajando la tolerancia, la aceptación y el reconocimiento de las diferencias del otro, estimulando la construcción de lazos afectivos.

- En situaciones de crisis se acude de manera inmediata a la Casa para conocer que sucede, contener a la mujer en esa situación y a las demás mujeres. A partir de una entrevista se la escucha singular, comprensiva y analíticamente y se evalúa la necesidad de que el equipo de referencia se involucre y tome una decisión en conjunto. Puede llegar a tranquilizarse y se espera unas horas, o bien se acude junto a la mujer a la guardia del Hospital Neuropsiquiátrico o al IPAD, de acuerdo desde dónde fue derivada. Puede que necesite una internación o de otras interconsultas. De acuerdo a la resolución, se involucra a la familia si la hubiere. Luego el equipo interdisciplinario evalúa si está en condiciones de volver a la casa y, de lo contrario, se procede a una internación el tiempo que se considere necesario.

---

<sup>9</sup> **Inclusión Social:** Es un lugar de libertad, de respeto donde se generan posibilidades para que cada una/o de los Sujetos/os con los que se interviene por el tiempo el que cada uno/a necesite más allá del criterio establecido, les permita encontrar un objetivo un proyecto para volver a darle sentido a su vida en la comunidad. (Arrieta/Gallici,2013: s/p) (22).

- Otro aspecto en que se interviene tiene que ver con la recuperación de los hábitos cotidianos que a primera vista carecen de sentido pero que en realidad apuestan a reconocer la autonomía y la capacidad de responsabilizarse por los actos que le competen a la vida personal de cada una. En esta línea se trabaja día a día en tareas que implican pensar cómo hacerse cargo de un hogar y de uno mismo, cómo distribuir consensuadamente entre ellas las distintas actividades para el logro de una convivencia saludable.

- Si hay un grupo familiar o miembro de éste, se intenta que se involucre en el proceso de intervención con la persona. Se refiere estrictamente a la invitación a participar de las reuniones, de las actividades de la Casa y a fortalecer los lazos vinculares. Sin embargo, el principal objetivo nunca está puesto en que es la familia la que debe responsabilizarse por la residente, ya que a lo que se apunta y se enfatiza es a la recuperación de autonomía de la mujer.

- Se las acompaña en estrategias que posibiliten la inclusión social a partir de recursos materiales, para obtener los recursos necesarios para la concreción del nuevo proyecto de vida. Una forma de hacerlo es acompañando a las mujeres en la *gestión de pensiones, jubilaciones o subsidios*, si sucede que al ingreso aun no cuentan con dicho recurso y si se evalúa la necesidad de realizarlo. Del mismo modo, se orienta aquellas mujeres que ya cuentan con ingresos o ahorros en la organización del dinero percibido. Esto teniendo en cuenta que después de muchos años de internación, algunas mujeres no sólo se encuentran con una cantidad considerable de dinero, sino que además han perdido la noción de cómo administrarlo y en qué invertirlo.

- Independientemente de si las mujeres perciben algún tipo de subsidio, si éstas desean trabajar, son acompañadas en la confección de su Currículum Vitae y en la consecuente búsqueda de empleo en función de sus particulares competencias y habilidades. También se las acompaña en la inserción a distintos espacios de formación y capacitación en función a sus deseos. Estos diferentes espacios pueden ser públicos o privados con los cuales se intenta articular para trabajar desde una perspectiva intersectorial.

- Se intenta descubrir aquellas habilidades con las que las mujeres cuentan para que luego sean explotadas por ellas mismas: habilidades en cocina, repostería, tejido, costura,

artesanías, peluquería, etc. De esta manera se trabaja en espacios de laboriosidad para que se conviertan en una opción válida para generar más ingresos.

- Se propone trabajar intersectorialmente articulando con organizaciones e instituciones públicas y privadas. De lo que se trata es de construir redes no sólo con aquellas instituciones dependientes de la Dirección de Salud Mental, sino fundamentalmente con otros espacios que no dependen de ella, lo que responde al hecho de que las mujeres sean reconocidas en su singularidad y no desde sus etiquetas.

- Desde la casa, son distintas las actividades que se proponen a las residentes. Todas las actividades que se proponen apuntan a consolidar la relación de las mujeres con la comunidad y su participación en la misma. Es por eso que las actividades programadas son dinámicas, van variando de acuerdo a la propuesta de actores sociales y se intenta que sean un paso que proporcione el salto a la comunidad.

- La “reunión de convivencia” es un espacio de encuentro como proceso de intervención grupal que atraviesa transversalmente a todo lo que se organiza en lo cotidiano en el dispositivo, como espacio abierto y democrático.

- Se propicia a un acompañamiento en el tiempo con las mujeres egresadas de la Casa de Medio Camino. Una vez que la mujer se encuentra viviendo de manera independiente, desde la Casa se procura continuar los lazos construidos con cada una de las ellas. Este proceso adopta diferentes modalidades en función de las singularidades de cada caso. Un gran número de mujeres vive actualmente en pensiones aledañas a la Casa de Medio Camino, debido a que éstas han construido vínculos muy estrechos dentro de la misma. Los casos en los que las mujeres dejan de concurrir espontáneamente luego de egresar constituyen la minoría. Cuando esto ocurre, se procura llamarlas periódicamente o llegar al lugar donde ellas viven, con el fin de mantener un contacto (22).

### **Incorporar en las prácticas de salud mental abordajes alternativos**

Una marca sobresaliente, tanto de las residentes como ex residentes de la Casa de Medio Camino, consiste en sus largas trayectorias de internación en diferentes hospitales monovalentes de la provincia de Córdoba como consecuencia de sus padecimientos subjetivos, con casos de mujeres con 25 años de internación, otros superando los 10 años y la mayoría con re internaciones a lo largo del tiempo. Lo que conllevó a prácticas

institucionales que dan respuestas a su padecimiento sin tener en cuenta el contexto y responsabilidades en lo cotidiano debido a que, durante tantos años de internación en hospitales psiquiátricos, estas mujeres se encontraban exentas de realizar cualquier tipo de actividad doméstica y de autoabastecimiento teniendo “resueltas”, desde un posicionamiento asistencial caracterizado por dar respuestas inmediatas a diversas situaciones, aquellas necesidades materiales básicas de existencia.

La propuesta supone recuperar los espacios de intervención incorporando buenas prácticas<sup>10</sup> en los diferentes procesos que se presentan al momento de dar repuestas a la atención de las personas con padecimiento subjetivo (22).

El desafío de este dispositivo es el proceso de transformación que deben atravesar tanto las mujeres como las instituciones de salud mental y sus profesionales; las primeras desde pacientes/ residentes a sujetos/ ciudadanos y los segundos desde instituciones custodiales a generadores de procesos de cambio para la inclusión, implementando nuevas modalidades de abordaje en sus prácticas.

### ***-Marcos Políticos e Institucionales***

Los procesos de transformaciones que se fueron incorporando al campo de salud mental en sus abordajes planteados como dispositivos alternativos constituyen un largo recorrido desde la perspectiva de cambio en las prácticas de los trabajadores de salud mental.

De igual manera, tendría que paralelamente conducirse estas transformaciones de la mano de marcos políticos e institucionales que generen políticas públicas. Sin embargo, la implementación de una política oficial y su aprobación conlleva un largo proceso en el cual se requiere superar numerosas dificultades, lo que explica de alguna manera la falta de políticas de salud mental en varios países latinoamericanos.

Las políticas definen, en este contexto, el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación con otras políticas sanitarias y sociales. Paralelamente estas

---

<sup>10</sup> **Buenas prácticas:** En esta modalidad de atención consideramos buenas prácticas a espacios de lucha en contra del aislamiento y precariedad de las relaciones, de redes de escucha y solidaridades, pequeñas a veces, pero que tejen un lazo social y le van dando sentido al proyecto de vida a sujetas/os (Arrieta/Gallici,2013: s/p) (22).

políticas son el fundamento para el desarrollo de planes y programas de salud mental. Desde este lugar se puede afirmar que la salud mental en su conjunto, solo en pocas ocasiones, ha logrado que sea incluida en la agenda política de un gobierno. Más allá de que se hable de las reformas en psiquiatría y de la garantía de los derechos humanos de las personas con padecimiento subjetivo, se priorizan en este tema las situaciones de crisis especialmente y un lugar para internación.

No obstante, se vienen desarrollando diversos avances con debates y propuestas de los diferentes efectores de salud mental sobre las normas jurídicas y derechos de las personas con padecimiento subjetivo. En Argentina, unas de las primeras muestras de voluntad política a favor de nuevos paradigmas fue la promulgación de la Ley en la provincia de Río Negro, permitiendo un importante salto a otras miradas de abordajes en salud mental. Inclusive fue inspiradora para otros países latinoamericanos como Brasil.

En la provincia de Córdoba se fueron estableciendo en diversos espacios de salud mental, hasta la sanción de la Ley Provincial, el re-planteo de políticas públicas, producto de la crisis del modelo manicomializador que no resuelve integralmente las situaciones que se presentan en las personas con padecimiento subjetivo. Comienzan a cobrar relevancia estrategias de inclusión social y reconocimiento de los derechos humanos. Desde estas perspectivas, diferentes colectivos organizados se plantean trabajar y debatir las prácticas en salud mental con el objetivo de atravesar los procesos que se van construyendo transversalmente, con diseños de políticas con la dimensión desmanicomializadora. Movimientos enmarcados en avanzar en la discusión de las normativas y marcos institucionales para la realización del ante proyecto de Ley de Salud Mental.

Este proceso se identifica en la provincia de Córdoba en la transformación del Hospital Colonia Santa María, desde el año 2006, con una política institucional acompañada por el Director del nosocomio que permitió a un grupo de profesionales comenzar a proponer programas de transformación dentro de las contradicciones propias a los cambios que se dan en las instituciones.

De igual manera, nos ubicamos en esta investigación que propone un giro por parte de las profesionales a la iniciativa de implementar un proyecto de red de alternativas terapéuticas para la inclusión social y que comienza en 2008 con la Casa de Medio Camino, acompañado por la Dirección de Salud mental a cargo del Dr. Emilio Filipponi.

El marco político cobra relevancia en estos procesos que se vienen realizando con la resolución ministerial 0836/2009, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, y en el marco del Ante proyecto de Ley de Salud Mental, bajo análisis en el expediente administrativo N° 0425-195742/09, de dicho ministerio (23).

Considerando que es necesario adaptar el sistema de salud mental, donde el énfasis es la recuperación del paciente afectado y que limite al mínimo sus restricciones a la libertad, se hace imprescindible contar con una red de recursos en la provincia y dispositivos alternativos en salud mental.

Resuelve en unos de sus puntos: la implementación de servicios y dispositivos alternativos en salud mental tales como hospitales de día, casas de medio camino, residencias compartidas, etc.

Estos marcos normativos que marcaron el camino de diversos movimientos colectivos en un contexto de revisión de las prácticas en salud mental culmina con la sanción de la Ley Provincial 9848 (2010), y consecuentemente la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), las cuales respaldan los dispositivos alternativos que venimos mencionando (2) (3).

Estos pasajes de suma importancia que marcan las leyes provincial y nacional respectivamente, constituyen los pilares necesarios para conformar las políticas de necesarias para la transformación de las prácticas en salud mental.

En el año 2012, se establece la necesidad de enmarcar la política de salud mental de acuerdo a la Ley nacional y Provincial, desarrollado un plan de salud mental establecido por la Dirección General de Programas de Salud Mental, con su director el Dr. Navarro Osvaldo.

Se establece un Proyecto de Salud Mental, Política, Lineamientos y Estrategias, con el propósito de avanzar en la plena implementación de la Ley provincial 9848, de protección de la salud mental (2010). El mismo está planteado como documento macro, abierto a revisión y a aportes en diferentes servicios e instituciones del sistema de salud mental, con el objetivo de ser participativo y poder evaluar con las particularidades de las prácticas en salud mental (24).

## **-FUNDAMENTACIÓN**

Se espera con esta Investigación aportar a hallazgos que estimulen a estrategias integrales y creativas, para dar respuestas con diferentes posibilidades a las problemáticas de salud mental, así como a propiciar procesos de construcción que favorezcan cambios en las prácticas de los profesionales de salud mental. Además, como aporte material para un acercamiento a los diferentes espacios académicos; como actores en general, para pensar y reflexionar que las prácticas, institucionalizadas desde tantos años, en la actualidad ya no tiene sustento sin la complejidad que expone lo social y por ende deben replantearse su rol.

Análisis que propone abrir interrogantes frente a las prácticas institucionales que se presentan como único recurso al momento de dar repuestas al padecimiento subjetivo.

La complejidad que caracteriza a los procesos de cambio en el campo de salud mental conllevan a limitaciones al momento de implementar alguna iniciativa innovadora. Algunas son reducidas a propuestas de reformulación de servicios o cambios acotados.

En este estudio, nos ocuparemos particularmente de la dimensión social en referencia a su dinámica de trabajo, como estrategia de intervención en los dispositivos<sup>11</sup> alternativos a la internación. Se plantea así explorar los procesos que observamos en la práctica de la Casa de Medio Camino de Mujeres de Córdoba Capital (22).

Para tener una aproximación a nuestro objetivo de estudio, en la dinámica del hacer profesional se establecen ejes que se expresan en el dispositivo de intervención como principios básicos para superar la mera reestructuración en los abordajes que se implementan.

Aquí comienza a plantearse el proyecto de investigación, ya que lo anteriormente mencionado implica resignificar los cambios en nuestras prácticas como iniciativas innovadoras, que impone comenzar a intervenir desde diversas posibilidades para dar respuesta a las personas con padecimiento subjetivo.

En el transcurso de este tiempo se implementaron prácticas de intervención que, en contraposición de las prácticas aisladas a la dimensión social, intentan proteger los

---

<sup>11</sup> Refiere a una modalidad de abordaje que permita acciones concretas de flexibilidad y creatividad al momento de intervenir con cada una de las personas que ingresan a la Casa de Medio Camino. En su proceso singular, grupal y comunitario.(Arrieta/Gallici,2013:s/p) (22).

derechos de las personas con padecimiento subjetivo que han tenido largas internaciones en hospitales monovalentes o sucesivas re- internaciones.

Se particulariza teniendo en cuenta las observaciones de la práctica en la “Casa de Medio Camino de Mujeres” de Córdoba Capital, como parte de un Proyecto de Red de Alternativas Terapéuticas para la Inclusión Social<sup>12</sup> (22).

En el marco de este Proyecto en Red se puntualiza, como unas de las alternativas terapéuticas, “La Casa de Medio Camino de Mujeres”<sup>13</sup> de Córdoba Capital como un “nuevo lugar social” de abordaje de las problemáticas de salud mental. A la vez que la contextualizamos como una **iniciativa innovadora**, en relación a estrategias de inclusión social que fortalecen las capacidades, habilidades y conocimientos de las mujeres con problemáticas de salud mental (22).

### **Objetivo General**

- **Describir el dispositivo de intervención que caracteriza a la Casa de Medio Camino de Mujeres de Córdoba Capital, como abordaje alternativo a instancias aisladas y de encierro para mujeres que han tenido largas internaciones y sucesivas re-internaciones.**

### **Objetivos Específicos**

- **Identificar acciones características de este dispositivo de intervención en la dinámica de trabajo, que posibilitan el acceso de las mujeres a un nuevo lugar social.**

- **Explorar las experiencias cotidianas y personales de las mujeres que conviven y de las que continúan el proceso como egresadas, en relación a su atención en esta y otras modalidades de abordaje de sus problemáticas.**

- **Caracterizar las actividades participativas que se desarrollan en la Casa de Medio Camino de Mujeres, que favorecen los lazos sociales.**

---

<sup>12</sup> El proyecto de Red Alternativas Terapéuticas para la Inclusión Social, constituye una estrategia integral, trasciende el trabajo aislado de las instituciones monovalentes. Con el abordaje de derecho y en el cual contempla alternativas terapéuticas ( Hospitales de Día, Casas de Medio Caminos, Residencias Compartidas, Casas de Autogestión, Micro- emprendimientos, Lugares artísticos).(Arrieta/Gallici,2009 s/p) (22)

<sup>13</sup> Casa De Medio Camino: Dispositivo alternativo a la internación, en condición de “casa” no de institución hospitalaria, que contiene física y afectivamente a las personas con padecimiento subjetivo, en un tiempo estimativo de seis meses, acercándoles de manera paulatina referentes vitales y sociales, para reafirmar su capacidad de autogestión y participativa.(Arrieta/Gallici,2009:s/p) (22).

## **-Materiales y Métodos**

### **- Tipo de estudio**

Este tipo de estudio se enmarca dentro de la metodología cualitativa de investigación. Se desarrollan, en consecuencia, particularidades orientadas a la comprensión de situaciones únicas, basadas en una lógica y proceso inductivo flexibles. (...) “unas de las características del tipo de la investigación cualitativa dentro de su diversidad de sus manifestaciones es la de ser principalmente inductivo por lo tanto un diseño flexible.” Propicia una reflexión permanente para promover un estudio riguroso de la problemática a investigar (25).

Mendizabal Nora refiere a que estas definiciones aluden a una articulación sutil, móvil y no lineal entre los elementos constitutivos del diseño que le permite sufrir modificaciones paulatinas a lo largo del proceso de investigación (25).

La investigación que se abordó en este trabajo se plantea como estudio de caso, ya que se propone explorar y describir las iniciativas innovadoras como modalidad de abordaje en la Casa de Medio Camino de Mujeres como un nuevo lugar social. Se orientó a comprender la realidad singular de esta alternativa para acercarnos a una comprensión del caso y analizar las situaciones únicas que se observaron en dicho contexto.

Es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas.

La particularidad más característica de ese método es el estudio intensivo y profundo de un/os caso/s o una situación.

Siguiendo a Denzin, un diseño de investigación (...) “describe un conjunto flexible de líneas-guías que conectan los paradigmas teóricos con las estrategias de indagación y los métodos de recolección de material empírico”

En este estudio, dichas líneas-guías flexibles articularon los enunciados teóricos que sustentan el cambio de paradigma en salud mental con la estrategia de escuchar la voz de los actores implicados en los abordajes de atención (26).

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente trabajo, el tipo de estudio que se ajusta a los fines del mismo es el **estudio exploratorio**.

Algunos de los objetivos hacia los que se orientan los estudios exploratorios son:

\*Aumentar el grado de familiaridad del investigador con el fenómeno a estudiar.

\*Reconocer conceptos claves de un problema vagamente definido.

\*Sugerir postulados para posibles investigaciones posteriores.

Los estudios exploratorios, al ser aplicados en situaciones donde existe un conocimiento limitado, “(...) se caracterizan por ser más flexibles en su método en comparación con los descriptivos, correlacionales o explicativos, y son más amplios y dispersos que estos otros.” Por lo tanto, es posible que el investigador pueda encontrarse con un escenario que proporcione datos inesperados (27).

### ***-Participantes***

En los estudios Cualitativos, una muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, ya que el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población. Lo que se busca es profundidad. Hernández sostiene que en una investigación cualitativa la muestra puede contener cierto tipo de unidades iniciales pero, conforme avanza la investigación, se pueden agregar otros tipos de unidades. Se requiere además de muestras flexibles, las cuales se van evaluando y redefiniendo permanentemente (28).

En esta investigación, el objeto de estudio es la Casa de Medio Camino de Mujeres de Córdoba Capital.

La unidad de análisis fueron las mujeres que conviven, las que continúan el proceso como egresadas y las profesionales que intervienen el dicho proceso. Además de las entrevistas a los expertos.

Por medio de un muestreo no probabilístico intencional, la muestra quedó constituida por las siguientes unidades de análisis:

**Muestra a expertos:** en ciertos estudios es necesaria la opinión de individuos expertos en un tema. Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o la materia prima del diseño de cuestionarios. Tales muestras son válidas y útiles cuando los objetivos del estudio así lo requieren. En este estudio, se comprendió por las profesionales que trabajan en la Casa de Medio Camino y los profesionales que derivaron y complementan, desde su institución, las estrategias de intervención; profesionales que realizaron una experiencia con esta modalidad, con años de experiencias y contemplando el contexto general (28).

El total de los profesionales entrevistados fueron ocho. Las disciplinas que se contemplaron fueron: médico psiquiatra, psicólogo y trabajador social.

**Muestra de casos-tipo:** también esta muestra se utiliza en estudios cuantitativos exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información y no la cantidad ni la estandarización. En estudios con perspectiva fenomenológica, donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social, el uso de muestras tanto de expertos como de casos-tipo es frecuente (28).

Dicha unidad de análisis comprendió a las mujeres que conviven y las que continúan el proceso como egresadas de la Casa de Medio Camino.

El total de mujeres que se entrevistaron fueron cinco, de las cuales algunas se encuentran conviviendo y otras son ya egresadas de la casa.

El enfoque cualitativo se fundamenta en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados, por lo que no se realiza una medición numérica: el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes. Resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador pregunta cuestiones abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual; los describe y analiza y los convierte en temas que se vinculan a lo investigado (27).

De esta manera, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abierta, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias comunidades.

El proceso de indagación es flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir la realidad tal como la observan los actores de un sistema social previamente definido.” (28).

En la presente investigación, a los fines de recabar información específica sobre la Casa de Medio Camino de la Provincia de Córdoba, se utilizará como instrumento la Entrevista Semi-Dirigida o Semi-Estructurada, con preguntas abiertas que establecen una guía temática a tratar pero que poseen la suficiente flexibilidad para poder indagar en profundidad datos emergentes durante la misma.

La entrevista fue aplicada a las mujeres que conviven en la casa. Se realizaron en el lugar pero fuera de horario de trabajo, respetando sus actividades y considerando el horario propuesto por las mismas.

Las entrevistas con las mujeres que no se encuentran conviviendo en la Casa se establecieron con las mismas de común acuerdo, horario y lugar: en la Casa de Medio Camino o su lugar de residencia.

Los ejes temáticos que se plantearon fueron:

- ❖ Historias de vida y de internación en instituciones monovalentes.
- ❖ Sus procesos de alta de las instituciones monovalentes.
- ❖ Procesos en otros lugares de inclusión.
- ❖ Su ingreso a la Casa de Medio Camino.
- ❖ Convivencia.
- ❖ Relaciones y lazos familiares y sociales antes del ingreso, durante y, si es egresada, posteriores a la Casa de Medio Camino.
- ❖ Actividades laborales, recreativas y de relaciones que recuperó.
- ❖ Lazos afectivos que concretó en la Casa de Medio Camino.
- ❖ Si tienen un proyecto de vida.

Además, las entrevistas estuvieron dirigidas a los profesionales que intervienen directamente en la Casa de Medio Camino, así como a los que derivan las mujeres de hospitales monovalentes. En este caso se plantearon dos ejes temáticos:

Eje 1: Dimensión Política y de Consenso:

❖ Red de Alternativas Terapéuticas para la inclusión social: Casa de Medio Camino de Mujeres:

- Su proceso de organización y consolidación.
- Su relación con el Estado.
- Su participación con diferentes actores: academia, ONGs, asociaciones civiles, espacios comunitarios.
- Política social y gestión intersectorial. Ministerios.

- Su ubicación dentro de la orgánica de Salud mental.

Eje 2: Dimensión de la Atención:

- ❖ Intervención de los profesionales que intervienen en la Casa de Medio Camino.
- ❖ Trabajo Interdisciplinario. Articulación y estrategias con las mujeres que son derivadas:

- Implicancia en el proceso de las estrategias establecidas.
- Conocimiento del dispositivo.
- Percepción de esta modalidad de los profesionales de salud mental.
- ❖ Descripción de la dinámica de trabajo de la Casa de Medio Camino:
  - Accesibilidad al dispositivo.
  - Características de las mujeres que aloja.
  - Proceso de admisión- egreso- continuidad en el tiempo.
  - Limitaciones y Posibilidades.
  - Relato, si lo hubiera, de alguna experiencia de modalidades de atención en monovalentes y en dispositivos de atención de casas de medio camino u otras nuevas modalidades.

En cuanto a las entrevistas a expertos, se considera así a “aquellos sujetos que por su ubicación social, por la tarea que desempeñan, etc., tienen un profundo conocimiento del tema en estudio y nos pueden aportar datos valiosos desde una perspectiva diferente a los que vivieron la experiencia que investigamos.” (De la Cruz, C. y Soave, M., 2009. p 19).

Por lo que se plantearon como ejes generales:

- ❖ Proceso de implementación de nuevas modalidades.
- ❖ Conceso político, marcos legales e institucionales.
- ❖ Limitaciones y Posibilidades.
- ❖ Relato, si lo hubiera, de alguna experiencia de modalidades de atención en monovalentes y en dispositivos de atención de casas de medio camino u otras nuevas modalidades.

***-Observación Participante***

“La observación es la forma más sistematizada y lógica para el registro visual y verificable de lo que se pretende conocer; es decir, es captar de la manera más objetiva posible lo que ocurre en el mundo real ya sea para describirlo, analizarlo o explicarlo desde una perspectiva científica” (29).

La observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo aquello que acontece en torno del investigador, se tome parte o no de las actividades en cualquier grado que sea; y participar, tomando parte, en actividades que realizan los miembros de la población en estudio o una parte de ella.

A los fines de registrar la dinámica de la vida cotidiana de las residentes y ex residentes de la Casa de Medio Camino y sus interrelaciones sociales dentro y fuera de la misma, se realizó la observación de manera semanal, los días martes por la mañana, momento en el que se desarrolla la “reunión de convivencia” (que constituye la actividad más importante que atraviesa el programa de la Casa de Medio Camino) durante el transcurso de los meses de Enero a Junio del año 2014.

#### **-Análisis de datos**

Con respecto al análisis de datos se utilizó un análisis de contenido de tipo cualitativo. El mismo permitió crear, a partir de las respuestas dadas por los participantes, categorías o temas que permitieron simplificar y dar mayor comprensión a la información recabada. Asimismo, el análisis se basó en el método de comparación constante sugerido por la Teoría Fundamentada, que indica que las categorías o temáticas que se deriven del análisis están fundadas en los datos o información brindada por los participantes, a la vez que dichas categorías son constantemente constatadas con la nueva información recabada (31) (30).

## **-Resultados**

De acuerdo a las entrevistas realizadas, el análisis de los resultados se realizó sobre cuatro grupos de participantes. Se tiene en cuenta esta disposición por el nivel de participación de estos en los diferentes procesos que se involucran como piezas importantes en los abordajes alternativos. En primera instancia y, como eje transversal en todo el trabajo, a las mujeres derivadas de hospitales psiquiátricos o monovalentes: las que conviven y las que ya egresaron de la Casa de Medio Camino. En segundo lugar se tomó a los profesionales que derivan mujeres a la Casa de Medio Camino, que trabajan en hospitales psiquiátricos o monovalentes. En tercera instancia, a profesionales que trabajan en la Casa de Medio Camino, con una implicación desde la intervención directa en el dispositivo. Por último, a los expertos que fueron parte de procesos de transformación e incluyen dispositivos alternativos a la internación.

En primera instancia, se exponen los cuadros que permitirán identificar las acciones características del dispositivo de intervención en la dinámica de trabajo. Asimismo se incorpora la mirada macro desde lo legal e institucional, que favorecen o no la incorporación de estos dispositivos.

A continuación se muestran las categorías temáticas surgidas de las entrevistas a los profesionales de hospitales monovalentes que derivaron mujeres a la Casa de Medio Camino (tabla 1).

Tabla 1

*Categorías Temáticas referentes a las Características del Dispositivo: Profesionales de hospitales monovalentes que derivaron mujeres.*

Característica del dispositivo	Descripción
<i>Interdisciplina</i>	<p>-“si veo lo interdisciplinar. Hemos tenido la oportunidad de hacer interconsultas y reuniones por cada paciente que derivamos”.</p> <p>-“cuando se está planteando el alta, se hacen entrevistas y consultas entre los profesionales y se evalúa como ha sido la efectividad de ese paciente en la casa”.</p> <p>-“no es como suele ser en la mayoría de los dispositivos, bueno hasta acá llegó nuestra responsabilidad...el equipo que lo deriva debe seguir atendiendo el paciente”.</p> <p>-“ello lleva a tener reuniones, entrevistas con las pacientes que estaban en la casa, y poder escuchar los efectos positivos que tenían las pacientes”.</p>
<i>Derechos Humanos</i>	<p>-“los que tuvimos contacto con el dispositivo nos encontramos con que había otras experiencias posibles, humanas, que respetaban los derechos”</p> <p>-“los que interactuamos realmente vimos que tomaban la palabra y la vida de esas personas que habían estado tantos años en un psiquiátrico”.</p> <p>-“en la Casa de Medio Camino veo una lógica democrática por parte de las profesionales en las estrategias y decisiones, incluso en respetar las decisiones de las pacientes aunque parezcan locas”.</p> <p>-“.....vuelven a tomar la palabra, a hablar, a conocer su historia”.</p>

<p><i>Interacción/integración con la vida familiar-social</i></p>	<p>-“se produce una interacción más sana con la sociedad en general, con la familia y permitiendo despegarse del IPAD como institución psiquiátrica”.</p> <p>-“les permite sostenerlas temporalmente...un pasaje de transición a la vida en la sociedad; están contenidas, que no pasa si estuvieran en su casa.”</p> <p>-“el hecho de poner una casa fuera de la institución le da al paciente esa sensación de alta y eso es positivo también.”</p>
<p><i>Dinámica de Funcionamiento</i></p>	<p>-“se puede trabajar el manejo del dinero, es decir, desde eso básico que tiene que ver con los hábitos que han perdido en el psiquiátrico.”</p> <p>- “Se funciona de una manera muy abierta.”</p> <p>-“lo que se puede hacer en este tipo de dispositivo no tiene límites, es algo muy rico, articular con otras instituciones, economía solidaria o proyectos muy productivos.”</p> <p>-“en Oliva es impensable que los pacientes se puedan manejar su dinero, manejar una tarjeta, elegir que comprar, como se hace en la Casa de Medio Camino.”</p>

**A.2. Profesionales que trabajan en la Casa de Medio Camino. (Profesiones Trabajadores Sociales) (Tabla 2).**

Tabla 2

*Categorías Temáticas referentes a las Características del Dispositivo: profesionales que trabajan en la Casa*

Características del dispositivo	Descripción
<p><i>Interdisciplina</i></p>	<p>-“no considero otra manera de trabajar sin la interdisciplina. Las temáticas a abordar son multicausales, por lo tanto las múltiples miradas diferentes son el eje del trabajo.”</p> <p>-“el eje de la interdisciplina lo articulamos desde la admisión, donde cada una de las mujeres tiene un equipo de referencia.”</p> <p>-“me parece que los otros profesionales pueden sostener el acompañamiento desde otro lugar, desde afuera.”</p>

<p><i>Derechos Humanos</i></p>	<p>-“La libertad que tienen las mujeres acá es impagable y hace que prevalezca la salud.”</p> <p>-“se trabaja en esta modalidad desde el enfoque de derecho, desde las posibilidades de cada uno y trabajar desde esta aproximación de los profesionales es lo que las sostiene y estabiliza, como un puente que acerca a la familia y la comunidad.”</p>
<p><i>Interacción/Integración a la vida familiar- social</i></p>	<p>-“apuesto a esta modalidad de trabajar más cercanos a la comunidad, más cercano al territorio del sujeto.”</p> <p>-“en las estrategias no solo interviene el equipo referente sino también otras instituciones de la comunidad.”</p> <p>- “el perfil de la Casa y el objetivo de trabajo tiene que ver con la inclusión social.”</p>
<p><i>Dinámica de Funcionamiento</i></p>	<p>-“Es un espacio totalmente diferente al de donde ellas vienen. Acá no hay horarios para salir, para recibir visitas, ni donde se apagan las luces para ir a dormir.”</p> <p>-“La dinámica, la flexibilidad, la apertura...esto: pensarla de esta manera, sentir que trabajamos en la comunidad y la interdisciplinar.”</p> <p>-“Revisar constantemente que estamos haciendo, supervisar, intentar no reproducir un mini hospital.”</p> <p>-“Acá no hay un equipo de trabajo que permanezca las 24 horas, se está por la mañana de lunes a viernes.”</p> <p>- “El día lo van haciendo, lo van dibujando las mujeres, los grupos que están.”</p> <p>-“Nos cansamos de decirles que ya están de alta y que no tienen que pedirnos permiso, sólo tenemos que entre todos saber a dónde van, a qué hora vuelven pero simplemente para tener una idea.”</p> <p>-“Hay algunas que se levantan muy, muy temprano, hay otras que les cuesta más, después desayunan y cada una tiene una rutina.”</p>
<p><i>Redes/ Articulación</i></p>	<p>-“Se articula, en principio, a lo que va surgiendo como una necesidad de la intervención directa con las mujeres.”</p> <p>-“Vamos buscando en la oferta comunitaria y nos vamos interrelacionando y articulando.”</p> <p>-“Se van acercando instituciones que quieren conocernos, que</p>

	<p>quieren conocer el proyecto, saber de qué se trata y vamos atando redes con la comunidad.”</p>
<p><i>Acompañamiento en crisis</i></p>	<p>-“Nos manejamos con el equipo que la deriva, llamamos por teléfono al médico, porque eso es algo que se pacta en la entrevista de admisión, de que puede haber alguna recaída, o una crisis y que nosotras lo vamos a llamar en el momento que ocurra, sea sábado o domingo, sea de madrugada o no. . Después la llevamos al hospital o la guardia para que la valore su médico para ver si se queda internada o si vuelve a la Casa.”</p> <p>-“Nosotras, por norma, primero intentamos acompañarlas en lo que podamos desde acá. Si la mujer no está bien, si requiere que nosotras vengamos más horas, que nos quedemos, eso lo hacemos. Si podemos ver de qué se trata y contenerlas acá, si tenemos un plan ya armado con el equipo, de que haya que aumentar una medicación o si alcanzo con que nosotras estemos un rato con ellas, que la acompañemos, se espera hasta el día siguiente si es un día hábil o que pase el fin de semana. Y si no recurrimos a la guardia del Hospital Neuropsiquiátrico siempre, o al IPAD si la mujer viniera de ahí.”</p> <p>-“En cada entrevista con los equipos, cuando les decimos que necesitamos comunicarnos con ellos en horas que no son habituales de trabajo por crisis de las mujeres en la Casa y que tienen la misma responsabilidad que nosotras, se sorprenden. Algunos responden, otros no.”</p>
<p><i>Acompañamiento cuando egresan</i></p>	<p>-“Intentamos, porque ahora ya son muchas. Intentamos llegar a los lugares en donde ellas viven. También se da que las mujeres logran vínculos muy estrechos dentro de la Casa y entonces cuando salen, un gran número de ellas viven cerca de la casa, o vienen a tomar mates durante la mañana, o vienen a la tarde, o comparten el fin de semana. Entonces este es un modo de relacionarnos, diferente, y eso hace a un proceso de acompañarlas a las que están afuera.”</p> <p>-“Hay muchas de ellas con las cuales no alcanzamos, porque somos solamente nosotras dos, salvo dos días de la semana que somos tres para poder hacer todo lo que requiere la Casa. Entonces de algunas de las mujeres vamos teniendo información de los equipos tratantes y vamos tratando de tener algún tipo de contacto.”</p>

	-“Entonces hay muy poquitas de las que estuvieron en la Casa, hay solo tres que nunca más volvieron, y eso para nosotros también es significativo, importante. Saber que estamos llevando un numero de cuarenta y pico de personas que han pasado por la Casa y que vengan permanentemente o que vengan con cierta frecuencia también habla de los lazos y de los vínculos que se van estableciendo.”
--	---

\* Como se puede observar en relación a las características del dispositivo, se establecieron en la descripción de las entrevistas categorías temáticas que expresan puntos de encuentro entre los grupos de profesionales que derivan a las mujeres al dispositivo y los profesionales que intervienen en la Casa. Igualmente, se marcan diferencias en las concepciones sobre este lugar donde no se considera al dispositivo como proceso terapéutico. Uno de los puntos que se destaca refiere a las estrategias del dispositivo, más allá de las instituciones con el grupo de profesionales de la casa, quienes consideran otras categorías de análisis.

**B) En referencia al Marco Institucional y Legal se expresan las siguientes categorías:**

**B.1. Profesionales que derivan mujeres a la Casa de Medio Camino (Profesiones Médico Psiquiatra- Psicólogo) (tabla 3).**

Tabla 3

*Categorías Temáticas referentes al Marco Institucional/Legal: profesionales que derivan mujeres.*

Marco Institucional/Legal	Descripción
<i>Prácticas /dispositivos alternativos</i>	-“En los profesionales de Olivia no hay conocimiento...sino lo que se creía sin conocerlo era como esa mirada del manicomio, como miedo a estas prácticas alternativas y dispositivos.” -“La mayorías de las miradas se expresan en defender al manicomio como está.” -“Se veía como una amenaza a estos dispositivos.” -“Dentro del hospital se puede mejorar la calidad de vida, se puede

	<p>modificar un poco la estructura de poder, pero te termina chupando la lógica institucional.”</p> <p>-“Creo que en las instituciones estamos siempre pensando que es de uno, que es de otro, y no nos implicamos en un trabajo colectivo, nos olvidamos que estamos trabajando con seres humanos.”</p>
<p><i>Limitaciones y consensos para la implementación de las nuevas prácticas</i></p>	<p>-“Por un lado lo político, que no se toma en serio como una verdadera experiencia, y me da temor que se terminen normalizando como fotocopia y pierda lo rico que va apareciendo en cada dispositivo.”</p> <p>-“A nivel profesional es nuestra formación, salimos de la facultad y nos encontramos que hay que ir construyendo con el otro.”</p> <p>-“El consenso político es necesario pero difícil porque cuando se quiere dar una transformación integral de un sistema como está planteado ahora, se necesita un consenso no solo del área salud sino de otros ministerios.”</p> <p>-“No se puede trabajar aisladamente, donde el manicomio es positivo, y para eso si me parece que la política es importante, sobre todo para asignación de recursos. La formación de recursos es importante.”</p> <p>-“Si hubiera una política de prevención y no se taparan agujeros se destinarían muchos más recursos económicos y humanos a este tipo de dispositivos.”</p>
<p><i>Ley Nacional/Provincial</i></p>	<p>-“Creo que es fundamental... que haya un marco legal donde uno no solo pueda sostenerse sino inclusive denunciar situaciones que van en contra del principio de la Ley.”</p> <p>-“Siempre una Ley es importante, una Ley no transforma la realidad pero le da un marco para que uno pueda actuar.”</p> <p>-“Si cambiamos la mirada de pensar la enfermedad mental como algo individual y la vemos que es un problema de todos, la Ley es importante.”</p>
<p><i>Limitación/ Ley Nacional Provincial</i></p>	<p>-“En relación a la Ley difiero en muchas cosas, me parece que fue escrita por personas que realmente no se sientan en una silla a atender y escuchar pacientes o resolver urgencias.”</p>

**B.2. Profesionales que trabajan en la Casa de Medio Camino (Profesiones Trabajadores Sociales) (tabla 4).**

Tabla 4

*Categorías Temáticas referentes al Marco Institucional/Legal: profesionales que trabajan en la Casa.*

Marco Institucional/Legal	Descripción
<i>Prácticas /dispositivos alternativos</i>	<p>-“No vienen convencidos que esto es una posibilidad de una práctica diferente.”</p> <p>-“Uno se da cuenta que van haciendo la experiencia junto a la mujer que derivan. Entonces por ahí nosotras vemos que el equipo vuelve a derivar otra mujer.”</p> <p>-“En la medida que cada uno de los trabajadores nos vallamos comprometiendo en los cambios, van estar generándose necesidades diferentes.”</p> <p>-“El cambio de otras prácticas tiene que venir de abajo hacia arriba.”</p> <p>-“Hay una barrera desde que no se puedan concretar los cambios que tienen que ver con pensar las prácticas de salud mental desde otro lugar.”</p>
<i>Limitaciones y consensos para la implementación de las nuevas practicas</i>	<p>-“La limitación está en lo presupuestario, en la re-distribución del personal, en trabajar más en la comunidad.”</p> <p>-“Yo creo que los políticos, al igual que los trabajadores de salud mental, ven la necesidad de un cambio por diferentes razones. Tal vez por una necesidad económica y otros porque creemos en la necesidad de cambio en nuestras prácticas.”</p> <p>-“Creo que los profesionales y los políticos del Ministerio de Salud han comenzado a hacer un cambio, nos falta el resto del plafón político.”</p>
<i>Ley Nacional/Provincial</i>	<p>-“Creemos en la necesidad del cambio de nuestras prácticas y nos vamos como adecuándonos de a poco a este nuevo encuadre legislativo.”</p> <p>-“Cuando discutíamos la Ley nacional y provincial sabíamos que esto iba a llevar un tiempo hasta que se transformen las practicas.”</p>

**B.3. Expertos que fueron parte de procesos de transformación e implementación de dispositivos alternativos (Profesiones: Trabajadores Sociales-Médico Psiquiatra-Psicólogo) (tabla 5).**

Tabla 5

*Categorías Temáticas referentes al Marco Institucional/Legal: expertos que fueron parte del proceso.*

Marco Institucional/Legal	Descripción
<i>Prácticas/dispositivos alternativos</i>	<p>-“Me parece que los dispositivos fuera del hospital lo que tienen de bueno es que no reproducen la lógica hospitalaria, evitando convertirse en un hospitalito más chico.”</p> <p>-“Creo que hay que ir hacia fuera, y no solo hacia fuera, si no que uno tiene que ir con las personas hacia fuera y acompañarlas en ese movimiento y sorprendentemente uno es acompañado por esas personas.”</p> <p>-“Hay que hablar de las personas que estuvieron involucradas en estos procesos que son los pacientes, recuperaron la libertad, la autonomía, la independencia, el retorno a la sociedad, la conformación de la dinámica de un hogar, la conexión con familiares y amigos.”</p> <p>-“Creo que todo es posible si uno trabaja de forma responsable y comprometida con los derechos humanos.”</p>
<i>Limitaciones y consensos para la implementación de las nuevas prácticas</i>	<p>-“La formación de los profesionales es el eje. En el caso mío hubo, con la apertura de la democracia, acuerdos ideológicos que acordaban para el cambio pero después la formación profesional a partir del modelo neoliberal fue atravesada por una cuestión individualista muy fuerte, hubo un retroceso.”</p> <p>-“Los cambios implican en los profesionales muchas cosas, miedos, movilización de fantasmas que siempre estuvieron, cierre de la Colonia, pérdida de trabajo de la gente, y a pesar de eso se ha podido transformar.”</p> <p>-“Creo que hemos podido lograrlo porque hubo un apoyo político del director, que pudo conformar un equipo técnico que nos permitió una direccionalidad en nuestras acciones” (Colonia Santa María, 2009).</p>

	<p>-“La política institucional actual por parte de la dirección es un obstáculo.” (Colonia Santa María, 2014).</p> <p>-“En relación al consenso para sancionar la ley nacional de salud mental 26657, hubo acuerdo político. Para implementarla hace falta una política de Estado clara, a cargo de personal experimentado, con una ética de actuación a la altura de una ley de salud mental y derechos humanos.”</p> <p>- “No se evidencia una reorientación del sistema y sus instituciones a través de una efectiva adecuación-reconversión que sienta bases para la sustitución del sistema manicomial por un sistema basado en la comunidad.”</p> <p>-“En el fondo se pretende adecuar la institución total y no sustituirla, tal como establece la Ley en el artículo 27, Ley Nacional.”</p>
<p><i>Ley Nacional/Provincial</i></p>	<p>-“La Ley es un aval de lo que ya está instalado acá en Santa María.”</p> <p>-“La ley es un punto importante y a favor. Pero aparte tenemos que ver la adecuación de las cosas más sencillas en los hospitales.”</p> <p>-“Me preocupa la distancia entre el marco normativo y las prácticas y me parece que el marco normativo es importante porque da un respaldo y un fundamento válido para los dispositivos.”</p> <p>-“La Ley de Salud Mental es una cuestión importante ahora. Además de esto creo que hay muchas posibilidades, si no tendríamos 1000 o 2000 camas como antes, y no 60 como ahora.”</p> <p>-“Hay adecuaciones de la Ley que no se están haciendo o que no se están pudiendo hacer o que aún no ha llegado.”</p> <p>-“Esto es bueno en términos en que se avanza en posibilitar un control de legalidad de las internaciones y así el estado de las personas e instituciones. Sin embargo, no se identifica aún -en términos generales-, un cambio en las concepciones, percepciones y prácticas de atención.”</p>

<p><i>Contexto/Escenario</i></p>	<p>-“En realidad creo que es importante contextualizar, era en plena época del 90, en la gestión de Mestre, en donde el tema de la Declaración de Caracas había marcado una línea en la gestión de SM .el cual el eje central era la desmanicomialización. Entonces se plantea proponer proyectos alternativos a la internación.”</p> <p>-“Con la apertura de la democracia, pienso que con la formación nuestra y con todos los compañeros nuestros hubo como una idea que podíamos reformar lo que pensábamos ideológicamente en la década del 70. Siempre pensamos en alternativas, yo creo que al comienzo de la apertura democrática.”</p> <p>-“Las posibilidades más concretas las va dando el contexto y sus vaivenes. Desde el advenimiento de la democracia en 1983 hasta la actualidad, se han producido hitos en el campo de la salud mental en el país, en particular en algunas provincias argentinas.”</p> <p>-“El impulso que los organismos internacionales de salud (OMS-OPS) le han dado a la temática de la reforma y a todo el conjunto de documentos que han respaldado estos enfoques ha sido muy importante, destacándose la Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad.”</p> <p>-“Mi opinión es coincidente con los teóricos de la reforma en el mundo y los pioneros de experiencias de desinstitucionalización en el país y en el exterior. Los dispositivos alternativos no son complementarios a las instituciones monovalentes; son sustitutivos.”</p>
----------------------------------	--

\*Como se puede observar, en las categorías expuestas sobre el marco institucional y legal, se reconoce la importancia de la existencia de la Ley Nacional y Provincial en Salud Mental siendo su implementación una contradicción, ya que se reduce al pedido de mayor presupuesto y mayor número de recursos humanos, sosteniendo las prácticas tal como se desarrollan en los hospitales monovalentes y no en los dispositivos, tal el caso de la Casa de Medio Camino. Sin embargo, en las voces de los expertos que son y fueron parte de transformaciones en las prácticas, se incorporan a los dispositivos como sustitución a los hospitales monovalentes dentro de las reformas de Salud Mental, con una fuerte expresión ideológica.

-Los resultados surgidos de las entrevistas en relación a las experiencias cotidianas, actividades participativas, historias de vida que se expresan en el dispositivo Casa de Medio Camino, y en referencia con otras instancias de atención en los procesos de transformación de salud mental, se exponen los siguientes cuadros.

### C) Experiencias Cotidianas y personales:

#### C.1. Mujeres que conviven y las que continúan el proceso como egresadas en la Casa de Medio Camino (tabla 6).

Tabla 6

*Categorías Temáticas referentes a las experiencias cotidianas y personales: mujeres que conviven y las que continúan el proceso.*

Experiencias cotidianas	Descripción
<p><i>Vivencias de atención/ Institución monovalente</i></p>	<p>- “Tengo 49 años. Nací en Finlandia en el 65. Y después empecé a trabajar en un crucero, ahí trabaje casi 5 años, hasta que pedí licencia para viajar por América Latina por un año como mochilera. Viaje 3 meses y en Ushuaia conocí a mi ex-marido. Yo casi ni hablaba español. Fueron años muy difíciles. Y una vez me emborrache mal, con gancia. Al principio me interne en los lugares privados, porque tenía recursos para hacerlo. En esa época tenía 32 o 33 años. Ya al último cuando no me quedaba más dinero me tuve que internar en el IPAD. Durante esos 10 años pase varias internaciones y la última fue la más larga.”</p> <p>-“Tengo 56 años, soy nacida en Córdoba Capital. Hace como 10 años me interné. La primera fue en el 2004, estuve internada un par de meses en el IPAD, después pase al Florencio Días y después volví de nuevo al IPAD. Es decir que desde el 2004 pase por muchas internaciones. Yo me hice mucho daños, me cortaba... tengo las marcas. También tenía problemas con mi esposo, mi esposo estaba en mi casa y yo cuando volvía era para pelear, y discutíamos y yo tomaba.”</p> <p>-“Tengo 61 años, nací en Santiago del Estero pero me vine de chiquita a Córdoba. A los 34 o 35 fue mi primera internación. Estuve 26 años. Estuve en Santa María de Punilla como 11 años y después me pasaron a Oliva, 16 años.”</p>

	<p>-“Yo me llamo “M”, tengo 50 años. Soy de aquí de Córdoba. Hace como 7 años ya que me interné por primera vez, me interne en el Hospital Neuropsiquiátrico. Me había agarrado depresión, te encerrarás y no querés ver a nadie. Me acompañó mi hermano y mi cuñada a internarme, me trajeron de Río Ceballos hasta aquí, porque yo no podía andar, no podía caminar, nada.”</p> <p>-“Nací en Villa Fontana. Un día como mi hermana sabía que yo hablaba sola, me dijo que la acompañara al Hospital porque ella tenía un soplo al corazón. La cuestión era que me estaba engañando, para encerrarme en el Neuro. Fueron 6 meses que yo estuve internada en el Neuro de Córdoba. Así que de ahí me llevaron a Oliva. Ahí en Oliva estuve internada 10 años, porque para mí fueron 10 años perdidos, porque estuve sola y perdí todo... mi peluquería, a mis hijos viviendo conmigo... todo eso lo perdí.”</p>
<p><i>Vivencias de atención/ Casa de Medio Camino</i></p>	<p>“-... cuando la Licenciada me dijo de ir a Córdoba, ahí nomás le dije que sí y prepare las valijas. Y cuando llegue acá a la Casa me gusto, vi que es una casa grande, linda, que había mujeres grandes. Y bueno... y cuando llegue acá a la Casa tarde como un mes para ir conociendo la ciudad, para adaptarme a las chicas y todo eso. Otro tema fue mi hijo Josecito, el más chico, que hacía 15 años que no lo veía. Yo siempre le decía a Diego que me lo llevara, pero Diego no me lo quería traer. ... me pegue un baño, me arreglé bien, me pinté y cuando voy al escritorio de las Licenciadas me encuentro ya con todo un hombrecito... Josecito. Cuando me salió la pensión me fui a vivir sola a una pensión. Ya hace dos años y tres meses que vivo sola.”</p> <p>- “Me dieron el alta y me dijo la doctora que había una Casa de Medio Camino y me pregunto si quería ir, yo le dije que sí. Para mí es todo. Una felicidad impresionante la Casa... a mí me dejó todo la Casa de Medio Camino. Yo tengo un certificado de discapacidad y cobro una pensión de discapacidad, pensión no contributiva se llama, con eso pago el alquiler de la pensión todos los meses. Hace dos años que vivo en una pensión.”</p> <p>-“Bueno... me dijeron que se llamaba Casa de Medio Camino, que había nada más que cuatro o cinco mujeres más... yo entre el 11 de abril... ahora estoy tan contenta, todo es paz, no me siento internada. Afecto. Afecto de parte de las compañeras, pienso en que si las doctoras contra todas las rivalidades que existían me sacaron afuera, las Licenciadas me va a ayudar también cuando me tenga que ir de acá ... nunca viví sola, no sé lo que es vivir sola. Yo creí que me iba a morir en Oliva y de repente es como que una luz se prendió en la oscuridad.”</p>

	<p>-“Mis médicos fueron los que me contaron sobre la Casa y me trajeron para acá. Creí que era otra cosa yo, yo pensaba que era como el IPAD, como otra internación más. Pero no, después me di cuenta que era otra cosa muy distinta. Ahora puedo salir, antes tenía miedo de salir a la calle, no salía directamente, ahora sí, puedo salir a hacer trámites, ir sola al médico, antes tenía que estar mi hija con todo eso, llevarme de acá para allá, todo lo hacía mi hija, pero ahora lo puedo hacer yo sola. Desde que estoy en la Casa mejoré muchísimo la relación con mi familia. Sobre todo con dos de mis hijos.”</p> <p>-“No me imaginaba nada, no tenía idea de cómo podía ser. Si me contaron que apuntaba a la autonomía, que hay mucha contención, que se comparten las tareas con las chicas. Y yo dije bueno. Somos un grupo de mujeres que nos llevamos muy bien, nos preocupamos una de la otra, hay una convivencia muy linda. Además siento cuando vuelvo del trabajo que vengo a “mi casa”, eso es muy lindo. Y me parece que es como un hogar, aunque provisorio, lo sé. Lo hable con mis hijos y ellos están contentos. Por supuesto nos extrañamos mucho pero ellos siempre me acompañaron con mi enfermedad.”</p>
<p><i>Malestar con el modo de atención/ Institución monovalente</i></p>	<p>-“En IPAD no te dejan salir, solo podías los fines de semana para ir con tu familia, y como yo no tenía a donde ir, no salía. Me sacaron el celular, me llevaron a cama fría y me dieron un triple por tener el celular. Eso fue lo peor que me pasó. El personal de la institución que llevan muchos años, vienen muy cansados, llegan de mal humor, a veces te contestan mal, con gritos.”</p> <p>- “A las 8:00, 8:30 hs. nos levantaban cuando iban a limpiar las chicas, tomábamos mates... y así, en el IPAD te ponían las inyecciones para que durmieras cuando hacías algo malo. Colocaban inyecciones y dormían como dos días seguidos fáciles. En una institución así yo ya no estaría, tendría miedo de estar ahí, porque es diferente el trato, la forma de cuidarte, de hablarte, de decirte las cosas.”</p> <p>-“La pasaba bien feo. No me gustaba, era como si estuviera en un regimiento, todos los días lo mismo. Ellos los médicos a veces me veían seguido, a veces pasaban días y días y no los veía. Estuve en una sala de contención, pero porque me engañaron. . Esas galerías sucias de Oliva... así como desoladas... horrible.”</p> <p>- “Nada más que no te dejaban salir.” (Hospital Neuropsiquiátrico.)</p>

	<p>-“La cuestión es que ahí me empastillaron, me daban pastillas a lo loco, vivía durmiendo, no tenía hambre... A ningún lado salía. Estaba siempre con las abuelas atendiéndolas en sus sillas de rueda, dándoles de comer en la boca... todo eso hacía yo, y me pagaban peculio por eso, iba al psiquiatra que únicamente veía al psiquiatra. Era todos los días, todos los días lo mismo. Nunca salíamos solas a ningún lado, siempre nos llevaba la enfermera. Por ejemplo, allá internada estaba encerrada, estaba como en una cárcel.” (Oliva).</p>
<p><i>Proyectos /Institución monovalente</i></p>	<p>-“Es que nunca pensé en que iba a salir... mi sueño era salir algún día de ahí... pero no veía ninguna posibilidad.”</p> <p>-“La vez que me daban permiso para salir, yo tomaba mucho, entonces yo decidí directamente no salir porque tenía mucha ansiedad de tomar.”</p> <p>-“Por eso no podía trabajar mientras estaba internada. Yo perdí varios trabajos porque al no poder salir, no podía seguir trabajando.”</p>
<p><i>Proyectos/Dispositivo Casa de medio camino</i></p>	<p>-“Tengo planes de volver a mi país cuando termine mi tratamiento con mi Psicóloga, y más o menos estoy juntando para irme. Y estar acá en la casa me permite continuar con mi tratamiento y trabajar al mismo tiempo. Allá tengo a mis hijos que me están esperando. Primero la libertad de ir y venir, la libertad de poder seguir adelante con tus planes, trabajar, bueno.”</p> <p>-“Y eso lo logre estando acá en la Casa, el salir, el darme con la gente. Quiero hacer cosas... había pensado en hacer un curso de corte y confección que ya una vez lo empecé y lo deje, y también quiero terminar la secundaria. También mi sueño más profundo es ver crecer a mis nietos.”</p> <p>-“ Ir al supermercado por ejemplo, tomar el ómnibus sola, ir a hacer las compras, ver vidrieras, comprarme cositas, todas esas cosas. Es un nuevo camino, una esperanza... Mi sueño es ir a vivir con mi hijo. También quiero aprender a coser y trabajar en costura.”</p> <p>-“Yo fui al Hospital de Urgencias y me encontré con un profesor mío de la facultad porque me tenía que sacar una radiografía. Me invito a tomar un cafecito y hablando me pregunto si quería volver a trabajar en la parte de radiología y yo le dije que sí, pero no me pagan nada, estoy de voluntaria, los lunes. También lo voy a buscar al Ezequiel al colegio, antes lo buscaba todos los días, ahora voy cuando puedo.”</p>

	<p>-“Primero que nada, la alegría, alegría de estar en un lugar mejor, de conocer más gente, porque donde estaba antes no se veía gente, ni autos, no se veía nada. Encontrarme acá era algo abierto para mí, algo muy grande que me permitió conseguir a mis hijos, mi pensión, andar sola por la ciudad, poder manejarme sola.”</p>
<p><i>Aceptación con el modo de atención/institución monovalente</i></p>	<p>-“Tengo un equipo y muy bueno. Te escuchan, no siempre una Institución es mala, a mí me tocó a lo mejor mucha suerte, porque son excelentes profesionales y personas, y gracias al IPAD, yo estoy saliendo.”</p> <p>-“Si, en el IPAD tenía un psiquiatra y una Psicóloga que son los que me siguen atendiendo hasta el día de hoy. Me tocaron médicos muy buenos.”</p> <p>-“Ellos, los médicos eran buenos, nada más que me daban mucha medicación, mucha, que no sabía ni para qué era.”(Oliva).</p> <p>-“Es que a mí me hacía falta la internación. Yo no caminaba, no podía, yo estaba en la cama nomas, tomaba los remedios y me quedaba en la pieza. Bien, acá en el Hospital te cuidan. Te cuidan, te dan de comer, te dan para que duermas... todas esas cosas. Yo no caminaba iba a la fisioterapia y me hacían masajes en las piernas.”</p>

**C.2. Profesionales que derivan a la Casa de medio Camino. Profesional: Psicólogo (tabla 7).**

Tabla 7

*Categorías Temáticas referentes a las experiencias cotidianas y personales: profesionales que derivan a la Casa.*

Experiencias Cotidianas/Persona	Descripción
<p><i>Vivencias modo Internación/Dispositivo</i></p>	<p>-“Recuerdo principalmente a Marta que fue la primera paciente que derivamos a la Casa de Medio Camino, que era alguien que dentro del hospital, primero que no hablaba mucho, que no se sabía mucho de su historia, y que pasaba, creo que era una cosa que ya estaba depositada en el hospital. Y me impresionó mucho, como volvió a tomar la palabra, volvió hablar y se pudo saber un montón de cosas de su historia, recuerdo en esas entrevistas que salíamos con el médico, y después nos íbamos a hablar tres horas de lo que habíamos pasado porque estábamos impactados de poder escuchar a alguien, que como decíamos estaba volviendo a la vida. Y Marta, cuando egreso de la Casa se fue con su novio.”</p>

**C.3. Profesionales que trabajan en la Casa de Medio Camino. Profesional: Trabajadora Social (tabla 8).**

Tabla 8

*Categorías Temáticas referentes a las experiencias cotidianas y personales: profesionales que trabajan en la Casa.*

Experiencias Cotidianas	Descripción
<p><i>Vivencias modo Internación/Dispositivo</i></p>	<p>-“Muchos momentos, hasta decir que la semana pasada fui con las mujeres de la Casa a una feria y me encuentro con una feriante, que ella me reconoce a mí porque con los años yo ya no la recordaba, es una persona que trabajé muchos años en el Hospital de Día, y hoy está en la feria, vendiendo dulces y era una persona que no salía de su casa y hoy tiene un emprendimiento y puede ella estar incluida en la sociedad y no está dentro de las ferias de salud mental justamente, sino que ella ya tiene una red donde circula.”</p>

**C.4. Expertos que fueron parte de procesos de transformación e implementación de dispositivos alternativos. Profesionales: Psicólogo-Trabadora Social- Médico Psiquiatra (tabla 9).**

Tabla 9

*Categorías Temáticas referentes a las experiencias cotidianas y personales: expertos que fueron parte de procesos.*

Experiencias Cotidianas	Descripción
<p><i>Vivencias modo Internación/Dispositivo</i></p>	<p>-“Yo recuerdo un muchacho joven que deambulaba, deambulaba por todos lados, pero no tenía prácticamente contacto con nadie, contacto, una mirada, deambulaba, yo pregunte que le pasaba porque en esa época que recién empezaba, ¿porque esta acá? Le habían hecho una lobotomía porque era una persona muy agresiva, o sea que destino, ¿no? Bueno esa es una imagen que aun la tengo. Y luego hay un sin números de personas que hoy y actualmente ya tienen muchos años de relación con este tipo de experiencia alternativa, si no estarían internada.”</p> <p>-“Tengo bastantes historias para contar, pero recuerdo de un paciente que fue a una residencia en la localidad de Cosquin. En Cosquin tenemos 2 residencias, había perdido el contacto con su sobrina, con su hija, con su nieta, y bueno, logramos ubicar a esos familiares y se produjo el encuentro. Había estado 28 años internado acá, empezamos a establecer contacto con ellos por etapas y al final lo familiares decidieron que podían incluirlo en su dinámica familiar y lo llevaron.”</p>

**D) Actividades Participativas:**

**D.1. Mujeres que conviven y continúan el proceso como egresadas en la Casa de Medio Camino (tabla 10).**

Tabla 10

*Categorías Temáticas referentes a las actividades participativas: mujeres que conviven y continúan el proceso.*

Actividades participativas	Descripción
<i>Convivencia</i>	<p>-“Acá tenemos reunión de los martes, que yo no puedo porque justo me toca trabajar, pero si estuve en algunas y ahí se habla de la convivencia y otras cosas prácticas, o si hay algún problema.”</p> <p>- “Primero de todo, somos un grupo de mujeres que nos llevamos muy bien, nos preocupamos una de la otra, hay una convivencia muy linda.”</p> <p>- “Acá cada una tiene algo que hacer... nos turnamos para hacer las cosas... me fui acostumbrando mucho yo... a las chicas.”</p> <p>-“Nosotros tenemos anotado un cronograma, un día a una le toca limpiar los baños, a otra le toca el piso, otras cocinan, se limpia el patio, se riega las plantas. Ese cronograma lo organizamos entre nosotras con las Licenciadas.”</p> <p>-“... las chicas, las charlas, tomar café, también cuando nos levantamos por ahí a media noche y charlamos. Por eso por ahí nos acostamos tarde, porque nos colgamos hablando de algo y bueno...”</p> <p>-“Comemos en la mesa todas juntas, cuando vemos un programa en la televisión, somos unidas, es todo tan distinto que nunca me imaginé...”</p> <p>-“Me gustaba trabajar, limpiar, hacer de comer, charlar...”</p>
<i>Actividades</i>	<p>-“Hacíamos alfajores de Maicena y lo íbamos a vender al Hospital.”</p> <p>-“Vienen unos chicos y nos dan gimnasia.”</p> <p>-“Ahora empiezo un curso de computación, también empiezo yoga, y también gimnasio, entonces te permite hacer mi vida de la forma que siempre hice.”</p> <p>-“Los miércoles tenemos un taller sobre nuestros derechos, que es muy interesante.”</p> <p>-“Los miércoles y viernes por la tarde vienen los chicos del IPEF para hacer gimnasia, caminatas. Y los viernes vienen las chicas de Trabajo Social que hacemos un taller de Microemprendimiento”.</p>

	<p>- “Todas esas actividades me parecen muy buenas, porque muchas de las chicas no salen para nada, a pesar de que acá las Licenciadas nos estimulan mucho para salir y hacer actividades fuera de la Casa.”</p>
<p><i>Inclusión Social</i></p>	<p>- “Yo trabajo dos veces por semana a la mañana, y los fines de semana.”</p> <p>-“Estoy a un pasito de irme. Estoy feliz. Ahora me vuelvo a la casa con mi hijo que es casado y no tiene hijos.”</p> <p>-“Por ahí cuando voy a Casandra con mi acompañante... el otro día fuimos a desayunar al Shopping.”</p> <p>-“Los lunes cuando llego al Hospital de Urgencias te saludan los compañeros. Después tomamos algo, un té por la mañana, ellos toman mate con chucker.”</p> <p>- “Recupere de vuelta peluquería, para aprender a hacer los cortes nuevos que se usan, entonces empecé a cortarles el cabello a las chicas acá, compre las tijeras, también las teñía, empecé a hacer todo eso de nuevo.”</p> <p>- “Así que gracias a Dios hoy me siento muy bien... están mis dos hijos que me van a ver, me sacan a pasear.”</p> <p>-“Ahora por ejemplo Diego me va a ver a mi casa cada 15 días, Josecito cada 2 o 3 días, los dos van a visitarme.”</p>
<p><i>Significaciones/ Casa de Medio Camino</i></p>	<p>-“Mucho, me significo bastante. Por ejemplo conocer la Ley de Salud Mental, conocer el compañerismo, estar juntas, vivir una vida mejor, aprender a manejarse sola, aprender a hacer cosas en la Casa, divertirse mucho.”</p> <p>-“No podía dormir en la pensión, entonces yo me quedaba a dormir aquí en la Casa, entonces durante el día estaba en la pensión, y a la noche me venía para acá. Extrañaba mucho la Casa.”</p> <p>-“A mí me parece que todavía no se manejarme sola, estoy aprendiendo todavía, y ya voy a aprender, y la casa me ayuda mucho.”</p> <p>-“Es un manojito de contención para mí. Contención en muchas cosas.”</p>

	<p>-“Acá me hice muy amiga de una de las chicas que ya se fue, con ella conversábamos mucho siempre. Acá puede hacer muchas amistades, tenés mucha contención acá.”</p> <p>-“De parte de las Licenciadas, si una se siente mal, si tiene un problema, siempre puedes hablar con ellas y te contienen mucho.”</p>
--	--

**D.2. Profesionales que trabajan en la Casa de Medio Camino. Profesionales: Trabajadores Sociales (tabla 11).**

Tabla 11

*Categorías Temáticas referentes a las actividades participativas: mujeres que conviven y continúan el proceso.*

Actividades Participativas	Descripción
<i>Convivencia</i>	<p>-“Pero es como cualquier casa, uno sale y dice “me voy a tal lado y vuelvo”, es parte de los vínculos y de la convivencia.”</p> <p>-“Ese es un lugar de encuentro y la que vino hace un año o hace cinco sabe que los martes puede venir, eso no lo tenemos que cambiar porque es el modo de relacionarnos también con las mujeres que han estado, es algo que atraviesa el programa y entonces tiene que estar.”</p> <p>-“Hay algunas situaciones difíciles en algunos grupos.”</p> <p>-“... el martes es el día de reunión que atraviesa todo el trabajo en el dispositivo, esa reunión es lo más importante de ese día.”</p>
<i>Actividades</i>	<p>- “Un jueves cada 15 días participamos en la feria del taller laboral.”</p> <p>-“Nosotras lo que promovemos es que ellas puedan ir afuera de la Casa a realizar actividades, para que ellas no estén acá adentro y salgan.”</p> <p>- “...taller de cine que lo hacemos una vez al mes los días viernes, que la idea es que sea un encuentro para mirar una película, ese día se hacen pizzas caseras, traemos algo para tomar, todas nos ponemos lindas, nos cambiamos, nos pintamos.”</p>

	<p>-“Es un encuentro para mirar una película de un viernes a la noche, no es la idea generar un debate, o buscar una película para relacionarlo con algo de ellas.”</p> <p>-“Por otro lado, hay actividades programadas. Por ejemplo este año estamos trabajando el proyecto de derechos, también cada grupo de alumnos que pasan por la Casa tienen diferentes propuestas, entonces hay actividades recreativas, hay otras actividades que tienen que ver con los micro emprendimientos.”</p> <p>-“La gente que viene, proponen actividades y nos sumamos a esas propuestas. Lo que sí, tratamos de que no sean siempre las mismas.”</p>
<p><i>Inclusión Social</i></p>	<p>-“Uno intenta que sea uno más de la comunidad.”</p> <p>-“También se da que las mujeres logran vínculos muy estrechos dentro de la Casa y entonces cuando salen, un gran número de ellas viven cerca de la casa, o vienen a tomar mates durante la mañana o vienen a la tarde o comparten el fin de semana, entonces este es un modo de relacionarnos, diferente.”</p> <p>- “Al principio nosotras le preguntamos cómo se piensan ustedes afuera, qué es lo piensan que van a hacer, cual es el proyecto de vida de ahora en más.”</p> <p>-“La inclusión de la familia es la invitación a la participación a las reuniones, a las actividades de la Casa, que puedan salir juntas, que puedan venir, que las mujeres las puedan recibir como en cualquier otra casa.”</p> <p>-“Es el acompañamiento en lo que es la reinserción social.”</p> <p>-“Este es como el paso intermedio a poder vivir solas o con algún familiar.”</p>
<p><i>Significaciones/Casa de Medio Camino</i></p>	<p>-“El otro día veía en la fiesta de la Casa a muchísima gente, eso también me súper alegraba porque eso el fruto de trabajo de todos estos años, y esto no tiene que ser el techo de la Casa, para nada.”</p> <p>-“Y ellas de vez en cuando, por alguna razón, siempre vuelven. Entonces hay muy poquitas de las que estuvieron en la Casa, hay solo tres que nunca más volvieron, y eso para nosotros también es significativo, importante, saber que estamos llevando un número de cuarenta y pico de personas que han pasado por la Casa y que vengán permanentemente o que vengán con cierta frecuencia también habla de los lazos y de los vínculos que se van estableciendo.”</p>

	-“Es un espacio de contención, un espacio donde poder compartir experiencias para las que llegan, para las que están afuera es un espacio que les permite contar lo que les pasa.”
--	--

\*En lo observado en las siguientes temáticas, se marca sustancialmente en el grupo de mujeres las vivencias en cuanto a la modalidad de atención en hospitales monovalentes en referencia al dispositivo Casa de Medio Camino. En relación a estas categorías, se remarcan muchos años de internación con la consecuencia de falta de proyectos de vida, pérdida de libertad y alejados de sus lazos familiares y sociales en los hospitales monovalentes. En tanto que vivencian la recuperación de hábitos, libertad, conocimientos de derechos y acercamiento a sus lazos en la Casa, más allá de que reconocen, en algunos casos, la contención de los hospitales. En cuanto a las actividades participativas, se subraya que conlleva un proceso de aprendizaje en convivir con el otro, recuperar hábitos y lazos, por sus problemáticas de salud mental. Los puntos relevantes de los grupos de profesionales expresan: en profesionales que derivan a la Casa, otra responsabilidad de atención en los dispositivos. Sin embargo su hacer es más fuerte en monovalentes. No es el caso del grupo de profesionales que trabajan en la Casa y las vivencias de los expertos, que no ven otra forma de abordaje que no sea los dispositivos.

La Observación Participante se complementó como herramienta al momento de recabar datos, a los fines de responder a la dinámica de la vida cotidiana y su interrelación social de las mujeres que conviven en la Casa de Medio Camino y las ya egresadas.

Se realizó semanalmente los días martes por la mañana, día estipulado en la Casa de Medio Camino por las profesionales como “reunión de convivencia”, presentada como un encuentro central y fundamental en los ejes que atraviesa la dinámica del dispositivo. El periodo en el que se recabaron los datos fue desde el mes de Enero del 2014 al mes de Junio del 2014.

La misma se desarrolla en las instalaciones de la Casa de Medio Camino, que se distribuye en una sala de estar, un pasillo que conduce a dos dormitorios (uno con capacidad para dos camas y el otro para cuatro camas); del otro lado del pasillo, la cocina y un baño con ducha, un comedor amplio, dos baños sin ducha y una habitación pequeña que funciona como oficina de las profesionales. Posee patio al fondo con lavadero.

Las características son de una vivienda familiar y no posee identificación de que es una institución de salud mental.

Los participantes en la reunión de convivencia son las mujeres que conviven, algunas egresadas que tienen este encuentro incorporado como espacio de contención, coordinadores de la casa, estudiantes y otros actores como familiares y acompañantes terapéuticos. Varían según los acontecimientos y situaciones de la flexibilidad que se presente en este encuadre.

Por esto último, el temario que se presenta es de acuerdo al grupo presente cada martes, el cual es abierto y realizado libremente. Se desprenden como ejes centrales de la observación:

- 1) Convivencia.
- 2) Relaciones sociales de las mujeres convivientes y egresadas.
- 3) Malestares y conflictos.
- 4) Organización de actividades diarias.

**1) Categoría: Convivencia (tabla 12).**

Tabla 12

*Categorías Temáticas referentes a la convivencia.*

CONVIVENCIA	DESCRIPCIÓN
<i>Pertenencia</i>	<p>-“Yo hoy vagancia total, vi película, tejí, pedí puchos a A.”</p> <p>-“Deberías vender más empanadas y vos “S” que tejes muy bien hacer para vender.”</p> <p>-“Tuvimos en la casa haciéndole compañía a M, porque estaba sola.” (Egresada).</p> <p>-“Traigo una carta que hice a la Presidenta, para que nos den viviendas, es un derecho.” (Egresada)</p> <p>-“Estoy contenta de haber ingresado acá, me levanté a las 4 de la mañana, tomé unos mates y me volví a acostar.”</p> <p>- “A todas nos pasa lo mismo con lo que cobramos, tenes que pensar o pagas una habitación o te cantas de hambre.”</p>

<p><i>Aceptación entre pares</i></p>	<p>-“Vengo de Oliva, me decían cosas lindas y feas de acá, que no iba a poder fumar ni recibir visitas, pero son todas compañeras.”</p> <p>--“Hay que ser solidarios y guardar y entender que alguna puede comer más porque está muy ansiosa.”</p> <p>-“La desconfianza no es buena, hay que aprender a conocerse, dialogar y saber compartir.”</p> <p>-“No salgo porque no me gusta que me vean así como estoy con mi cuerpo.”</p>
<p><i>Discrepancias entre pares</i></p>	<p>-“El fin de semana vienen visitas y encontraron el baño pisos sucios. Pido colaboración a mis compañeras.”</p> <p>-“Le tengo miedo a E cuando está así.”</p> <p>-“Me cuesta la convivencia en mi casa con Ricardo y Mariela.” (Egresada).</p> <p>-“M tiene un carácter raro, ella duerme todo el día, no habla cuando almorzamos.”</p> <p>-“Me quedé sin comer esta noche, no me guardaron comida, me puedo hacer algo yo, pero no me gusta cocinar.”</p> <p>-“E se fue con su madre ayer, ahora puedo dormir.”</p> <p>-“Con E era un caos los últimos tiempos.”</p>

**2) Categoría: Relaciones sociales de las mujeres convivientes y egresadas. (Tabla 13).**

Tabla 13

*Categorías Temáticas referentes a las relaciones sociales.*

RELACIONES SOCIALES	DESCRIPCIÓN
<i>Debilidad y fortalezas en lazos familiares</i>	<p>-“Estoy contenta con mi hermano Simón, me integran Ricardo y Mariela, pero extraño a las chicas de la Casa.” (Egresada).</p> <p>-“Mi familia son mis hijos, mis hermanos y mi madre desconfían de mí.”</p> <p>-“En mi caso mi ex siempre me quiso separar de mis hijos.”</p> <p>-“Yo pedí perdón a mis hermanos, era muy soberbia, no conocían a mi Ezequiel.” (Egresada).</p> <p>-“Estoy rodeada por mis hermanos pero no saben nada de mí.”</p> <p>-“Siempre te juzgan, se meten hablan, y no saben nada.”</p> <p>“¿Por qué será que a todas nos pasa lo mismo con la familia?”</p> <p>-“Vino mi hija y nuera, salimos a dar una vuelta, cuando volví estaban las chicas en reunión.”</p> <p>-“Mi hermano falleció y no me dijeron nada, me avisaron tarde.” (Egresada).</p> <p>-“Vine0 acá para recuperarme y no estar tan sola y tener contención, mi familia me aturde.”</p> <p>-“Tengo ganas de ir el domingo a ver a mi familia, quizás valla.”</p>
<i>Lazos Sociales</i>	<p>-“Nunca me imaginé que a esta edad iba a poder estar en la facultad, no venía porque estuve rindiendo lo prácticos y parciales de Historia, me fue bien.” (Egresada).</p> <p>-“Yo quiero retomar mi profesión de médica cuando mejore mi salud.”</p>

**3) Categoría Malestares y Conflictos (tabla 14).**

Tabla 14

*Categorías Temáticas referentes a malestares y conflictos.*

CONFLICTOS	DESCRIPCIÓN
<i>Dificultades en relacionarse</i>	<p>-“Quisiera que no ensucien.”</p> <p>-“A no me dio una porción de torta.”(Egresada).</p> <p>-“M se come todo, sin permiso, no puede ser.”</p> <p>-“E solo se ocupa de ella, no come con nosotras, no da explicaciones, cierra todas las ventanas.”</p> <p>-“Cuando yo no estoy mi habitación es tierra de nadie, viene todo el mundo y me toca todo, no está mi campera.”</p> <p>-“-A mí me usan el champú cuando me voy a la casa de mi hija.”</p> <p>-“M me robó una etiqueta de cigarrillos.”</p>
<i>Cuestiones en conflictos</i>	<p>-“Algunas no hacen nada, no toman en cuenta lo que hay que hacer, yo no digo nada, que cada uno se haga responsable, solo aclaro como son las cosas acá.”</p> <p>-“Me llama la atención de los cambios repentinos, de “E “conmigo”.</p> <p>-“Como son las crisis, ¿no?, son cosas insólitas.”</p> <p>-“A se fue de golpe, nos tuvimos que quedar con G, sin saber nada.”</p> <p>-“Desconfío de S, C y M. de los robos.”</p> <p>-“Yo no fumo, puedo entender que E, está mal pero a mí me tira cosas en la pieza y no digo nada.”</p> <p>- “Estoy muy molesta porque A me trata de ladrona.” (Egresada).</p>
<i>Modalidad de afrontamiento</i>	<p>-“Hay que retomar hacer el cronograma y moverse más salir de la abulia.”</p> <p>-“Veamos entonces como acompañarla si no está bien E ¿no les parece?”</p> <p>-“Es un tema la desconfianza de A, que vamos a retomar con la presencia de A, hoy no está para hablarlo.”</p> <p>-“Pido disculpas por contestar mal a G”.</p> <p>-“Nadie contaba nada de E, por miedo a su enojo, los fines de semana por lo</p>

	que se ve era más grave, la forma es hablar conversar lo que está pasando en la convivencia para poder trabajarlo entre todas.”
--	---

#### 4) Categoría Organización de las tareas diarias y actividades (tabla 15).

Tabla 15

*Categorías Temáticas referentes a malestares y conflictos.*

TAREAS DIARIAS/ ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN
<i>Recuperación de Hábitos</i>	<p>-“Por ahí yo hago la comida.”</p> <p>-“A hace fiaca.”</p> <p>-“E hace lo que quiere en la Casa, si se le dice algo se pone agresiva, mejor no decir nada.”</p> <p>-“El azúcar y la leche se termina muy rápido, M viene todas las tardes y se toma toda la leche, ¿quién va comprar más ahora?”</p> <p>-“Yo limpio los baños.”</p> <p>-“En la habitación hay olor, veamos de acordar de lavar la ropa.”</p> <p>-“Recuerdo que no se deba fumar en la habitación, ya que puede haber un accidente.”</p>
<i>Colaboración</i>	<p>-“Yo digo ponernos de acuerdo como siempre.”</p> <p>-“Yo siempre colaboro.” (Egresada)</p> <p>-“Lo importante es que no recaigan todas las tareas de la Casa en una sola de nosotras”</p> <p>-“Hay que realizar nuevamente el cronograma de actividades de la Casa”.</p> <p>- “Se propone el cronograma de actividades y remarca quien realiza las compras, almuerzo y cena.”</p> <p>-“Estamos turnándonos para hacer las cosas, una cocina, otra lava, sino está a la que le toca, lo hace otra, nos estamos llevando bien.”</p>
<i>Accesibilidad a</i>	-“Los cursos de empleo no son para mi edad, con 60 años me mandan

<i>Actividades</i>	<p>a jubilar.” (Egresada).</p> <p>-“Yo me encontré que por mi edad 53 años, no encontraba comedores para ir a comer”. (Egresada).</p> <p>-“Miércoles próximo, a la noche, Cine. Queremos ver “De Caravana”, pizzas y torta hechas por E.”</p>
--------------------	---

\*En referencia a las categorías observadas en la reunión de convivencia, en la descripción se evidencia en su mayoría una pertenecía de las mujeres al dispositivo Casa de Medio Camino. Al principio presentan temores por lo nuevo, ya que les produce ansiedad, les cuesta la cooperación, solidaridad, además de la falta de comunicación y abulia propia de su problemática; sin embargo, se complementa con un aprendizaje al dialogo. Surgen conflictos y malestares a partir de las necesidades básicas, sobre todo con el tema de la alimentación y cuando no pueden discriminar lo que es de cada una. Señalan que los conflictos se dan en mayor medida los fines de semana (cuando no se encuentran las profesionales). Paulatinamente en el proceso van adquiriendo lo referido a la tarea diaria, retomando actividades que ordenan lo cotidiano. En cuanto a las relaciones familiares, van tomando autonomía e independencia que les permite relacionarse desde otro lugar con sus lazos. En lo que hace a la accesibilidad de actividades, encuentran obstáculos para realizarlas; en cambio, recuperan actividades recreativas dentro de la casa como actividad informal.

### ***-Discusión y Conclusiones***

En función de los objetivos planteados se extrajo información que paulatinamente permitió elaborar categorías para contener las voces de las personas que participaron de alguna manera en este trabajo y describir sus significaciones.

Los Principales Resultados e Integración permiten describir el dispositivo de intervención que caracteriza a la Casa de Medio Camino de Mujeres de Córdoba Capital como abordaje alternativo a instancias aisladas y de encierro para mujeres que han tenido largas internaciones y sucesivas re-internaciones, identificando, en la dinámica de trabajo, acciones características de este dispositivo de intervención que posibilitan el acceso de las mujeres a un nuevo lugar social.

Para responder a estos objetivos y, a través del alcance del primer objetivo específico del presente trabajo, se planteó caracterizar el dispositivo terapéutico Casa de Medio Camino. Tal como pudo verse en un primer momento, los distintos participantes presentan coincidencias en varios puntos. En primer lugar, los profesionales que aportan sobre la dimensión **Interdisciplina** la describen en contexto de “reuniones” e “interconsultas” que se disponen entre los equipos de profesionales que derivan y los que intervienen en el dispositivo. Más allá de las anteriores correspondencias en las respuestas de los participantes, hubo también algunas concepciones particulares de los participantes. De este modo, en las voces de las profesionales que trabajan en la Casa hay un énfasis que marca a esta categoría como eje fundamental de la intervención. Se acentúa la importancia de contar con diferentes miradas, como la forma de intervenir de las problemáticas abordadas signadas por la complejidad. En esta Casa de Medio Camino, la interdisciplina no está dada por el equipo coordinador sino por la interacción sostenida de este y el equipo derivador que continua en todo el proceso. Otros participantes remarcan lo novedosa esta modalidad de trabajar interdisciplinariamente en la continuidad de un proceso, que no finaliza con la derivación. Por ejemplo, en el caso de los profesionales que derivan a la casa, refieren: ***“no es como es como suele ser en la mayoría de los dispositivos, bueno hasta acá llego nuestra responsabilidad...el equipo que lo deriva debe seguir atendiendo al paciente”***.

Estas apreciaciones arriba mencionadas suponen una distancia en la comprensión de esta forma de trabajo interdisciplinario entre algunos de los profesionales que derivan y que

contemplan esta categoría dentro de un mismo espacio físico, el institucional, con la descripción que se muestra en las profesionales que trabajan en el dispositivo Casa de medio Camino, que incorporan esta categoría en una articulación más allá del lugar físico. Concretamente se apreció que el grupo de participantes que intervienen en la casa sostienen la interdisciplina desde otro lugar, como lo remarcan: *“me parece que los otros profesionales pueden sostener el acompañamiento desde otro lugar, desde afuera.”*

Otros de los aspectos particulares que se destaca como puntos de encuentros entre los participantes hacen referencia a los **Derechos Humanos**. Se observa en la descripción de la misma que los entrevistados concuerdan en la mirada de intervención desde el enfoque de derecho, en la cual se coincide y se resalta: *“recuperar la palabra, la vida de las personas, el respeto, democracia, y poder decidir. Se remarca así mismo la libertad de las personas”*.

En cuanto a la **Interacción/Integración a la vida familiar/Social** en las descripciones expuestas por los participantes, se considera a la Casa de Medio Camino un espacio “sano” que les permite a las personas un vínculo directo con la comunidad y a la familia de las personas que se derivan. Aparece en esta categoría la distinción de un lugar de transición entre el hospital y la sociedad, así como la necesidad de un proceso de acompañamiento que no se propone en los hospitales.

Desde lo expuesto por las profesionales que intervienen en la Casa se describe esta categoría desde un trabajo en la comunidad, un respeto al territorio de los sujetos y su inclusión social como objetivo de la Casa de Medio Camino. Incorporan el trabajo con otras instituciones de la comunidad.

En este punto, se complementan las descripciones de los datos recabados en el proceso de Observación al desarrollar la categoría de **Relaciones Sociales**. Se puede determinar que el grupo de participante infieren **Debilidad y fortaleza con los lazos Familiares**, donde se expone un distanciamiento de las mujeres con sus hijos, hermanos padres y madres desde el lugar del “no entendimiento” y “cansancio y malestar”. Sin embargo, el refuerzo y recupero de lazos familiares se propone desde un acercamiento afectivo, con un hilo conductor que los encuentra que es la Casa de Medio Camino: *-“Mi familia son mis hijos, mis hermanos y madre desconfían de mí.” ; -“en mi caso mi ex siempre me quiso separar de mis hijos”;* *-“vino mi hija y nuera, salimos a dar una*

*vuelta, cuando volví estaban las chicas en reunión”;* -*“Tengo ganas de ir el domingo a ver a mi familia, quizás valla.”*

Otro aspecto que aparece en las observaciones de este apartado, en referencia a sus Redes Sociales, son los **lazos sociales** que las mujeres describen como el nexo que les permitió relacionarse con sus proyectos tanto laborales como de estudio en este caso: -*“Nunca me imaginé que a esta edad iba a poder estar en la facultad, no venía porque estuve rindiendo lo prácticos y parciales de Historia, me fue bien”. (Egresada);* -*“yo quiero retomar mi profesión de médica cuando mejore mi salud.”*

En la descripción de la **Dinámica de Funcionamiento** de la Casa, hay puntos de encuentros entre los profesionales. Lo más relevante que se expone es el tema que no hay “horarios” establecidos y que marcan una diferencia sustancial con las instituciones monovalentes como normas establecidas. Paralelamente a esta diferencia, también se remarca en relación a los “hábitos perdidos en el hospital psiquiátrico”, haciendo hincapié en el manejo del dinero y su decisión en cuanto a su uso. En referencia al funcionamiento propiamente del dispositivo Casa de Medio Camino, se describe un lugar dinámico, flexible, que se va construyendo por los grupos del momento. Como especificidad del lugar, se marca que los profesionales no están las 24hs. Solo de lunes a viernes por la mañana, punto que marca una ambigüedad en las mujeres, las cuales les cuesta correrse del lugar de la institución: piensan que aún no tienen su alta. Cada mujer realiza su rutina diaria. Se incorpora en parte del funcionamiento la “supervisión” como práctica de evaluar que el espacio no se transforme en un pequeño monovalente.

En las observaciones registradas en esta temática, el grupo de participantes describen la contracara de los hospitales monovalentes en relación al abordaje en la Casa de Medio Camino. Se trasmite en las voces de las mujeres que conviven y las egresadas la organización de las mismas en **Tareas Diarias y Actividades**, lo que permite la **Recuperación de Hábitos** con la participación de las tareas cotidianas de la Casa. Estas se traducen en acciones que van desde las compras de los alimentos al cuidado de los elementos y del hogar propiamente dicho. Se establece además una estrecha relación desde la **Cooperación** entre ellas, que favorece la integración al dispositivo. Los ejemplos que se pueden remarcar son: -*“Lo importante es que no recaigan todas las tareas de la Casa en una sola de nosotras”;* *“estamos turnarnos para hacer las cosas, una cocina, otra*

*lava, sino está a la que le toca, lo hace otra, nos estamos llevando bien.”.* Por su parte, se propone un cronograma de actividades que acompaña la organización de las tareas diarias: - *“hay que realizar nuevamente el cronograma de actividades de la Casa”.- “Se propone el cronograma de actividades y remarca quien realiza las compras, almuerzo y cena.”*

Por otro lado, al hablar de **Redes/articulación** se describe desde las profesionales que trabajan en la Casa como una articulación de acuerdo a las necesidades de las mujeres, que se complementa con las inter-relaciones de instituciones comunitarias. Se describe además el acercamiento de instituciones con el objetivo de conocer el dispositivo, con las cuales también se articulan.

Por su parte, en las observaciones que dan cuenta de la **Accesibilidad en Actividades**, el grupo de participante reflexiona sobre las limitaciones que se encuentran para incorporarse a actividades laborales informales, así como encontrar un comedor en la comunidad por tener edad intermedia. Se remarca que la participación en actividades recreativas en la Casa les permite pasar un buen momento. Los ejemplos que se pueden exponer son: -*“los cursos de empleo no son para mi edad, con 60 años me mandan a jubilar”. (Egresada); -“miércoles próximo, a la noche, Cine. Queremos ver “De Caravana”, pizzas y torta hechas por E.”*

Al hacer referencia a situaciones imprevistas de las mujeres que conviven en la casa, los participantes se refieren al **Acompañamiento en crisis**. En la dinámica de intervención se tiene en cuenta la posibilidad de “recaídas o crisis” de las mujeres, por lo que se realizan aclaraciones con el equipo derivador en momento de entrevista de admisión, acordando que se los puede requerir. No hay horarios para estas situaciones, se remarca que incluye días hábiles, feriados o días no laborables. El primer momento es un acompañamiento de las profesionales de la Casa. Luego hay una comunicación telefónica con su equipo, si la situación necesita otra intervención. La situación puede contenerse o derivar en una internación. Se deja expuesto en el relato de las profesionales que no todos los equipos están dispuestos a esta dinámica de intervenir, al no responder en algunos casos a los llamados.

De igual manera, se particulariza en las respuestas de unos los participantes de este trabajo un eje que caracteriza a la casa que es el **Acompañamiento cuando egresan** las mujeres, donde se describe un modo de relacionarse diferente por parte de estas, que

permite que se establezcan vínculos y que un gran número de ellas cuando egresan sigan concurriendo al lugar. Se establece como lugar de referencia la Casa, ya que algunas siguen residiendo cerca del lugar. Se complementa con un proceso de concurrir a los domicilios de las mujeres que hay que sostener en su red social. Sin embargo, se especifica que se dificulta por la cantidad de mujeres ya egresadas y pocos recursos humanos en el dispositivo. Un porcentaje mínimo no concurrió más al dispositivo.

Esta síntesis que se resaltó en las expresiones de los grupos participantes, describen en las características del dispositivo que existen aspectos específicos en el funcionamiento de la Casa de Medio Camino que lo diferencian de las instituciones monovalentes o instituciones psiquiátricas. Estas se encuentran expresadas fundamentalmente en las normas instituidas y naturalizadas en estas últimas instituciones. Si bien es claro en los entrevistados que el abordaje es el de derechos humanos y que la dimensión de intervención desde este abordaje está presente, no en todos los relatos se explicita la necesidad de un trabajo interdisciplinario fuera de las instituciones, al igual que la necesidad de articular con redes comunitarias. Se describe que existe dificultad en el proceso de acompañamiento de crisis; es decir que no se logra un proceso de comprensión por parte de los profesionales que derivan a la Casa, en tener que responder fuera de sus horarios habituales de trabajo. Al igual que se remarca la falta recursos profesionales en la Casa para lograr un crecimiento para fortalecer el proceso de acompañamiento de egresadas. Se observa en los relatos que hay un reconocimiento importante como base en la construcción de estos nuevos modos de atención, que reconocen la palabra de las personas y su libertad en la intervención por parte de los profesionales que la derivan. Al igual que se muestra en la descripción de las profesionales que trabajan en la casa una solidez y fundamentos en la construcción del dispositivo. Sin embargo, los relatos se contraponen mostrando una debilidad de los equipos que derivan para lograr una relación de comprensión con esta modalidad, lo cual deriva en algunos en una indiferencia poco productiva a los nuevos modos de atención.

La caracterización encontrada con respecto a aspectos de funcionamiento de la Casa de Medio Camino se diferencia con la atención en hospitales psiquiátricos o monovalentes en este último punto, coincidiendo con lo que plantea Goffman (1994) que en su libro *“Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales”*, define a la Institución Total como *“un lugar de residencia y trabajo, donde un número de individuos*

*en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente*". A partir de esta concepción del autor, es posible contrastar las características que se describen en la Casa de Medio Camino y que, por el contrario, rompen con el planteo de aislamiento y los dispositivos son vistos desde otra perspectiva de atención, tal como propone Amarante: (10) *"La temática de los derechos humanos asume aquí una expresión singular. Se trata de una lucha por la inclusión de nuevos sujetos de derecho y de nuevos derechos para los sujetos con sufrimiento mental. Derecho al trabajo, al estudio, al entretenimiento, al deporte, a la cultura, en fin a los recursos que la sociedad ofrece."*

Los ejes de atención que se describen en la Casa de Medio Camino se complementan con la modalidad planteada en el libro de Choen/ Natella: (5) *"en los principios de la desmanicomialización, el equipo debió hacerse cargo de la atención de los usuarios, teniendo como premisa básica la continuidad de los cuidados. Fue conveniente integrar el equipo con la mayor diversidad de recursos humanos, incluyendo los no tradicionales. Este fue el momento de hacer efectiva la integración de saberes; la instancia donde se concretó el enfoque interdisciplinario e intersectorial."*

En referencia al **Marco Institucional y Legal** de acuerdo a las tablas 3, 4 y 5:

En relación a la categoría **Prácticas Dispositivos/Alternativos**, en las descripciones que se observan se muestra por parte de los profesionales que derivan de monovalentes la falta de conocimiento, miedos y amenaza por cierre de los "manicomios". Se explicita que se puede mejorar la calidad de vida de las personas en las instituciones monovalentes, como preferencia a los dispositivos alternativos, pero con riesgo de no salir de la lógica manicomial. Describen que se priorizan en estos lugares proyectos aislados, sin incorporar lo colectivo y olvido de las personas allí internadas, que de alguna manera concuerda con la descripción de las profesionales que trabajan en la Casa al referir que no derivan a personas convencidos de que pueda funcionar como dispositivo alternativo, remarcando que existe una barrera para incorporar cambios desde otro paradigma en las prácticas. Los cambios en los profesionales que derivan son paulatinos en la comprensión al realizar la experiencia en proceso con la mujer que derivaron. Al observar en esta categoría lo relatado en las entrevistas a expertos, se coincide en la importancia de que estos dispositivos se encuentren

fuera de las instituciones monovalentes, relacionados con la comunidad y sus lazos afectivos y sociales para no reproducir la lógica hospitalaria. Se describe en lo que expresan estos últimos que las prácticas en dispositivos alternativos permite recuperar la libertad y la autonomía de las personas. Es la forma de respetar los derechos humanos.

Otras de las categorías desglosadas de las entrevistas son **Limitaciones y consensos en la implementación de nuevas prácticas**, en la cual se remite, de manera paralela al describirla, la necesidad de un consenso político para implementar estos dispositivos. Sin embargo, se desdibujan al momento que no se implican otros ministerios como política de Estado. Las limitaciones se manifiestan en la falta recursos capacitados, en la redistribución de recursos a la red comunitaria y en el miedo de los trabajadores a la pérdida de trabajo. Se describen en los relatos de los tres grupos de entrevistados que hay consenso, en algunos casos, desde la direcciones de las instituciones, que piensan en un cambio de prácticas. En otras etapas se revierte esta situación y el consenso es de los trabajadores, por lo que las autoridades pasan a ser una limitación. Se enfatiza en que, a pesar de la Ley Nacional y el consenso político que hubo para su aprobación, no hay en el fondo una adecuación en las instituciones por un sistema basado en la comunidad. En una de las entrevistadas se expone que se visualizan cambios y consenso en los trabajadores y en el Ministerio de Salud. Sin embargo, falta que se involucren otros Ministerios y más trabajadores, desde abajo hacia arriba.

La categoría de **Ley Nacional/Provincial** expresa un claro acuerdo en los grupos de entrevistados de la importancia de su implantación. Al desmenuzar esta categoría se describe: por un lado, que a algunos casos se le dio un marco legal a los procesos de transformación que ya se venían realizando, a la vez que más allá de su importancia hay una distancia entre las normativas y las prácticas en sí. Por otro lado, otorga el marco a acciones de los profesionales además de posibilitar un control de la legalidad y estado de las personas en las internaciones. Se expresa que va llevar tiempo el cambio en las prácticas en atención en dispositivos, en la implementación de las Leyes.

Se incorpora otra categoría relacionada a la anterior, **Limitación/Ley Nacional/provincial**, donde la posición del entrevistado enfatiza en diferir con las Leyes Nacional y Provincial, resaltando que las que la realizaron son personas de escritorios y no

sabrían lo que significa una urgencia. Asimismo, se expresa la contradicción al reducir su implementación solo al pedido de recursos materiales y humanos.

En el grupo de entrevistados de expertos se consideró, en esta temática de Marco Legal e Institucional, la categoría **Contexto/Escenario** para la implementación de dispositivos alternativos. Se describe la importancia de hechos políticos importantes que marcaron el proceso de producir cambios en las prácticas. Se remarca en los entrevistados el advenimiento de la democracia, en 1983, con una formación y pensamiento ideológico que se podían implementar proyectos alternativos al manicomio. Del mismo modo, se marca en la década de los '90, la Declaración de Caracas con el eje central en la desmanicomialización, que permitió proponer proyectos alternativos; el impulso de los organismos internacionales de salud, OPS/OMS y Declaración de los Derechos de los Discapacitados. Se destacan los vaivenes que se fueron dando en el contexto y las reformas que se fueron dando en el exterior como pioneras. En la descripción de una de las entrevistadas, se remarca que los dispositivos alternativos son sustitutos a las instituciones monovalentes, no son complementarias.

En estas categorías se observó que los relatos ponen de manifiesto que existen bases en los procesos de las reformas que se incorporaron desde la apertura de la democracia en nuestro país. Se asumen estas nuevas prácticas como posición ideológica al momento de implementarlas en los trabajadores de salud mental. Apoyadas por los organismos internacionales, se solidifican con la Implementación de las Leyes Nacional y Provincial posteriormente. Pero también en las expresiones extraídas se describe la dificultad que tienen los profesionales con relación a los cambios en los hospitales monovalentes o instituciones psiquiátricas, expresadas con miedos a pérdida de trabajo, o se prefiere incorporar cambios en las mismas instituciones. Contrariamente en profesionales entrevistados expertos, describen que los dispositivos tienen que encontrarse en la comunidad. En cuanto a las Leyes Nacional y Provincial, denotan la importancia de su implementación a pesar que se observa en las descripciones dudas en relación a asumir un posicionamiento que las fortalezca, surgiendo más limitaciones en las prácticas propiamente dichas. Inclusive se manifiesta en participantes que dan a entender que no acuerda con el actual marco normativo.

Las lecturas teóricas en relación a estas temáticas donde se describen estas categorías, al momento de implementar otras prácticas como la Casa de Medio Camino, expresan estos procesos con contradicciones, como sucede en otras reformas regionales e internacionales, donde los cambios son inicialmente resistidos. Unas de las dificultades más presentes es el mismo personal. Los autores Basaglia y Cohen Natella lo plantean como obstáculos en el camino de dichos procesos de transformación. Al respecto Basaglia (14) opina: *“El nuevo equipo psiquiátrico o de salud mental puede atravesar situaciones de dificultad cuando no hay una finalidad política compartida, cuando las personas están solamente guiadas por el salario que reciben cada fin de mes”*. Por su parte, Cohen/Natella(5) remarcan estos obstáculos en el personal de las instituciones monovalentes y expresan sobre este tema: *“El proceso interno de reforma en el hospital psiquiátrico (...) implicó un sin número de conflictos y crisis del personal, un frente interno que fue sin duda de igual intensidad (o mayor) que los conflictos con el exterior. (...) “Estas situaciones producían una gran tensión en el proceso de reforma, que perduró durante años hasta reconversión definitiva del personal.” (...) “Es necesario destacar que ninguna de las personas que trabajan en el hospital psiquiátrico perdió su trabajo”*.

Igualmente, en relación al marco legal, dichos autores resaltan la importancia de las normativas. Más allá de que no son despojadas de conflictos cuando se implementan, constituyen un elemento fundamental. Basaglia (14) por su parte sostiene que: *“la aplicación de la normativas será tanto más posible cuanto más se acompañará desde abajo, en las administraciones locales, en las instituciones por separado, en las uniones periféricas de técnicos y usuarios, en los movimientos políticos y sindicales, la voluntad de superar tanto históricas carencia y retrasos, como la histórica ausencia o distancias de la población de la gestión de las instituciones.”*

Coincidentemente, Cohen/Natella (5) expresan: *“En primer lugar, se tiene la obligación de aclarar que una ley no es la solución de todos los problemas, ni muchos menos el instrumento con el que se logrará la transformación de los servicios. Tal como muestra la experiencia, una ley puede ayudar a la transformación si se la entiende como parte de un proceso más amplio, complejo y continuo. (...) Por otra parte, una ley no reemplaza las políticas de salud y salud mental si no que las complementa.”* Lo importante es tener claro que las transformaciones en esencia son un cambio cultural, “(...)

*entre otros factores, el cambio de actitudes de nuevos compromisos y de implicarse en un nuevo saber-hacer, proceso no solo que involucra a los profesionales sino a todos los trabajadores de la salud, a las familias a la comunidad en general y a los propios usuarios.”*

A su vez como se ve en las descripciones de todos los participantes, opinan que el legítimo reclamo de apoyo político -cuando este falta o es insuficiente- de los trabajadores de salud mental del sistema, no debe encubrir posturas cuya expectativas sean que “el cambio venga de afuera”, cuando en realidad deben hacerse parte de su construcción, así como acompañar su direccionalidad y sostenimiento (5).

Por último, en estas temáticas se destacan la importancia de los organismos internacionales como apoyo a la iniciativa de incorporar otras modalidades de atención hasta que posteriormente se promulga la ley, donde se parten de contenidos conocidos por los efectores de salud mental, tomando como hitos de relevancia para sostener las prácticas desde otro paradigma: *“Además se está en sintonía con aquellos ya enunciados por las reformas de los sistemas de salud mental en el mundo, y con declaraciones y tratados internacionales, que resultan primordiales y con los que se cuenta hoy en día.”* (5.)

-Los objetivos específicos y los principales resultados e integración permiten explorar las experiencias cotidianas y personales de las mujeres que conviven y de las que continúan el proceso como egresadas, en relación a su atención en esta y otras modalidades de abordaje de su problemáticas. Además, caracterizar las actividades participativas que se desarrollan en la Casa de Medio Camino de Mujeres que favorecen los lazos sociales.

Se puntualizó en contrastar las **Vivencias de atención /Institución** por un lado, con la **Vivencias atención/Casa de Medio camino** por otro lado, del grupo de participantes. En este sentido las descripciones de este grupo, compuesto por mujeres todas mayores de edad y de diferentes nacionalidades, remarcan en primera instancia que la modalidad de atención a sus problemáticas de salud mental fue en instituciones monovalentes. Las repuestas que relatan tienen que ver con las “internaciones”, en donde se acentúan largos periodos de tiempo en la misma institución o periodos largos establecidos por re-internaciones; por ejemplo: (...) *“durante 19 años pasé varias internaciones y la última fue la más larga”*; (...) *“A los 34 o 35 años fue mi primera internación. Estuve 26*

*años. Estuve en Santa María de Punilla como 11 años y después me pasaron a Oliva, 16 años; (...) “Fueron 6 meses que yo estuve internada en el neuro de Córdoba. Así que de ahí, me llevaron a Oliva. Ahí en Oliva estuve internada 10 años. , porque para mí fueron 10 años perdidos, porque estuve sola y perdí todo... mi peluquería, a mis hijos viviendo conmigo... todo eso lo perdí.”*

En una segunda instancia, relatan vivencias de atención en la Casa de Medio Camino desde el desconocimiento del lugar, pero con la aceptación de salir de las instituciones monovalentes donde se encuentran. Las descripciones hacen hincapié en su alta de las instituciones, en el lugar como “casa”, se hace referencia a hogar familiar; a un grupo reducido de mujeres que conviven en un periodo transitorio de su estadía les llevó un tiempo en reconocer nuevamente la ciudad y sus pares, así como también a afrontar más adelante sus vidas solas. Se observa en las descripciones un espacio que les permitió recuperar vínculos, como relación perdida con sus hijos o relaciones laborales. Sus primeras impresiones al respecto de la Casa de Medio Camino se traducen en pensar en una internación, al igual que pensar en que su único lugar para estar eran las instituciones en las que se encontraban; algunos de los ejemplos que enuncian son: (...) *“Yo creí que me iba a morir en Oliva y de repente es como que una luz se prendió en la oscuridad.”*; (...) *“Creí que era otra cosa yo, yo pensaba que era como el IPAD, como otra internación más. Pero no, después me di cuenta que era otra cosa muy distinta.”*

Siguiendo con las categorías que surgieron, en relación a las experiencias de los participantes que transmiten **Malestar en el modo de atención/Institución**, describen fundamentalmente el no poder salir de las instituciones sin permisos de los profesionales, o que los permisos se remiten solo a los fines de semana. En las instituciones monovalentes, relatan las participantes que solo podían salir con enfermería; por ejemplo: -*“En IPAD no te dejan salir, solo podías los fines de semana para ir con tu familia, y como yo no tenía a donde ir, no salía”*. (...) *“Nunca salíamos solas a ningún lado, siempre nos llevaba la enfermera.”*, (...) *“Nada más que no te dejaban salir.” (Hspt. Neuropsiquiátrico.)*. Otro de los aspectos que se destacan en la descripción de esta categoría es el tema de la “medicación”; impacta en sus relatos la modalidad utilizada al ser medicadas. Los ejemplos que lo reflejan son: *“La cuestión es que ahí me empastillaron, me daban pastillas a lo loco, vivía durmiendo, no tenía hambre...”*; (...) *“en el IPAD te ponían las inyecciones*

*que ponían para que durmieran cuando hacían algo malo. Colocaban inyecciones y dormían como dos días seguidos fáciles.”; (...) “y me dieron un triple por tener el celular. Eso fue lo peor que me pasó.”* También se expresaron acerca del uso, como modo de atención, de la habitación de contención. En concordancia con lo que se viene desarrollando, se observa en lo dicho por los participantes el tema de horarios rígidos, rutinas diarias, además de vivenciar el lugar como un lugar de aislamiento y compararlo con el sistema carcelario. Ejemplos: *“A las 8:00, 8:30 hrs nos levantaban cuando iban a limpiar las chicas, tomábamos mates...; (...) “- La pasaba bien feo. No me gustaba, era como si estuviera en un regimiento, todos los días lo mismo.”: (...) “. Por ejemplo, allá internada estaba encerrada, estaba como en una cárcel.” (Oliva).*

Los aportes en relación a los profesionales sobre el malestar que se describe se refieren principalmente a ser entrevistado en ocasiones, inclusive con tiempo sin verlos, solo por el médico, y narran la diferencia de profesionales con muchos años en la institución, donde predomina la atención con fastidio y hasta con “gritos”. Por ejemplo: *(...) “El personal de la institución que llevan muchos años, vienen muy cansados, llegan de mal humor, a veces te contestan mal, con gritos.”*

En concordancia con el malestar en la atención de las instituciones, surge igualmente la **Aceptación en el modo de atención /Institución** en las descripciones de los participantes. Se hace hincapié en el buen vínculo con los equipos que los atienden: por un lado, remarcan sus aspectos profesionales y personales, como “buenos”, asociando estos aspectos a la “suerte” dentro de la institución que les toca dichos profesionales. Por ejemplo: *-“Tengo un equipo y muy bueno. Te escuchan, no siempre una Institución es mala, a mí me toco a lo mejor mucha suerte, porque son excelentes profesionales y personas, y gracias al IPAD, yo estoy saliendo.”* Por otro lado, se recalca igualmente lo anterior a pesar de la medicación que les indican y no saber por qué la tienen que tomar; ejemplo: *-“Ellos, los médicos eran buenos, nada más que me daban mucha medicación, mucha, que no sabía ni para qué era.”(Oliva).* De todos modos expresan que la “internación” les fue necesaria para superar su problemática.

Paralelamente en la temática planteada en esta tabla, las experiencias del grupo de participantes en cuanto a sus **Proyectos/Institución** establecen un hilo conductor con lo relatado anteriormente. En las instituciones monovalentes no ven posibilidad de proyectos

por no poder salir, ya sea porque piensan solo sus vidas en ese espacio o por horarios de la institución que no les permite pensar en organizarse para el afuera. También se observa en las descripciones elegir no salir por temor a recaer en su problemáticas. Los ejemplos que se resaltan son: -*“Es que nunca pensé en que iba a salir... mi sueño era salir algún día de ahí... pero no veía ninguna posibilidad.”*; *“Yo perdí varios trabajos porque al no poder salir, no podía seguir trabajando.”*

Contrariamente en las experiencias que cuentan los participantes en relación a sus **Proyectos/Dispositivo**, al referirnos a la Casa de Medio Camino, las descripciones de las participantes transmiten una relación en el modo de atención que les permite proyectar sus planes personales y el proceso de concretarlos. Manifiestan, de acuerdo a sus experiencias vividas en sus historias institucionales, poder pensar en volver a su país de origen, como se expresa: *“Tengo planes de volver a mi país cuando termine mi tratamiento con mi Psicóloga, y más o menos estoy juntando para irme. Y estar acá en la casa me permite continuar con mi tratamiento y trabajar al mismo tiempo.”* De igual modo, relatan también las posibilidades de recuperar actividades en relación a sus capacidades, que las conectan a sus profesiones o a la vida cotidiana. Ejemplos: (...) *“Quiero hacer cosas... había pensado en hacer un curso de corte y confección que ya una vez lo empecé y lo deje, y también quiero terminar la secundaria.”*; (...) *“y hablando me pregunto si quería volver a trabajar en la parte de radiología y yo le dije que sí, pero no me pagan nada, estoy de voluntaria, los lunes.”* Se puntualiza en esta categoría que el mecanismo de poder salir, decidir y estar solas les da la posibilidad de elección y decisión de sus proyectos, además de vincularlas igualmente con sus redes sociales y familiares. Los ejemplos que se relatan son: (...) *“Primero la libertad de ir y venir, la libertad de poder seguir adelante con tus planes, trabajar, bueno.”* ; (...) *“ Ir al supermercado por ejemplo, tomar el ómnibus sola, ir a hacer las compras, ver vidrieras, comprarme cositas, todas esas cosas. Es un nuevo camino, una esperanza... Mi sueño es ir a vivir con mi hijo.”*

En la misma línea de esta categoría donde se expresan los relatos de los participantes en este estudio, los procesos de los profesionales del campo de salud mental en relación a las **Vivencias modo de Internación/Dispositivo** marcan una diferencia sustancial en la atención: observan en el grupo de participantes que derivaron a la Casa de Medio Camino que este lugar les permitió recuperar la “palabra”, al igual que conocer la

historia de esa persona y proyectarse en la comunidad. Por ejemplo: (...) ***“Y me impresionó mucho, como volvió a tomar la palabra, volvió hablar y se pudo saber un montón de cosas de su historia, recuerdo en esas entrevistas que salíamos con el médico, y después nos íbamos a hablar tres horas de lo que habíamos pasado porque estábamos impactados de poder escuchar a alguien, que como decíamos estaba volviendo a la vida. Y Marta, cuando egreso de la Casa se fue con su novio.”*** Estas descripciones coinciden con los relatos de los participantes que fueron parte de experiencias en dispositivos alternativos a la internación, en hospitales psiquiátricos o monovalentes y en la Casa de Medio Camino, que puntualizan que luego de pasar por el proceso en los dispositivos recuperar un lugar en la red social y también familiar, fundamentalmente fuera del entorno institucional, en la comunidad o en su grupo familiar. Se expresa en los siguientes ejemplos: (-;...) ***“ era una persona que no salía de su casa y hoy tiene un emprendimiento y puede ella estar incluida en la sociedad y no está dentro de las ferias de sm justamente si no que ella ya tiene una red donde circula.”***; (...) ***“pero recuerdo de un paciente que fue a una residencia en la localidad de Cosquin , en Cosquín tenemos 2 residencias, había perdido el contacto con su sobrina, con su hija, con su nieta, y bueno, logramos ubicar a esos familiares y se produjo el encuentro.”*** Se puede considerar en la descripción puntual de uno de los participantes la diferencia entre la atención en monovalente, donde marca una modo invasivo en el que se pierde la mirada de la “persona”, a otros modos de atención que vivencia en los dispositivos alternativos, que recuperan a la “persona” como sujeto de derecho, ejemplo: ***“yo recuerdo un muchacho joven que deambulaba, deambulaba por todos lados, pero no tenía prácticamente contacto con nadie, contacto, una mirada, deambulaba, yo pregunte que le pasaba porque en esa época que recién empezaba, ¿porque esta acá? Le habían hecho una lobotomía porque era una persona muy agresiva, o sea que destino, no? Bueno esa es una imagen que aun la tengo. Y luego hay un sin números de personas que hoy y actualmente ya tienen muchos años de relación con este tipo de experiencia alternativa, si no estarían internada.”***

Tales testimonios nos permitieron describir y conocer en esta categoría de experiencias cotidianas y personales cómo dan cuenta los cuatros grupos de participantes ciertas coincidencias al diferenciar sus vivencias en el modo de atención en instituciones

monovalentes u hospitales psiquiátricos, con otros modos de atención como dispositivos alternativos y la Casa de Medio Camino, en particular. Hay una relación directa de “pérdidas” en cuanto a la persona, sus vínculos, su libertad, sus proyectos en los modos de atención monovalentes. En contraposición, pudieron “recuperar” su condición de persona en modos de atención alternativa y particularmente en la Casa de Medio Camino.

Las bases teóricas que sustentan las vivencias en instituciones psiquiátricas o monovalentes manifiestan principalmente el aislamiento de las personas con el mundo exterior. En este sentido, Goffman (12) menciona que son características, en lo que denomina “Instituciones Totales”, las tendencias absorbentes o totalizadoras, simbolizadas por los obstáculos que se oponen a la interacción social y al éxodo de sus miembros. Estas características se contraponen en las propuestas de otros modos de atención como los dispositivos alternativos y la Casa de medio camino, ya que se propicia fundamentalmente un abordaje en la comunidad. Los autores Cohen, Natella(5) ponderan que el objetivo de la inclusión social es el propósito y el medio que posibilita la recuperación de la persona con derecho a elegir, pero sobre todo respetarlas a permanecer en la sociedad. Apuntan a que estas dimensiones no se complementen con prácticas tradicionales, donde se utiliza un lenguaje crítico muchas veces incomprensible, que no permiten la construcción de un vínculo con el exterior.

Otro de los aspectos que se resaltan en los relatos es el que se relaciona con los mecanismos en las instituciones ya instituidos y sostenidos por las prácticas de los equipos de salud mental. Esto toma implicancia desde los propios efectores de salud mental al ejercer sus prácticas en instituciones enmarcadas con dispositivos que hacen a una ideología de coerción, frente al tratamiento de las personas con padecimiento subjetivo como modos de funcionamiento institucionales que codifican las prácticas. Ante este modelo, será la participación con otras propuestas posibles y pensar en dispositivos en otros escenarios con una implicancia en nuestro hacer de las prácticas que permitirán, al decir de Vega (33), que no se les niegue la posibilidad de historizar, de indagar, de incluirse como sujeto, de implicarse como protagonista en un proceso social (33). Estas últimas perspectivas que plantea el autor son las que se enmarcan en las descripciones que expresan los grupos de participantes en los dispositivos alternativos y Casa de Medio Camino.

En relación a las **Actividades Participativas**, al realizar las descripciones que manifiestan los dos grupos de participantes de la categoría **Convivencia**, se hace hincapié en la Reunión de Convivencia, que tiene un día estipulado semanalmente. Se particulariza en un momento de encuentro, donde se conversan situaciones de la vida diaria como organizar tareas y manifestar malestares en lo cotidiano de la convivencia. Ejemplo: -“*Acá tenemos reunión de los martes, que yo no puedo porque justo me toca trabajar, pero si estuve en algunas y ahí se habla de la convivencia y otras cosas prácticas, o si hay algún problema*”. -“*Hay algunas situaciones difíciles en algunos grupos*”. Igualmente en esta categoría se especifica, por parte de unos de los grupos de participantes, su relación con sus pares de empatía y compartir el espacio, estableciendo vínculos afectivos como se observa en los siguientes ejemplos: -“*las chicas, las charlas, tomar café, también cuando nos levantamos por ahí a media noche y charlamos. Por eso por ahí nos acostamos tarde, porque nos colgamos hablando de algo y bueno...*”-“*comemos en la mesa todas juntas, cuando vemos un programa en la televisión, somos unidas, es todo tan distinto que nunca me imaginé*”. En las descripciones del grupo de entrevistados que intervienen en la casa incorporan este espacio como un común denominador con las que viven en ese momento y las mujeres ya egresadas, explicándolo de la siguiente manera: -“*Ese es un lugar de encuentro y la que vino hace un año o hace cinco, sabe que los martes puede venir, eso no lo tenemos que cambiar porque es el modo de relacionarnos también con las mujeres que han estado, es algo que atraviesa el programa y entonces tiene que estar*.” Se refuerza que las situaciones que se van dando en el día a día son como las que pueden suceder en cualquier grupo de relaciones o familiar en la convivencia de un hogar: -“*Pero es como cualquier casa, uno sale y dice “me voy a tal lado y vuelvo”, es parte de los vínculos y de la convivencia.*”.

En las observaciones se profundiza esta categoría de **Convivencia**, en la cual se describe el mundo diario que comparten los participantes de este estudio. El “vivir con otro” supone un grado de **Pertenencia** en ese grupo que convive. Esta se expresa en lo observado con diferentes situaciones que dan cuenta de un conocimiento en tanto que no son ajenas a sus estados, sus realidades, su vínculo entre ellas y a la Casa de Medio Camino como lugar que “aloja”, expresadas desde el poder elegir que hacer en un día: -“*yo hoy vagancia total, vi película, tejí, pedí puchos a A*”; el poder compartir sus preocupaciones

por el ingreso económico: - *“A todas nos pasa lo mismo con lo que cobramos, tenes que pensar o pagas una habitación o te cantas de hambre”*; hasta el hecho de generar vínculos de contención y acciones en defensas de sus derechos: -*“Tuvimos en la casa haciéndole compañía a M, porque estaba sola.” (Egresada).* -*“Traigo una carta que hice a la Presidenta, para que nos den viviendas, es un derecho. (Egresada).*

Recíprocamente, el “vivir con otro” trae aparejado también **Discrepancias entre Pares** que se expresan fundamentalmente en lo observado en las tareas diarias no realizadas por un lado y, por el otro, en la no comprensión de la problemática subjetiva de su pares (se manifiestan los fines de semanas cuando no se encuentran las profesionales), los que les produce temor y no saber cómo resolver estas situaciones: -*“El fin de semana vienen visitas, y encontraron el baño, pisos sucios, pido colaboración a mis compañeras”*; -*“le tengo miedo a E, cuando está así.”*; -*“M, tiene un carácter raro, ella duerme todo el día, no habla cuando almorzamos.”*-*“Me quedé sin comer esta noche, no me guardaron comida, me puedo hacer algo yo, pero no me gusta cocinar.”*

Igualmente estos procesos de convivencia se van tejiendo diariamente porque permiten, según lo observado, una **Aceptación entre los Pares** manifestada en los participantes por el compañerismo, la comprensión de su par, en poder tomarse el tiempo para conocerse y en el dialogo: -*“Vengo de Oliva, me decían cosas lindas y feas de acá, que no iba a poder fumar ni recibir visitas, pero son todas compañeras.”*; -*“La desconfianza no es bueno, hay que aprender a conocerse, dialogar y saber compartir.”*

Este interjuego entre las discrepancias y aceptación de pares que se da en las relaciones que van construyendo las mujeres en la convivencia, permite inferir que surgen malestares traslucidos en **Conflictos**, los cuales se manifiestan en **Dificultades en Relacionarse**, expresadas en el cuidados de sus elementos personales y en las dificultades para compartir los alimentos, que determinan el no respeto a dichos aspectos: *“A, no me dio una porción de torta”.* (Egresada). -*“M, se come todo, sin permiso, no puede ser.”*; -*“Cuando yo no estoy mi habitación es tierra de nadie, viene todo el mundo y me toca todo, no está mi campera.”* De igual modo se expresan estos malestares, según las observaciones recabadas en **Cuestiones en Conflictos** entre ellas, exteriorizados en la falta de dialogo por pensar en que cada una es responsable de sus acciones, el atravesamiento de las “crisis” de algunas de ellas y el no poder afrontarla desde el lugar de contención y

comprensión: -*“Algunas no hacen nada, no toman en cuenta lo que hay que hacer, yo no digo nada, que cada uno se haga responsable, solo aclaro como son las cosas acá.”*-*“Me llama la atención de los cambios repentinos, de “E “conmigo”.*-*“Como son las crisis, ¿no?, son cosas insólitas.”* La resolución ante estas dificultades planteadas en las observaciones es el dialogo, con una instancia de **Reflexión** sobre las situaciones que se van sucediendo. En este sentido, se busca explicar el porqué de una “crisis” o de la “desconfianza” que se suscitan en relación a las problemáticas subjetivas: -*“es un tema, la desconfianza de A, que vamos a retomar con la presencia de A, hoy no está para hablarlo”*; -*“Nadie contaba nada de E, por miedo, a su enojo, los fines de semana por lo que se ve era más grave, la forma es hablar conversar lo que está pasando en la convivencia para poder trabajarlo entre todas.”* En relación a la resolución de malestares con las tareas diarias, la reflexión se plantea entorno a realización de un cronograma elaborado democráticamente, con la presencia de todas como apoyo organizador y con el fin de compartir responsabilidades: -*“Hay que retomar hacer el cronograma y moverse más salir de la abulia.”*

En la temática planteada, otra de las categorías que surge es la de **Actividades**, las cuales se relacionan con una serie de acciones organizadas o informales que se complementan con las estrategias diseñadas para cada mujer o como eje de la Casa de Medio Camino. En este sentido, en los relatos de uno de los grupos de participantes se expresa en describir actividades que dan cuenta de sus capacidades y se relaciona a lo laboral principalmente como a proyectos personales que recuperan, como el estudio y recreación, centradas en la comunidad: -*“Hacíamos alfajores de Maicena y lo íbamos a vender al Hospital.”*-*“ahora empiezo un curso de computación, también empiezo yoga, y también gimnasio, entonces te permite hacer mi vida de la forma que siempre hice.”*; al igual que las que se desarrollan en los espacios de la Casa de Medio Camino, donde se incorporan actores externos, como en este caso se describe con los estudiantes del IPEF y de Trabajo Social: -*“Los miércoles tenemos un taller sobre nuestros derechos, que es muy interesante.”*- *“los miércoles y viernes por la tarde vienen los chicos del IPEF para hacer gimnasia, caminatas. Y los viernes vienen las chicas de Trabajo Social que hacemos un taller de Microemprendimiento.”* En las descripciones se desprende el factor dinámico al momento de las propuestas. Por un lado se manifiesta la informalidad en los horarios al

plantear un encuentro de cine recreativo los viernes a la noche, además de referir a que estos espacios no son fijos y se trata de cambiar las propuestas que se planten. Lo vemos en los siguientes ejemplos: *-“La gente que viene, proponen actividades y nos sumamos a esas propuestas. Lo que sí, tratamos de que no sean siempre las mismas.” -“Nosotras lo que promovemos es que ellas puedan ir afuera de la Casa a realizar actividades, para que ellas no estén acá adentro y salgan.”*

De lo expuesto por el grupo de participantes sobre la categoría **Inclusión Social**, se infiere en las descripciones por parte de las mujeres que se relacionan directamente con dos aristas primordiales: con su espacio laboral por un lado, y con sus vínculos familiares, principalmente los hijos, por el otro. Aparece el acompañamiento de otras instituciones como Asociaciones Civiles, como así también la situación de poder sentarse a disfrutar de un café en un centro comercial. Los ejemplos que se destacan son: *- “yo trabajo dos veces por semana a la mañana, y los fines de semana.”-“Estoy a un pasito de irme. Estoy feliz. Ahora me vuelvo a la casa con mi hijo que es casado y no tiene hijos.”-“Por ahí cuando voy a Casandra con mi acompañante... el otro día fuimos a desayunar al Shopping.”* El relato de las participantes que intervienen en la Casa de Medio Camino denota en esta categoría el objetivo del dispositivo como un paso intermedio para acompañarlas en la realización de sus proyectos, ir a vivir solas o con sus familias. Se remarca en este aspecto el ser parte de la comunidad y de un espacio de relaciones afectivas y de contención en los vínculos, lo que permite que al egresar de la Casa de Medio Camino algunas mujeres sigan concurriendo al dispositivo. Por ejemplo: *-“uno intenta que sea uno más de la comunidad.”- “También se da que las mujeres logran vínculos muy estrechos dentro de la Casa y entonces cuando salen, un gran número de ellas viven cerca de la casa, o vienen a tomar mates durante la mañana o vienen a la tarde o comparten el fin de semana, entonces este es un modo de relacionarnos, diferente.”*

Al plantear las **Significaciones de la Casa de Medio Camino**, las expresiones del grupo de mujeres refieren fundamentalmente a la contención del lugar, tanto de sus pares como de las trabajadoras sociales. Incorporan las relaciones de amistad, compañerismo y remarcan una mejor calidad de vida. En cuanto pueden salir, conocen otros lugares y se divierten. Además, pueden conocer sus derechos a través de la lectura de la Ley de Salud Mental. *-“Mucho, me significo bastante. Por ejemplo conocer la Ley de Salud Mental,*

*conocer el compañerismo, estar juntas, vivir una vida mejor, aprender a manejarse sola, aprender a hacer cosas en la Casa, divertirse mucho.”; -“Es un manojito de contención para mí. Contención en muchas cosas.”.* En referencia a esta categoría, el grupo de participante que interviene en la Casa de Medio Camino describe la importancia de la continuidad de las mujeres ya egresadas que siguen concurriendo al dispositivo, algunas permanentemente y otras con menor frecuencia. Describen un entramado de relaciones que se van construyendo en los procesos del dispositivo. Ejemplo: *“saber que estamos llevando un número de cuarenta y pico de personas que han pasado por la Casa y que vengán permanentemente o que vengán con cierta frecuencia también habla de los lazos y de los vínculos que se van estableciendo.”*

En la temática presentada como actividades participativas se desprenden del análisis de sus categorías diversas acciones que apuntan principalmente a incluir a las personas con padecimiento subjetivo a la sociedad o su medio. Las descripciones arriba mencionadas imprimen el eje de intervención con base en la comunidad que atraviesa la Casa de Medio Camino. Las estrategias se enmarcan desde el principio en el transcurrir de lo cotidiano complementado con las actividades en la sociedad, incorporando otras instituciones que no pertenecen al del campo de salud mental. Las propuestas en la Casa no son fijas con el fin de fortalecer vínculos y lazos de las redes sociales. Otras de las descripciones que sobresalen en este apartado son las que refieren a que funcionamiento del dispositivo es como la de una casa familiar, lo que imprime una mirada a la vida cotidiana y por ende a la convivencia que se va trazando de acuerdo a los grupos de mujeres que se encuentran conviviendo y las egresadas. Teniendo en cuenta en este aspecto que no se eligen para vivir sino que se tienen que ir conociendo y atravesando los malestares y tratar de resolverlos con el acompañamiento de las Trabajadoras Sociales. Por otra parte, se enfatiza en que los procesos no terminan cuando egresan de la Casa de Medio Camino sino que se habla de una continuidad en el tiempo como un espacio de contención afectiva.

Al momento de abordar las temáticas mencionadas, las orientaciones teóricas desde la mirada de Carballada (18) aportan la visión de lo social como constitutivo a la vida cotidiana, la cual requiere de la construcción de intercambios y reciprocidades en un grupo, familia o barrio. De este modo se intenta explicar lo social desde las singularidades, centrando la mirada en los propios actores. En este sentido, la importancia de intervenir con

una perspectiva en la comunidad se relaciona con una serie de elementos organizadores y simbólicos que pueden servir en función de la reconstrucción de identidades en un espacio micro social que implica una modalidad singular. Es a partir de este punto que se construyen los procesos que permitirán la elaboración de dispositivos que van a actuar en espacios que se relacionan con la integración y con las identidades. En el caso de la Casa de Medio Camino, planteado como dispositivo con eje en la comunidad, estas concepciones se traslucen en referencia a la trama de relaciones que se estructuran desde los lazos sociales, los cuales construyen una articulación que implica una serie de relaciones informales que se recrean a partir de acontecimientos significativos, como sus historia, sus vecinos, sus familia o las amistades. Así también, los lazos sociales no solo ratifican en la vida cotidiana procesos de resolución de problemas, sino que construyen instancias de contención y apoyo. Por su parte, Ammarante (10) explica sobre estos dispositivos que si nos encontramos con las personas, con sus vicisitudes, sus problemas concretos de la vida cotidiana, sus familias, sus proyectos, sus trabajos y sus deseos, nos va a posibilitar entender a los lugares de atención como dispositivos estratégicos, lugares de acogimiento y de cuidados y de intercambios sociales.

En coherencia con los se viene planteando en las temáticas y de donde se desprenden las categoría descrita para responder a los objetivos específicos, la Casa de Medio Camino se enmarca como dispositivo alternativo a la internación prolongada y re-internaciones y se propone como un espacio social. De acuerdo con esta dimensión, el énfasis está atravesado por los lazos sociales de las personas con padecimiento subjetivo. Al referirse a lazos sociales se alude a los vínculos, ligaduras, redes de relaciones sociales que se establecen entre los miembros de una formación social dada. También se puede agregar que estos lazos tienen ciertas características como la permanencia en el tiempo, un significado, un sentido, una finalidad. En este caso, el objetivo es acompañarlos para la inclusión social (34).

De acuerdo a los resultados descriptos anteriormente, el presente trabajo de Investigación pretende instalar, a través de la discusión, experiencias concretas que se puedan aplicar y trasladar a otras realidades en las prácticas de los profesionales en el campo de salud mental. Lo que implica por su parte una reflexión profunda de los procesos

en el marco de las actuales Leyes de Salud Mental y las posibilidades de instalar prácticas transformadoras.

En este contexto, la Casa de Medio Camino de Mujeres se presenta como una instancia innovadora en el sentido de incorporar como base la dimensión de un abordaje comunitario y desde la mirada del respeto a los derechos de las personas con padecimiento subjetivo, donde las intervenciones se asocian a estrategias que den respuestas efectivas al derecho a la salud.

Estas consideraciones son importantes desde el punto de vista de cómo se plantea a la Casa de Medio Camino de Mujeres como un dispositivo terapéutico, basado en un concepto de sujeto de derecho y en un proceso de acompañar en la inclusión social a las personas que tuvieron largas internaciones o re- internaciones en el tiempo. En este sentido, se requiere de un análisis profundo de la implementación de estos espacios para no replicar o trasladar prácticas institucionales aún existentes.

Es necesario aclarar que dicho dispositivo no se presenta como un espacio que reemplaza la “internación”, ya que este no es el objetivo que persigue; en este sentido, el grupo de mujeres que conviven y las egresadas de la Casa manifestaron la necesidad en una etapa de sus vidas de la “internación”, a la vez de seguir con un tratamiento psiquiátrico y psicológico. Sin embargo, sus malestares se centraron en los largos periodos de internación en hospitales monovalentes o re-internaciones sin estrategias integrales hacia la comunidad. Desde este lugar, no se intenta negar la internación como recurso terapéutico, en la medida que sea planteado dentro del marco normativo vigente, como un recurso de escucha, contención, con el menor tiempo posible y cuando la situación de “crisis” así lo requiera. De lo que se desprende además, la importancia de que los espacios de internación sean planteados en hospitales generales y con diversas modalidades de apoyo con equipos de atención en “crisis”. En coherencia a estas apreciaciones, todo el grupo de expertos entrevistados coincide en plantear que, a lo largo de sus experiencias el hospital psiquiátrico, debe “sustituirse” por otros modos de atención. En relación a esta temática expresan:

**“Se Requiere una dinámica de trabajo totalmente diferente a lo que implicaba el trabajo en internación prolongada. Incluso la posición de ellos genera una demanda diferente también en la internación que en los dispositivos. La urgencia aparece en ese**

**lugar, donde la urgencia manicomial realmente no existe.” Lic. Marta Paz (Entrevista).**

**“Yo creo que los procesos que están más implicados con las personas, están más implicados a experiencias hacia el afuera, también es necesario, la circulación para que no se cierren en los manicomios.” Lic. Gimenez Liliana (Entrevista).**

**“No se están propiciando lineamientos categóricos para gestionar respuestas diferentes, existen grandes contradicciones que desvían el rumbo esperable para avanzar en los cambios. Por ejemplo se habla de una adecuación de las grandes instituciones psiquiátricas en sí mismas, cuando sabemos que paralela y simultáneamente hay que adecuar el sistema habilitando otros servicios que posibiliten la internación y otras prestaciones en cada área programática, de tal forma de acercar la salud mental a cada barrio y localidad. En el fondo se pretende adecuar la institución total y no sustituirla, tal como establece la ley en el artículo 27, por eso no se restringe la habilitación del número de camas habilitadas de las clínicas y hospitales psiquiátricos, no se descentraliza la capacitación de las mismas, no se redireccionan las partidas presupuestarias por lo que la mayor inversión en salud mental continúa concentrada en las instituciones monovalentes, de las que no se han desconcentrado los recursos humanos ni materiales, no se desarrollan estrategias de externación sustentables por lo que las personas son reinternadas con suma frecuencia hasta que son institucionalizadas.” Dra. Natella Graciela. (Entrevista).**

En referencia a este trabajo, se han descripto las características que hacen que la Casa de Medio Camino se constituye como una iniciativa innovadora respecto a otras modalidades de intervención en salud mental. Sin embargo, surgen de lo arriba expresado, características relacionadas a factores que debilitan su funcionamiento, las cuales si bien no impiden el cumplimiento del objetivo de inclusión que persigue, determinan una escasa integración y complemento con las prácticas de los equipos de salud mental.

Estas características se presentan como obstáculos y se manifiestan en lo macro, en lo no transformado hasta el presente en el marco de las Leyes Nacional y Provincial de Salud Mental. Si bien hay un debate en las instituciones, aún existe una brecha importante en cuanto a la reorganización de recursos económicos y humanos y en considerar los cambios necesarios en relación a alternativas con la comunidad. Desde este punto aún

persiste la importancia de cubrir las necesidades, en primera instancia, de los hospitales psiquiátricos o los monovalentes.

Esto se complementa en el plano de las prácticas profesionales e instituciones, donde se evidencia un periodo de transición en un contexto de contradicciones y diferentes matices en el modo de abordaje. Estos aspectos implican la falta de claridad y un escaso conocimiento expresado por los entrevistados en la construcción de estos modos de atención, atravesado inclusive por la especulación de la desaparición de los hospitales psiquiátricos. Esto conlleva a que una gran parte de los trabajadores que desarrollan sus prácticas profesionales en las instituciones psiquiátricas marcan formas de intervención reflejadas en programas aislados solo para dar respuestas a las personas de dichas instituciones como una forma de, además de lograr estabilidad laboral, no involucrarse en modos de atención que les signifique un cambio sustancial en sus procesos, como los dispositivos alternativos a la internación.

Aspectos que se ven reflejados en la entrevista realizada a la Lic. Miani Ana María y a la Lic. Arrieta Liliana cuando explican estos procesos:

**“Digamos que en el marco de la Ley de SM, digamos, en el marco normativo actual a los dispositivos los considera como fundamentales para algún tipo de cambio, lo que no se, y ahora estoy algo alejada del campo de SM, si para todos los profesionales que trabajan en un hospital se constituyen como una alternativa estos dispositivos, y me queda como un gran interrogante digamos.”**

**. “Cuando son derivadas de hospitales monovalentes hemos tenidos diferentes experiencias, aquellas instituciones en donde tuvieron muchos años a las sujetas internadas tienen una implicancia diferente, es como que están más atentos, están más predispuestos a trabajar de manera conjunta, no así como los monovalentes de agudos, *trabajan más* la externación, no la inclusión, por eso hay diferencia en las implicancias, es desde nosotros que llamamos, es desde nosotros que vamos a buscarlos, es desde nosotros que vamos con el día a día y la posibilidad que nos permite este dispositivo de compartir esa cotidianidad con las mujeres lo que nos hace más rico en la información y la posibilidad de estar con ellas todos los días también nos dan diferentes insumos, cuando ellos los ven en dos entrevistas en internado.”**

De lo anterior se desprende un aspecto que merece un análisis particular que es la formación de los profesionales, que se sostuvo como hilo conductor en todo el grupo de profesionales entrevistados, en relación a que se construyan espacios que propicien una visión integradora con capacitación permanente para lograr en el tiempo que no se trasladen prácticas asilares en los nuevos modos de atención. Punto básico que se relaciona con el compromiso ético en el quehacer profesional, desde la mirada de la cotidianeidad en las prácticas y para garantizar la calidad de la formación con base en el modelo comunitario.

De aquí que este trabajo de Investigación estima relevante para la construcción de nuevos modos de atención, propuestas de capacitación permanente desde este lugar que permitan no trasladar a lo cotidiano de nuestras prácticas el modo de pensar, actuar, y posicionar a las problemáticas de salud mental desde las normas instituidas en los monovalentes. Así, las disconformidades existentes dan un salto importante e interesante en cuanto se sustituyen por debates y reflexión al momento de plantear nuevas posibilidades.

**“La gente hace lo que puede. No existe un plan ni una formación sistemática e intensiva en la práctica de estos nuevos postulados, una reconversión y actualización de concepciones y estrategias, una capacitación en servicio donde se incluyan estas perspectivas sociosanitarias y comunitarias, es muy difícil que no se trasladen las visiones y acciones previas a cualquier dispositivo sustitutivo. Si el servicio que capacita es un hospital psiquiátrico ¿en qué ámbito se va a direccionar una internación y un seguimiento?” Dra. Natella Graciela (entrevista).**

Por último, está investigación pretende que se incorporen modos de abordajes que aporten a construcciones y conocimientos colectivos al momento de plantear dispositivos de intervención innovadores. Por lo cual se propició un trabajo con la participación de todas las voces que se incluyeron en las entrevistas, en el que se partió desde lo que efectivamente se está realizando como abordaje social en la Casa de Medio Camino de Mujeres.

Retomando entonces la pregunta que dio origen a este trabajo acerca de cuáles son las estrategias del dispositivo de intervención que hacen que la Casa de Medio Camino se constituya en un abordaje social alternativo al encierro en instituciones psiquiátricas, se puede concluir de la articulación de los análisis e interpretación que dan integridad a todo el trabajo que resulta posible la construcción de nuevos espacios de atención o dispositivos de

intervención si son pensados y propuestos con la perspectiva de retomar el lazo social perdido y con la mirada de las personas como sujetos de derecho, con un proceso cultural, histórico y de la vida cotidiana que interpela constantemente nuevas interpelaciones y aportes actuales.

Si bien la Casa de Medio Camino de Mujeres es solo uno de los eslabones propuestos en lo que se describió que se encuentra dentro de un proyecto de “Red de Alternativa Terapéuticas”, demuestra que un porcentaje de mujeres que se alojaron en ella se incluyeron en la comunidad desde sus propios proyectos de vida. A pesar de no presentar un impacto sanitario en las actuales políticas de salud mental, incorpora una modalidad de abordaje innovadora que rompe con las normas instituidas en los muros de las instituciones monovalentes. Establece la mirada de la flexibilidad y creatividad desde una intervención en lo individual, grupal y comunitario. Incorpora lo interdisciplinar como un proceso que continua con el equipo derivador, lo que constituye un común denominador con las que egresan en un proceso de acompañarlas en el tiempo. Propicia un acompañamiento en crisis, que traspasa los horarios institucionales. Y fundamentalmente pone a las mujeres como protagonistas en las estrategias y procesos que realizan en un espacio enlazado con la vida cotidiana, sin la presencia de un equipo de salud mental en el lugar, como establecen las instituciones monovalentes.

Quedan muchas aristas abiertas para seguir investigando, como propuestas de retomar aspectos que nos acerquen a revertir paulatinamente cuestiones que estacan las prácticas de los profesionales del campo de salud mental y poder promover programas articulados con la comunidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental, un estado de Bienestar. Salud mental en la Comunidad. Argentina: Organización Panamericana de la salud, 2009.
2. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Boletín Oficial de la República Argentina, n° 3241, (3/12/10)
3. Régimen de Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Ley Provincial N° 9848/10. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, s/d, (5/11/10)
4. Frichembruder S. Os (Des) Encontros da loucura com as Cidades, narrativas do Processo de Desinstitucionalizacao no Território Brasileiro. Porto Alegre: Forma Diagramacao; 2011
5. Cohen H., Natella, G. La Desmanicomializaciòn: Crònica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Rio Negro. Buenos Aires: Editorial El Lugar; 2013.
6. Galende E. Situaciòn actual de la salud mental en Argentina. Revista Salud, Problemas y debates 1997; IX (17).
7. Galende E. La salud y La Salud mental. Concepciones y Paradigmas su historicidad. Perspectivas clàsicas y alternativas en salud mental. (s/d). 1998. Fichas de las clases dictadas en la maestría de Salud Mental de la facultad de Entre Ríos.

8. Foucault M. Historia de la Locura en la Época Clásica I. 2ª ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2012.
9. Foucault M. Historia de la Locura en la Época Clásica II. 2ª ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2012.
10. Amarante P. Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Editorial Topía; 2009.
11. Campaña A. Salud Mental: Conciencia vs. Seducción por la Locura. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS); 1995.
12. Goffman E. Internados, ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Amorrortu Editores; 2009.
13. Fiasche A. Hacia una psicopatología de la pobreza. Buenos Aires: Editorial de Madres Plaza de Mayo; 2005.
14. Basaglia F. La condena de ser Loco: Alternativas al Manicomio. Buenos Aires: Editorial Topía; 2000.
15. Ferro R. Salud mental y Poder. Un abordaje Estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. Revista de Salud Pública. 2010; XIV; (2): 47-62.
16. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Declaración de Caracas. Caracas; 11 al 14 de noviembre de 1990. Recuperado de [https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)
17. Alarcón L., Bringas A., Llanos F. Construyendo dignidad, derechos y salud mental. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social; 2013.

18. Carballeda A. La Intervención en lo Social: Exclusión e integración en los nuevos lugares sociales. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2004.
19. Paz M. Proyecto de externación y hogarización de pacientes crónicos con la modalidad de casas externas asistidas. Córdoba: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Hospital Colonia Santa María de Punilla. Servicio de Geronto-Psiquiatría; 2008.
20. Paz M. Sistematización. Significando una praxis transformadora de los procesos de inclusión social en el campo de salud mental: Una experiencia posible en el Hospital Colonia Santa María; 2013.
21. Giménez Santos L. Informe de avance. Relevamiento y Diseño de Oferta Prestaciones. Sector de Rehabilitación. Córdoba: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Hospital Colonia Santa María de Punilla; 2014.
22. Arrieta L., Gallici M. Proyecto: Red de Alternativas Terapéuticas para la Inclusión Social en salud mental. Córdoba: Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Dirección de Salud Mental; 2009.
23. Resolución Ministerial: 0836/09. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
24. Dirección General de Programas de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Proyecto de Gestión en Salud Mental. Córdoba: Dirección General de Programas de Salud Mental; 2012.
25. Mendiazábal N. Estrategias de investigación cualitativa. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. Cap. 2. Material bibliográfico otorgado en el Módulo 17. Asignatura Investigación Cualitativa en Salud mental. Maestría en Salud Mental. UNC. 2013.
26. Dezin N.K., Lincoln Y.S. Introduction: Entering the field of qualitative research. In: Denzin N.K., Lincoln Y.S. editors. Handbook of qualitative Research. California:

Sage Publications; 1994. p 1-17. Material bibliográfico otorgado en el Módulo 17. Asignatura Investigación Cualitativa en Salud Mental. Maestría en Salud mental. UNC. 2013.

27. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 2006.
28. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 2010.
29. Campos y Covarrubias G., Lule Martínez N. La observación, un método para el estudio de la realidad. Revista Xihmai. 2012; VII (13): 45-60.
30. Mayring P. Qualitative content analysis. FOS. 2000; 1(2).
31. Sonería A. J. 2006. La Teoría Fundamentada en los Datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En: Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) Estrategias de Investigación Cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 153-173.
32. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectiva. 2003; (nº 2); 53-62.
33. Vega D et al. Travesías Institucionales. Escritos de una subjetividad implicada en el campo social. Buenos Aires: Editorial El Lugar; 2000.
34. Martínez S., Agüero H. La Dimensión Político -Ideológica del Trabajo Social.: Claves para un trabajo social emancipador. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2008.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

**Ley Nacional De Salud Mental N° 26657**

***Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derogase la Ley N° 22.914.***

***Sancionada: noviembre 25 de 2010***

***Promulgada: diciembre 2 de 2010***

*El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.  
sancionan con fuerza de Ley:*

### **LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL**

#### **Capítulo I**

##### *Derechos y garantías*

**ARTICULO 1°** — La presente ley 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, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**ARTICULO 2°** — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

#### **Capítulo II**

##### *Definición*

**ARTICULO 3°** — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevaletentes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

**ARTICULO 4°** — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

**ARTICULO 5°** — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

### **Capítulo III**

#### *Ámbito de aplicación*

**ARTICULO 6°** — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

### **Capítulo IV**

#### *Derechos de las personas con padecimiento mental*

**ARTICULO 7°** — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho,

con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

## **Capítulo V**

### *Modalidad de abordaje*

**ARTICULO 8°** — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

**ARTICULO 9°** — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

**ARTICULO 10.** — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

**ARTICULO 11.** — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del

alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

**ARTICULO 12.** — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

## **Capítulo VI**

### *Del equipo interdisciplinario*

**ARTICULO 13.** — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

## **Capítulo VII**

### *Internaciones*

**ARTICULO 14.** — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

**ARTICULO 15.** — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o

prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

**ARTICULO 16.** — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

**ARTICULO 17.** — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

**ARTICULO 18.** — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

**ARTICULO 19.** — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

**ARTICULO 20.** — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

**ARTICULO 21.** — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

**ARTICULO 22.** — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

**ARTICULO 23.** — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

**ARTICULO 24.** — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

**ARTICULO 25.** — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

**ARTICULO 26.** — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

**ARTICULO 27.** — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se 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.

**ARTICULO 28.** — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

**ARTICULO 29.** — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

## **Capítulo VIII**

### *Derivaciones*

**ARTICULO 30.** — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

## **Capítulo IX**

### *Autoridad de Aplicación*

**ARTICULO 31.** — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

**ARTICULO 32.** — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

**ARTICULO 33.** — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

**ARTICULO 34.** — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

**ARTICULO 35.** — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

**ARTICULO 36.** — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

**ARTICULO 37.** — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

## **Capítulo X**

### *Órgano de Revisión*

**ARTICULO 38.** — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

**ARTICULO 39.** — El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

**ARTICULO 40.** — Son funciones del Órgano de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

## **Capítulo XI**

### *Convenios de cooperación con las provincias*

**ARTICULO 41.** — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;

Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley. **Capítulo XII**

### Disposiciones complementarias

**ARTICULO 42.** — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

**ARTICULO 43.** — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

**ARTICULO 44.** — Derógase la Ley 22.914.

**ARTICULO 45.** — La presente ley es de orden público.

**ARTICULO 46.** — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES,  
A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

## ANEXO B

Ley Provincial De Salud Mental Nº 9848

*La Legislatura de la Provincia de Córdoba*

*Sanciona con fuerza de Ley: 9848*

**TÍTULO I**  
**PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL**  
**Capítulo I**  
**Disposiciones Generales**

**Artículo 1º.- Objeto.** *La presente Ley tiene por objeto garantizar:*

- a) El ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación;*
- b) 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*
- c) La atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales salud.*

**Artículo 2º.- Servicios de Salud Mental.** *Los servicios de salud mental son aquellas prestaciones asistenciales cuyo cometido es abordar -previniendo o conteniendo desde una perspectiva rehabilitadora y articulada- los padecimientos o trastornos de origen emocional u orgánico, capacidad de producir un deterioro en la aptitud humana de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y relacionarse socialmente.*

**Artículo 3º.- Sistema de Salud Mental.** *El sistema de salud mental es la organización integrada, dentro del sistema general de salud, de los servicios de salud mental públicos o demás recursos compatibles con los objetivos sanitarios que esta Ley tutela, en el marco proceso continuo de construcción intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria.*

**Artículo 4º. Autoridad de Aplicación.** *El Ministerio de Salud de la Provincia es la Autoridad Aplicación de la presente Ley.*

*La Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, o el organismo que en el futuro la reemplace, -en el plazo que determine la reglamentación- las bases para un Plan Provincial de Salud acorde a los principios e instrumentos establecidos en la presente Ley.*

**Artículo 5º.- Plan Provincial de Salud Mental.** *El Plan Provincial de Salud Menta refiere el artículo 4º de esta Ley contendrá los fundamentos, objetivos, políticas, lineamientos en salud mental para el ámbito provincial.*

*Deberá priorizar, como objetivo estratégico, la transformación del sistema provincial de salud mediante la planificación de acciones que favorezcan:*

- a) Los procesos de inclusión social a través de la integración de las personas con padecimiento mental en su red de vínculos familiares y comunitarios;*
- b) El abordaje de la salud mental de las personas como un proceso dinámico y contextual incluye la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación;*
- c) La articulación del sistema de salud mental con el sistema general de salud y con comunitarias e institucionales de la comunidad en general, y*
- d) El redimensionamiento y actualización de las estructuras institucionales asistenciales existentes de las modalidades de abordaje terapéutico en los servicios ofrecidos, adecuándolas sanitarios y profesionales en vigencia que respeten lo establecido por la presente Ley.*

## **Capítulo II**

### **Accesibilidad a la Atención en Salud Mental**

**Artículo 6º.- Garantía estatal.** *El Estado Provincial garantiza la promoción, prevención, y rehabilitación en salud mental en todo el territorio de la Provincia de Córdoba. Para ello, asegura:*

- a) La accesibilidad geográfica, económico-social y cultural de la población al sistema de en salud mental;*
- b) La organización territorial del sistema de salud mental mediante el establecimiento sanitarias de integración en salud mental;*
- c) El reforzamiento de los servicios locales -municipales o comunales- de salud mental;*
- d) La participación de la sociedad civil y de la comunidad en la definición y abordaje de las problemáticas de salud mental, y*
- e) El fortalecimiento de las redes y lazos sociales.*

**Artículo 7º. Convenios con municipios y comunas.** *La Autoridad de Aplicación promoverá firma de convenios con municipios y comunas de la Provincia de Córdoba, con el propósito de garantizar la descentralización de los servicios de salud mental e integrar los mismos a los sistemas locales de salud.*

**Artículo 8º.- Objetivos sanitarios comunes.** *En el marco de los convenios entre la Provincia y municipios o comunas -suscriptos o a suscribirse-, se determinarán objetivos*

sanitarios, acciones de intervención y mecanismos de evaluación, con especial consideración de los siguientes aspectos vinculados a la salud mental:

- a) Asesoramiento, desde las estructuras provinciales a municipios o comunas, para el abordaje de las problemáticas locales de salud mental;*
- b) Asistencia técnica y económica para la creación e implementación de servicios y programas, mejoramiento de infraestructura y equipamiento y desarrollo de equipos interdisciplinarios;*
- c) Evolución gradual de las pautas presupuestarias y financieras formuladas para el sostenimiento y desarrollo de servicios de salud mental, según estándares sugeridos por los organismos de referencia en el campo de la salud mental;*
- d) Realización conjunta de programas de educación continua y capacitación en servicio de los equipos interdisciplinarios de salud mental, y*
- e) Participación de actores, de relevancia en el campo público gubernamental y no gubernamental, en la definición de una agenda pública para la salud mental, acorde con los lineamientos formulados por la presente Ley y su instrumentación.*

### **Capítulo III**

#### **Derechos de los Usuarios del Sistema de Salud Mental**

**Artículo 9º.- Protección por discriminación.** El Estado Provincial asegura la protección de los individuos que requieran servicios de salud mental frente a cualquier tipo de discriminación, en el marco de la plena vigencia de la Constitución

Nacional, de los Tratados Internacionales que por su imperio integran el Bloque de Constitucionalidad Federal y de las disposiciones de la Constitución de la Provincia de Córdoba aplicables al efecto.

**Artículo 10.- Cooperación de familiares y ONG.** Los usuarios del sistema de salud mental, así como sus familiares u otros actores sociales, sin perjuicio de las formas de participación ciudadana que la Constitución y la ley establecen, pueden constituir organizaciones no gubernamentales cuyo objeto esté centrado en la promoción, prevención y protección de la salud mental individual y colectiva y la tutela del acceso a servicios de salud mental acordes a sus necesidades.

**Artículo 11. Derechos del paciente.** Todas las personas con padecimiento mental tienen derecho

a:

- a) No ser discriminadas por ninguna causa y bajo ninguna circunstancia, en particular por motivos relacionados directa o indirectamente con su patología;*
- b) Ser informadas sobre el tratamiento terapéutico que recibirán y sus características;*
- c) Ser tratadas con la alternativa terapéutica menos restrictiva de su autonomía y libertad;*
- d) Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento, dentro de sus posibilidades;*

- e) Acceder a su historia clínica por sí o con el concurso de su representante legal convencional;*
- f) Ser acompañadas durante las etapas de tratamiento por familiares o allegados;*
- g) Acceder a los psicofármacos necesarios para su tratamiento;*
- h) No ser objeto de investigaciones o tratamientos experimentales sin su consentimiento y bajo los términos de la legislación vigente en la materia, e i) Recibir una justa compensación por tareas, servicios o producción de bienes a ser comercializados en el marco de dispositivos de rehabilitación.*

***Artículo 12.- Derechos de los niños y adolescentes pacientes.*** Los niños y adolescentes con padecimiento mental, gozarán de los derechos enunciados en el artículo 11 excepto lo dispuesto en el inciso i)- de la presente Ley, además de lo establecido en la Ley Nacional Nº 26.061-de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes-, en la Ley Nº 9396 -de adhesión provincial a la norma antes citada-, en la Convención Internacional de los Derechos del Niño y demás tratados y reglas internacionales que protegen el derecho de las personas del mencionado rango etario.

***Artículo 13.- Principios internacionales de protección.*** Los criterios y pautas contenidos

en los “Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental” (1991), compuesto de diecinueve (19) fojas, se consideran parte integrante de la presente Ley como Anexo I.

#### **Capítulo IV**

#### **Recursos Presupuestarios en Salud Mental**

***Artículo 14.- Asignación de recursos.*** El Estado Provincial aportará los recursos para el sistema y servicios de salud mental de manera que se asignen progresivamente a:

- a) Servicios locales, descentralizados, integrados en el segmento de atención primaria de la salud, articulados con la prestación de otros bienes públicos locales (desarrollo social, educación formal o no formal, etcétera), y*
- b) Instituciones, servicios y dispositivos alternativos en salud mental, tales como hospitales de día, casas de medio camino, residencias compartidas, residencias protegidas, talleres de capacitación socio-laborales, talleres artístico-culturales, programas de reinserción familiar y comunitaria y acompañamiento terapéutico.*

## **Capítulo V**

### **Consejo Consultivo para la Salud Mental**

**Artículo 15.- Creación.** Créase el “Consejo Consultivo para la Salud Mental” con el objeto de promover la vigencia del goce individual o colectivo del derecho humano a la salud mental, en cualquiera de sus formas, protegiendo el acceso a los servicios y al sistema promovido por la presente Ley.

**Artículo 16.- Coordinación e integración.** El “Consejo Consultivo para la Salud Mental” será coordinado por el Ministro de Salud y estará integrado por:

- a)** Un (1) representante del Ministerio de Salud de la Provincia;
- b)** Un (1) representante de la Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia;
- c)** Un (1) representante del Poder Judicial de la Provincia;
- d)** Un (1) representante por las organizaciones gremiales reconocidas en el campo de la salud;
- e)** Dos (2) representantes por las universidades radicadas en la Provincia de Córdoba cuya oferta educativa de grado o postgrado contenga carreras afines con los objetivos de la presente Ley: uno (1) de la Facultad de Medicina y uno (1) de la Facultad de Psicología;
- f)** Dos (2) representantes por las entidades deontológicas con incumbencia asistencial específica dentro de los equipos de salud mental, y
- g)** Un (1) representante por las asociaciones de usuarios del sistema de salud con personería y actuación reconocidas.

**Artículo 17.- Funciones.** Las funciones del “Consejo Consultivo para la Salud Mental” son:

- a)** Impulsar la aplicación de la presente Ley a través de acciones tales como visitas, estudios de campo, reuniones institucionales, actividades académicas y de divulgación, tareas de promoción o facilitación, etc.;
- b)** Formular propuestas de modificación legislativa, tanto en temas de salud mental como en materias que indirectamente se relacionen con aquellos;
- c)** Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación sobre los diversos aspectos inherentes a los servicios y a los sistemas de salud mental, y
- d)** Proponer a las autoridades la creación de nuevas alternativas de abordaje y tratamiento de la salud mental.

## **Capítulo VI**

### **Comité Intersectorial Permanente**

**Artículo 18.- Creación.** Créase el “Comité Intersectorial Permanente” cuyo objeto es el abordaje conjunto e integrado, por parte de organismos gubernamentales, de las

*problemáticas encuadradas en las previsiones de la presente Ley que afecten a grupos poblacionales, etarios o sociales, vulnerables o en riesgo psicosocial, tales como las relacionadas con discapacidad, adicciones, violencia familiar, maltrato y abuso sexual, enfermedades orgánicas y mentales incapacitantes, accidentes y otros que afectan sobre todo a niños, jóvenes y ancianos.*

**Artículo 19.- Coordinación e integración.** *El “Comité Intersectorial Permanente” será coordinado por el Ministro de Salud e integrado por:*

- a) Un (1) representante por el Ministerio de Salud de la Provincia;*
- b) Un (1) representante por el Ministerio de Gobierno de la Provincia;*
- c) Un (1) representante por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia;*
- d) Un (1) representante por el Ministerio de Justicia de la Provincia;*
- e) Un (1) representante por el Ministerio de Educación de la Provincia;*
- f) Un (1) representante por la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia;*
- g) Un (1) representante por la Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia;*
- h) Un (1) representante por la Secretaría de Cultura de la Provincia;*
- i) Un (1) representante de la Comisión de Salud Humana por la Legislatura de la Provincia;*
- j) Un (1) representante por el Poder Judicial de la Provincia, y*
- k) Tres (3) representantes designados por los municipios y comunas de la Provincia de Córdoba, uno (1) de los cuales será de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba.*

*El “Comité Intersectorial Permanente” podrá organizarse en salas por temática específica, realizando plenarios ordinarios o extraordinarios de acuerdo a la agenda propuesta.*

**Artículo 20.- Funciones.** *El “Comité Intersectorial Permanente” desarrollará, entre otras, las siguientes acciones:*

- a) Consensuar y proponer la ejecución de programas intersectoriales para el abordaje integral e integrado de las problemáticas psicosociales prevalentes;*
- b) Articular programas existentes, evitando la atomización y superposición de los mismos, asegurando una asignación racional de los recursos y garantizando la equidad y accesibilidad de la población a los mismos; c) Asesorar en la definición de las competencias propias de cada jurisdicción y/o área ministerial, así como también en la protocolización de acciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, integración socio-laboral y educacional por parte de cada sector, y*

*d) Elaborar propuestas para la asignación de recursos humanos y materiales en la implementación de los nuevos programas o el reforzamiento de los ya existentes, asegurando una distribución racional de los mismos entre las diferentes áreas de gobierno.*

**TÍTULO II**  
**RED INTEGRAL DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN SALUD**  
**MENTAL.**

**TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL**

**Capítulo I**

**Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental**

**Artículo 21.- Creación - integración.** *Créase -bajo la rectoría de la Autoridad de Aplicación de la presente Ley- la “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental”, que estará conformada por las instituciones y servicios de salud mental, del ámbito público y privado, y tendrá por objeto el diseño de propuestas para el abordaje y la gestión integrada de las problemáticas psicosociales.*

**Artículo 22.- Funcionamiento.** *La “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” funcionará articuladamente, procurando concertar entre sus integrantes - mediante acuerdos o convenios institucionales bilaterales o multilaterales- la definición de metas y la ejecución de acciones que aseguren el cumplimiento de los objetivos de la presente Ley.*

**Artículo 23.- Faz prestacional - constitución.** *La “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” en su faz prestacional, estará constituida por instituciones, servicios y programas para la promoción, prevención y atención en salud mental, con las siguientes características: a) Instituciones y Servicios de Salud Mental:*

- 1) Instituciones Monovalentes de Salud Mental, Unidades de Atención Psiquiátrica con dispositivos de contención en crisis e internación breve, Hospitales de Día y de Noche, Centros de Día y de Noche, Casas de Medio Camino, Residencias Compartidas, Residencias Protegidas y Centros de Capacitación Socio-laboral; Casas de Medio Camino, Residencias Compartidas, Residencias Protegidas y Centros de Capacitación Socio-laboral;*
- 2) Servicios de Salud Mental en hospitales generales para el abordaje intrahospitalario y ambulatorio de problemáticas de salud mental, articulados en red con los centros de atención primaria y las instituciones monovalentes de salud mental;*

- 3) *Áreas de Atención Primaria en Salud Mental centralizadas programáticamente bajo la órbita de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, o el organismo que en el futuro la reemplace, y descentralizadas operativamente mediante la conformación de equipos interdisciplinarios de salud mental integrados a la vida comunitaria de los ciudadanos y articulados con el resto del sistema de atención primaria de la salud, y 4) Dispositivos para la atención e intervención domiciliaria de situaciones urgentes y de crisis, articulados a los recursos familiares y comunitarios. b) Programas para la reinserción social: emprendimientos sociales y laborales, talleres artístico culturales, talleres recreativos y/o deportivos, comunidades terapéuticas, acompañamiento terapéutico intrainstitucional y extrainstitucional, otros programas y acciones de rehabilitación y reinserción socio-comunitarios, y*
- c) *Programas específicos para el abordaje de problemáticas psicosociales prevalentes, grupos erarios y poblaciones especialmente vulnerables y/o en grave riesgo psicosocial (adicciones, violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, patologías severas, discapacidades, suicidios, accidentes, catástrofes y otras).*

**Artículo 24.- Articulación de recursos.** *La “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” articulará los recursos asistenciales gubernamentales y no gubernamentales -entre éstos el de las obras sociales- y los aportados por la capacidad institucional instalada de la sociedad civil organizada -redes comunitarias o familiares-.*

## **Capítulo II**

### **Transformación Institucional**

**Artículo 25.- Adecuación de la Red Prestacional.** *La Autoridad de Aplicación, a través de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental o el organismo que en futuro la reemplace, procederá a la adecuación de la actual red prestacional de servicios de salud mental a los términos y condiciones establecidos en la presente Ley, procediendo a las transformaciones institucionales necesarias, garantizando los siguientes aspectos:*

- a) El principio de territorialidad y accesibilidad de la población a los servicios de salud mental;*
- b) La promoción del abordaje comunitario mediante el reforzamiento de la atención primaria de la salud mental;*
- c) La inclusión, en todos los niveles asistenciales, de programas de promoción, prevención y asistencia oportuna a las problemáticas de salud mental;*
- d) La desinsitucionalización y desjudicialización de los pacientes que padecen de trastornos mentales, y*

e) *La articulación interinstitucional, interjurisdiccional e intersectorial de acciones en salud mental.*

**Artículo 26.- Institucionalización de personas - interpretación.** *A los fines de la aplicación de la presente Ley, se considera institucionalización de personas a: la reclusión, internación, guarda o similar, prolongada en el tiempo, iatrogénica en sus efectos, basada en un diagnóstico de padecimiento mental, con judicialización o no, que termina por producir estigmatización, discriminación, cronificación, abandono o exclusión social en instituciones, desarraigo, restringiendo su libertad y/o desconociendo su autodeterminación y autonomía, conformando un proceso inverso al tratamiento, recuperación, rehabilitación y reinserción familiar y comunitaria.*

**Artículo 27.- Transformación de instituciones y servicios.** *A los fines de dar cumplimiento a la presente Ley, la planificación sanitaria deberá considerar la paulatina transformación de las instituciones y servicios de salud mental actualmente existentes y la creación de nuevas instituciones y programas en salud mental; tales como hospitales de día, centros de día y casas de medio camino, talleres protegidos artístico-culturales, programas de rehabilitación socio-laboral y microemprendimientos, atención domiciliaria en salud, servicios de emergencia en salud mental, centros comunitarios de salud mental y acompañamientos terapéuticos.*

**Artículo 28.- Hospitales generales - admisión.** *Los hospitales generales, que cuenten con servicios de salud mental, deben admitir personas con padecimiento mental en situación de crisis, por períodos breves, en las mismas condiciones que cualquier otro paciente del hospital, hasta tanto el equipo interdisciplinario de salud mental evalúe que corresponde la externación y reinserción socio familiar y/o la derivación a otra alternativa de tratamiento dentro de la red prestacional de salud mental.*

*La dirección del hospital debe gestionar la disponibilidad de camas para internación, así como el recurso profesional adecuado para la contención de dichas situaciones.*

**Artículo 29.- Imposibilidad de denegatoria.** *No podrá denegarse la atención de pacientes en hospitales generales u otros centros de salud públicos o privados, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de una problemática de salud mental, sin que se haya realizado previamente una interconsulta con los profesionales de salud mental y que estos hayan evaluado la conveniencia o no de la atención en esa institución o la eventual derivación a otras instituciones de la red prestacional de salud mental.*

**Artículo 30.- Adecuación.** Los establecimientos públicos y privados de la “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” deben:

- a) Adecuar sus estructuras físicas, recursos humanos y asistenciales a las normativas de habilitación, categorización y acreditación que estableciere la legislación existente;*
- b) Contar con las certificaciones de los organismos competentes, y*
- c) Disponer de un proyecto institucional de organización de servicios, dispositivos, programas y/o proyectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental acordes a lo establecido en la presente Ley.*

**Artículo 31.- Plazo de adecuación.** Los establecimientos de salud mental -públicos y privados- que cuenten con servicios de internación prolongada, deberán transformarse, en un plazo máximo de tres (3) años a partir de la promulgación de la presente Ley, con el fin de dar cumplimiento a la misma.

**Artículo 32.- Estímulos Fiscales.** El Estado Provincial -a los fines de promover el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la presente Ley- podrá, por única vez y por un plazo máximo de tres (3) años, otorgar estímulos fiscales en función de las metas alcanzadas para cada año calendario en la reconversión de los servicios prestacionales.

**Artículo 33.- Capacidad instalada - determinación.** A los fines de determinar el número de camas de agudos que compone la capacidad instalada habilitada de cada efector, con el fin de satisfacer la demanda de la población por atención en crisis, y respetando los protocolos vigentes al respecto, se tomará el último año calendario antes de la promulgación de la presente Ley.

**Artículo 34.- Reconversión de establecimientos.** Los establecimientos privados podrán ser habilitadas para otras prestaciones asistenciales del tipo de establecimientos polivalentes, en el marco de las previsiones de la Ley Nº 6222 y sus modificatorias. La estructura pública sanitaria con competencia en la fiscalización de efectores, con el asesoramiento de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental, acordará con los prestadores las pautas de reconversión y certificará su cumplimiento.

**Artículo 35.- Relevamiento - plazo.** El Ministerio de Salud de la Provincia, a partir de los seis (6) meses de la promulgación de la presente Ley, y cada dos (2) años, relevará las instituciones de internación en salud mental para verificar el número de personas internadas, el tiempo promedio de internación, las situación familiar y social, la existencia o no de consentimiento, la situación judicial y otros datos que se consideren relevantes.  
En su caso -de corresponder- conminará a la institución a adecuar su sistema de atención a fin de garantizar el cumplimiento de la presente Ley.

**Artículo 36.- Cobertura de la APROSS.** *La Autoridad de Aplicación promoverá la adecuación de la cobertura en salud mental por parte de la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS) a lo establecido en la presente Ley, en un plazo no mayor al ciento ochenta (180) días a partir de su promulgación.*

**Artículo 37.- Prohibición.** *Prohíbese la creación de manicomios o instituciones monovalentes de internación prolongada, públicos o privados.*

**Artículo 38.- Garantía laboral.** *Las transformaciones de las instituciones públicas previstas en la presente Ley no importarán, en ningún caso, la alteración de derechos laborales adquiridos.*

### **Capítulo III**

#### **Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental**

**Artículo 39.- Derechos y obligaciones.** *Los profesionales integrantes de los equipos interdisciplinarios de salud mental, tienen los mismos derechos y obligaciones en cuanto a la organización del servicio y del sistema de atención, y estarán en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción de los equipos y de las instituciones.*

**Artículo 40.- Nuevas modalidades.** *Los equipos interdisciplinarios deben incluir paulatinamente nuevas modalidades de abordaje de las problemáticas de salud mental - profesionales o actividades- tales como operadores comunitarios, acompañantes terapéuticos, psicoterapeutas de familias y grupos, rehabilitadores y facilitadores de actividades socio-laborales, culturales, artísticas y recreativas.*

### **Capítulo IV**

#### **Capacitación, Docencia e Investigación**

**Artículo 41.- Promoción.** *La Autoridad de Aplicación, en el marco del “Plan Provincial de Salud Mental”, propondrá acciones para la completa articulación de la capacitación supervisada, formación continua y capacitación en servicio de los equipos interdisciplinarios de salud mental.*

*Asimismo, estimulará y facilitará, mediante acuerdos institucionales con las universidades públicas y privadas, que la formación de los profesionales de las disciplinas relacionadas con la salud mental sea acorde con los lineamientos, principios y criterios establecidos en la presente Ley. Las entidades formadoras acreditadas ofrecerán su capacidad instalada para facilitar el eficaz y eficiente cumplimiento de los objetivos y acciones de capacitación, docencia e*

*investigación que se propongan, las que deberán estar vinculadas al proceso de transformación institucional y a la defensa de los ejes rectores de esta normativa.*

**Artículo 42.- Docencia.** *La docencia en salud mental está dirigida a los efectores de salud en general y de salud mental en particular y a otros actores comunitarios significativos para la promoción, prevención y atención en salud mental.*

**Artículo 43.- Investigación.** *El Estado Provincial promoverá la investigación en salud mental, tanto en los ámbitos públicos como privados, especialmente en aspectos epidemiológicos, sanitarios y de abordaje de las problemáticas psicosociales prevalentes.*

**Artículo 44.- Capacitación.** *La Autoridad de Aplicación propiciará la formación de especialistas en las diferentes áreas que integran los equipos interdisciplinarios de salud mental, a través de programas de capacitación acordes a los principios emanados de la presente normativa.*

**TÍTULO III**  
**DE LOS DIAGNÓSTICOS E INTERNACIONES**  
**Capítulo I**  
**Diagnósticos**

**Artículo 45.- Prohibición de presunción.** *En ningún caso debe presumirse la existencia de padecimiento mental en base a:*

- a) Diagnósticos, tratamientos o internaciones previas, y*
- b) Demandas familiares, laborales o de instituciones, no basadas en criterios científicos pertinentes a la salud mental.*

**Artículo 46.- Requisitos.** *Todo diagnóstico interdisciplinario en salud mental debe ajustarse a las siguientes premisas:*

- a) El padecimiento mental no debe ser considerado un estado inmodificable;*
- b) La existencia de diagnóstico relacionado a la salud mental no autoriza a presumir peligrosidad para sí o para terceros;*
- c) La posibilidad de riesgo de daño para sí o para terceros debe ser evaluada profesionalmente;*
- d) La incapacidad será determinada por evaluaciones profesionales, y*
- e) Ninguna persona con diagnóstico de padecimiento mental será objeto de injerencia arbitraria en su vida privada y dignidad personal.*

**Artículo 47.- Medicación.** *La medicación se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, conveniencia de terceros o para suplir necesidades de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales.*

## **Capítulo II**

### **Internaciones**

**Artículo 48.- Requisitos.** *Toda internación de una persona con padecimiento mental debe ajustarse a las siguientes pautas:*

- a) La internación será considerada como un recurso terapéutico de excepción, lo más breve posible, cuya factibilidad y pertinencia están intrínsecamente relacionadas con el potencial beneficio para la recuperación del paciente;*
- b) Será precedida por la correspondiente evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivación justificatoria, con la firma de por lo menos dos (2) profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, los que necesariamente deberán ser un médico y un psicólogo;*
- c) Cuando haya dos o más equipos de salud tratantes de un mismo paciente, deberán realizarse las interconsultas necesarias con el fin de establecer la necesidad de internación o la derivación a otra alternativa terapéutica menos restrictiva;*
- d) La internación será solo una etapa o modalidad, en un proceso continuo de tratamiento, dentro del sistema de salud mental;*
- e) Durante su término, deberá facilitarse el mantenimiento de los vínculos del paciente con familiares o personas que compongan su entorno;*
- f) En caso que el paciente no esté acompañado durante la internación, deberá procederse a la búsqueda de datos de identidad y familiares, solicitando, de ser necesario, la colaboración de otros organismos públicos; g) Durante la internación deberá registrarse diariamente en la historia clínica la evolución del paciente y las intervenciones del equipo de salud; h) No deberá prolongarse la internación con el fin de resolver problemáticas sociales de competencia de otros organismos del Estado, debiendo acudir a ellos con el fin de proceder a la externación;*
- i) Los pacientes que en el momento de la externación no cuenten con un entorno que los contenga, serán albergados en establecimientos que al efecto dispongan las autoridades competentes de otras áreas del Estado, en coordinación con la Autoridad de Aplicación;*
- j) Las internaciones recomendadas por las Juntas Médicas Provinciales deben acogerse a las mismas disposiciones que establece la presente Ley, y k) La internación deberá contar con el Consentimiento Informado del paciente o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considerará válido el consentimiento cuando el paciente manifieste lucidez y comprensión de la situación. No se considerará válido si dicho estado no se conserva durante la internación, ya sea por el estado de salud como por el tratamiento; en ese caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.*

**Artículo 49.- Abandono de la internación.** *La persona internada bajo su consentimiento puede, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la internación. En caso de intervención judicial, debe procederse conforme a lo establecido por el Acuerdo Reglamentario N° 948-Serie A del Tribunal Superior de Justicia o por el instrumento que en el futuro lo reemplace.*

**Artículo 50.- Internación involuntaria.** *La internación involuntaria puede utilizarse como recurso terapéutico excepcionalísimo, cuando, a criterio del equipo de salud interviniente en la etapa prejudicial, se considere que existe situación de riesgo cierto e inminente para el paciente o para terceros y se determine la inconveniencia momentánea de otra alternativa terapéutica. En este supuesto, se procederá de acuerdo a las pautas fijadas en el instrumento formativo indicado en el artículo 48 de esta Ley.*

**TÍTULO IV**  
**Capítulo Único**  
**Disposiciones Complementarias**

**Artículo 51.- Interpretación.** *La presente Ley es de orden público y todo conflicto formativo relacionado con su interpretación deberá resolverse en beneficio de la misma.*

**Artículo 52.- Vigencia.** *La presente Ley entrará en vigencia el mismo día de su publicación en el Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba.*

**Artículo 53.- Reglamentación.** *La presente Ley será reglamentada en un plazo de noventa (90) días, a partir de la fecha de su entrada en vigencia.*

**Artículo 54.- Adecuación presupuestaria.** *Facúltase al Ministerio de Finanzas a realizar las adecuaciones presupuestarias que fueren necesarias para la aplicación inmediata de lo dispuesto en esta Ley.*

**Artículo 55.- De forma.** *Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.*

**CAMPANA – ARIAS**

TITULAR DEL PODER EJECUTIVO: SCHIARETTI DECRETO  
PROMULGATORIO N° 2047/2010

## ANEXO C

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Gallici, Mirta Cecilia. La meta de este estudio es conocer las características que hacen que la Casa de Medio Camino se constituya en un abordaje terapéutico alternativo al encierro manicomial, para mujeres que han transitado un proceso de institucionalización psiquiátrica.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente dos horas de su tiempo. Lo que conversemos durante la entrevista se grabará, de modo que las investigadoras puedan transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas, y se utilizará un pseudónimo escogido por usted. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por \_\_\_\_\_. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

---

---

---

---

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente \_\_\_\_\_ horas.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----  
Nombre del Participante  
imprensa)

Firma del Participante

Fecha (en letras de

## ANEXO D

### Nota de Permiso para realizar la Investigación.

Córdoba 12 de mayo del 2014

A la Coordinadora del  
Área de Investigación de  
la Dirección de Programas de S.M  
Lic. Páez Susana:

Me dirijo a usted y por su intermedio a quien corresponda con el fin de solicitarle que a través de su área de Investigación se dé curso a la realización de Tesis de Investigación de la Maestría en Salud Mental, de la cual me encuentro cursando.

Dicho trabajo de Investigación se realizará en la “Casa de Medio Camino” de Córdoba Capital, dependiente de la Dirección de Programas de Salud Mental, con el objetivo de explorar **¿Cuáles son las características del dispositivo de intervención, que propone La Casa de Medio Camino, de Mujeres, para que la constituya en una iniciativa innovadora respecto de otras modalidades de intervención en salud mental?**

Se espera que esta propuesta aporte al sistema de salud hallazgos que estimulen a estrategias integrales, creativas para dar respuestas a las diferentes problemáticas que se nos presentan en el hacer profesional.

Esperando una respuesta favorable saludo a Usted muy cordialmente.

Lic. Gallici, Mirta Cecilia

