

Ruggeri Boldt, Jorgelina

**Las casas de medio camino en
proceso de
desmanicomialización**

**Tesis para la obtención del título de grado
de Psicóloga**

Director: Gómez Bracamonte, Carolina

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

CARRERA DE PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL.

TÍTULO: “LAS CASAS DE MEDIO CAMINO EN PROCESO DE
DESMANICOMIALIZACIÓN”.

ALUMNA: JORGELINA RUGGERI BOLDT.

DNI/N° ALUMNO: 30.258.233.- 0615145.

DIRECTORA: Mgter. CAROLINA BRACAMONTE GOMEZ.

2022

Índice

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	CONTEXTO CLÍNICO	8
2.1.	DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	9
2.1.1.	BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	10
2.1.2.	ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA ACTUALIDAD	11
2.2.	MARCO LEGAL DEL EJERCICIO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	13
2.3.	MARCO LEGAL DE LOS PROCESOS DE DESMANICOMIALIZACIÓN	15
3.	CONTEXTO INSTITUCIONAL	18
3.1.	ORIGEN Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL HNP.	19
3.2.	LA INSTITUCIÓN EN LA ACTUALIDAD	23
4.	EJE DE SISTEMATIZACIÓN	25
5.	OBJETIVOS	27
5.1.	OBJETIVO GENERAL:	28
5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	28
6.	PERSPECTIVA TEÓRICA	29
6.1.	BREVE HISTORIA DE LA LOCURA	30
6.1.1.	DISTINTAS CONCEPCIONES DE LA LOCURA	30
6.1.2.	LA ENFERMEDAD MENTAL Y SU SITUACIÓN SOCIAL	32
6.2.	PSICOSIS	34
6.3.	EL PROCESO DE INTERNACIÓN Y EXTERNACIÓN: DEL MANICOMIO A LAS CMC	35
6.3.1.	COEXISTENCIA ENTRE EL MODELO MANICOMIAL Y LA DESMANICOMIALIZACIÓN	35
6.3.2.	LOS PROCESOS DE DESMANICOMIALIZACIÓN	43
7.	MODALIDAD DE TRABAJO	50
8.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	53
8.1.	RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	54
8.2.	ANÁLISIS Y SÍNTESIS	59
8.2.1.	DESCRIPCIÓN DE LAS CASA DE MEDIO CAMINO	60
8.2.2.	LA VIDA EN UNA CMC	64
8.2.3.	LA MIRADA PROFESIONAL SOBRE LAS CMC	78
9.	CONCLUSIONES	83

10.	BIBLIOGRAFÍA	87
11.	ANEXOS	93
11.1.	ANEXO I: PERCEPCIÓN SOBRE EL CALEIDOSCOPIO.	94
11.2.	ANEXO II: ENTREVISTA N° 1 CALEIDOSCOPIO.	95
11.3.	ANEXO III: REGISTRO DE LA VISITA A LA CASA DE CONVIVENCIA.	100
11.4.	ANEXO IV: ENTREVISTA N° 2 CASA DE CONVIVENCIA.	101
11.5.	ANEXO V: REGISTRO DE LA ENTREVISTA EN LA CASA DE MEDIO CAMINO PROVINCIAL.	103
11.6.	ANEXO VI: ENTREVISTA N° 3 CASA DE MEDIO CAMINO PROVINCIAL.	104
11.7.	ANEXO VII: ENTREVISTAS A PROFESIONALES DEL HNP	106
i.	ANEXO 11.7.1: ENTREVISTA N° 4 LIC. TRABAJO SOCIAL.	106
ii.	ANEXO 11.7.2: ENTREVISTA N° 5 MÉDICA PSIQUIATRA.	107
iii.	ANEXO 11.7.3: ENTREVISTA N° 6. LIC. EN PSICOLOGÍA.	108
11.8.	ANEXO VIII: MODELO CARTA INFORMATIVA	109
11.9.	ANEXO IX: MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO	110

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Integración Final versa sobre una articulación entre la nueva Ley de Salud Mental y los procesos de desmanicomialización a partir de las Casas de Medio Camino (CMC), analizando particularmente cuál es la función que cumplen estas instituciones y la valoración que realizan los profesionales del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba (HNP).

En el 2010 se sancionó y promulgó la Ley de Salud Mental Nacional en Argentina, y la Ley de Salud Mental Provincial de Córdoba, donde se plantea la importancia de los procesos de desmanicomialización, para evitar las internaciones crónicas, como la creación de herramientas y dispositivos que permitan un proceso de reinserción social y laboral exitoso. A pesar de esto, a lo largo de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) realizadas en el HNP, en el contexto de la carrera Lic. en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, se pudo observar la reincidencia reiterada de usuarios que eran dados de alta, y que atravesaran o no por dispositivos posteriores, volvían al HNP a solicitar asistencia.

A partir de estas observaciones, y con entrevistas informales con los profesionales de la institución, se detectó que muchos usuarios una vez externados volvían al sistema sanitario descompensados. Y los pocos que tenían la suerte de pasar por dispositivos intermedios como las CMC, en la mayoría de los casos, también volvían en algún momento a descompensarse y reincidir en el HNP.

Durante junio de 2014, en la guardia del HNP, concurrió un usuario que había sido dado de alta y su demanda consistía en la necesidad volver a la institución porque no tenía dónde hospedarse, por falta de recursos económicos y porque carecía de una familia receptiva que pueda darle asilo. Luego de este acontecimiento, comenzó la inquietud sobre qué respuestas se le podrían dar a este tipo de demandas, que propone la Ley de Salud Mental y cuál era la opinión de los profesionales del HNP.

Aquí toman protagonismo los espacios como las Casas de Medio Camino propuestas por esta ley, como dispositivos intermedios entre la institución y la comunidad, en donde no solo se le garantizan tener cubiertas las necesidades básicas a las personas, sino también adquirir una mayor autonomía y la reinserción social.

Ante lo cual se tomó como objetivo desarrollar un análisis sobre la funcionalidad que poseen estos dispositivos desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en el HNP. Para esto, se realizó un relevamiento de las Casas de Medio Camino y Casas de

Convivencia de la provincia, tanto públicas como privadas, y se entrevistó a los profesionales que se desempeñaron durante el período 2014 en la institución.

Como principal hallazgo señalamos que si bien las CMC están presentes, son claramente insuficientes para la cantidad de personas que requieren este servicio. Como también, el tiempo que tiene un usuario dentro de las CMC para adquirir las competencias y habilidades para insertarse socialmente, que en la mayoría de los casos no excede los 12 meses, es insuficiente para que logren su objetivo exitosamente, y se evite la reincidencia del usuario en el sistema de salud mental.

2. CONTEXTO CLÍNICO

La psicología clínica como disciplina ha ido ganando terreno y afirmando cada vez más su accionar profesional en el campo de la salud mental. Sin embargo, no siempre fue unánime la definición del rol como del campo de acción, por lo cual a continuación se realiza un abordaje de los principales conceptos asociados a la Psicología Clínica, el rol profesional y ámbito de incumbencia, como el marco legal asociado a esto último y a la salud mental, todos ejes claves para el análisis propuesto en el presente trabajo.

2.1. DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA, 2003), considera a la Psicología Clínica como una disciplina científico- profesional que tiene por objetivos la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales. Por tanto, la Psicología Clínica se interesa en el estudio del comportamiento humano desde el cual se puede identificar la dificultad o el trastorno para luego realizar un psicodiagnóstico, analizar la condición psicopatológica, hallar una explicación, y por último, llevar a cabo un tratamiento para aliviar la situación problemática o prevenirla. En este sentido, la Psicología Clínica, dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos, principalmente, los métodos psicodiagnósticos, los modelos psicopatológicos y los procedimientos psicoterapéuticos. En nuestro ámbito regional, “se entenderá por área de la Psicología Clínica: la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión” (Ley de la Provincia de Córdoba N° 7.106).

Es importante destacar el proceso de formación que corresponde a la incumbencia del psicólogo clínico, podemos observar que la Universidad Católica de Córdoba ha pasado por un proceso de transformación de su plan de estudio de la carrera de psicología, abriendo una brecha aún más importante en lo referente a las diferentes especialidades que corresponden al ejercicio del psicólogo, pero en cuanto a la incumbencia específica del área clínica se puede destacar dentro de la currícula a materias que cooperan en el desarrollo de conocimientos generales, como también así de diversas líneas teóricas, tales como (plan 2013): Introducción a la Psicología General, Neurobiología, Teoría Psicoanalítica (I y II), Psicología de la Niñez,

Psicopatología General, Teoría y Técnica del Diagnóstico (I, II y III), Neurociencia Aplicada, Teoría Sistémica, Escritos Sociales de Freud, Psicología de la Adolescencia, Psicopatología Psicoanalítica, Psicofarmacología, Psicología Clínica, Psicopatología Infante Juvenil, Intervenciones en Crisis, Psicología de la Adulthood y la Senectud, Deontología y Legislación Profesional, Intervenciones Perspectiva Sistémica, Intervenciones Perspectiva Cognitivo Comportamental, entre otras.

Brindando así cierta Capacitación Específica dentro del área clínica. Tales como las que propone el estatuto de especializaciones: Psicoterapia, Psicodiagnóstico, Profundización y Actualización en Psicología del Desarrollo y Ciclos Vitales. Psicopatología General y Especial, Métodos, Técnicas de Investigación, Ética y Deontología Profesional, Orientación Psicológica en Prevención, Diagnóstico e Intervención, Orientación Psicológica Individual y Grupal.

2.1.1. BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La FEPA (2003) postula que en el año 1896 se funda la primera clínica, llamada Psicología Clínica de la mano de Lightner Witmer en la Universidad de Pennsylvania, es desde este momento en donde se caracterizó al rol del psicólogo clínico como científico. A principios del siglo XX, se presenta la tradicional y reconocida función del psicólogo clínico en las pruebas de medición psicológica y en su aplicación al psicodiagnóstico, fue Alfred Binet quien realizó pruebas para la medición de la inteligencia sumadas a las innovaciones para el psicodiagnóstico contribuyeron a esto.

A fines de la década de 1930, los psicólogos clínicos desempeñan funciones terapéuticas frecuentemente sumado a la función psicodiagnóstica tradicional, realizaban actividades de aconsejamiento y psicoeducativas, y entrevistas terapéuticas. La psicología clínica constituye sus propias instituciones y el perfil profesional, aparecen los primeros programas de formación de postgrados para psicólogos clínicos.

Es para el año 1945 que mediante una certificación legal la Especialidad de Psicología Clínica es reconocida en EEUU, en este mismo año con el retorno de los veteranos de guerra de la Segunda Guerra Mundial se crea un problema social que llega a la clínica y la desborda. Durante la guerra, algunos psicólogos, realizaban funciones

psicoterapéuticas y es a partir de aquí que se habilitó un sistema de formación en Psicología Clínica, la cual pone el foco en la investigación científica, la evaluación psicodiagnóstica y el tratamiento terapéutico, a esta formación algunos autores la denominaron la santa trinidad de la Psicología Clínica.

A partir de los años cincuenta se consolida el rol profesional del psicólogo clínico como científico y obtiene el reconocimiento social, han alcanzado tener su nombre propio con el desarrollo de nuevos sistemas terapéuticos, en el campo clínico en la Psiquiatría y en la Psicología Clínica, la terapia de conducta, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo conductual y la terapia de pareja y familia son algunas de ellas, aparte de las psicoterapias clásicas.

Es desde aquí, que se ha demostrado la eficacia de la terapia psicológica mediante investigaciones sistemáticas. Existen dos condiciones que ayudaron a consolidar y expandir la terapia psicológica, por un lado, el desarrollo científico de la Psicología, relativo al aprendizaje de la conducta, al desarrollo de la personalidad, al funcionamiento cognitivo, a la relación interpersonal, a la influencia social, a la organización de los grupos sociales, ha permitido una mejor comprensión de los trastornos psicológicos, y por otro lado, estos trastornos han quedado expuestos por la demanda social. En la segunda mitad del siglo XX se da esta mayor presencia de trastornos psicológicos debido a las formas de vida y a ciertas características de la sociedad actual que han dado lugar a trastornos nuevos y al incremento de otros.

2.1.2. ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA ACTUALIDAD

Haz, Díaz y Raglianti (2002) plantean que el rol del psicólogo clínico está cada vez más asociado a instituciones; como clínicas, hospitales, consultorios que tienen profesionales que realizan atención clínica en sus instalaciones. Del mismo modo las organizaciones municipales, centros comunitarios, organizaciones no gubernamentales y otros, incluye a psicólogos clínicos para que desempeñen su aporte al trabajo que realiza la institución.

Los autores sostienen que, en la actualidad, la mirada sobre los problemas de salud mental ha cambiado, y que ya no es posible considerarlos sólo como patologías propias al sujeto que las padece, lo cual significa no entender los problemas de salud mental desde un contexto único. La mirada actual conceptualiza los problemas de salud

mental como problemas bio-psico-sociales, que han sido influidos por diversas variables de distinto orden lógico y que se relacionan con el modo con que el individuo interactúa en los diferentes contextos, donde las relaciones familiares, comunitarias y sociales se juntan, y en donde también es importante mirar la influencia que la persona tiene en dicho contexto, y cómo influye en éste. Las variables psicológicas ya no están instaladas en lo profundo del aparato mental del individuo, sino que serían parte de la vida cotidiana, y pueden buscarse a nivel individual, social o comunitario y en las distintas relaciones entre los sistemas.

A su vez se observa que desde las políticas gubernamentales, hay un cambio de mirada que, por un lado, plantea el trabajo conjunto entre los distintos sectores del servicio público, y por otro, trabaja para que se puedan implementar las reformas al sistema de salud público donde destaca la intervención en salud primaria, orientándose hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integrando la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Se propone también la participación en forma coordinada de todos los sectores conexos a la salud y se solicita y estimula la responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad, en donde lo que se busca es obtener el mayor beneficio de los recursos disponibles y le da al trabajo en equipo un lugar central en la atención de las necesidades manifiestas de la comunidad.

De acuerdo a la Ley Provincial de Córdoba N° 9848, titulada “Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba”, en su Artículo N° 1 postula claramente que la salud mental es un derecho de la población, y que esta debe ser abordada desde los diferentes ámbitos como promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Por otro lado, en la misma Ley y Artículo, se plantea que es función del Estado garantizar el acceso a la población a la atención de salud mental, y ser atendido de forma integral por los diferentes expertos en salud mental, lo que muestra coherencia con el accionar del gobierno en lo previamente mencionado.

A continuación es clave no solo observar el marco legal que rige el ejercicio del profesional de la psicología clínica, sino también el marco legal que afecta a las instituciones psiquiátricas, como centro de accionar del psicólogo clínico, y a los

procesos de desmanicomialización que paulatinamente se pretenden desarrollar en el sistema de salud mental de la provincia.

2.2. MARCO LEGAL DEL EJERCICIO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

En cuanto a las leyes sancionadas desde la provincia de Córdoba se reconoce de primordial importancia: La Ley N° 7106 del Senado de la Provincia de Córdoba sobre las disposiciones para el ejercicio de la Psicología, promulgada en 1984, dice lo siguiente:

Se considerará ejercicio de la profesión en el área de la Psicología Clínica: la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad, la investigación y formulación de diseños experimentales, el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia, otras actividades que con el mismo objetivo requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicas (Ley Provincial N° 7106, Art.N° 3)

Podría decirse entonces, como indica González (2002) que el Psicólogo Clínico es aquel profesional que se especializa en el análisis, predicción, tratamiento y comprensión de la conducta humana y de la red multicausal que la determina. Por tanto, debería estar capacitado para las funciones de Psicodiagnóstico, tratamiento por medio de las distintas teorías y técnicas psicoterapéuticas, para la investigación y para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud emocional.

En cuanto al Ejercicio de la Profesión del Psicólogo en el Reglamento de Especialidades, publicado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, en la revisión realizada en noviembre de 1995, se amplía su esfera de acción diciendo:

Se considera área de la Psicología clínica a la esfera de acción que se desarrolla en Hospitales generales, Psiquiátricos, Centros de Salud Clínicas, Consultorios y otras Organizaciones e Instituciones Públicas o Privadas en las que se desarrollen acciones de Promoción, Prevención, Asistencia y Rehabilitación de la Salud (Reglamento de Especializados del Psicólogo, 1995, Capítulo II.1)

Se subraya antes de continuar que Los Colegios de Psicólogos regulan el ejercicio profesional en cada una de las jurisdicciones del país, y por esto reconocen especialidades a sus matriculados mediante certificados o matrículas de especialistas.

Con referencia a las actividades propias al Psicólogo Clínico también modifica significativamente algunas de las funciones al decir:

Se considera ejercicio de la Psicología Clínica:

- a) la exploración de la estructura y dinámica de la personalidad mediante métodos y técnicas específicamente psicológicas.
- b) La intervención psicológica para la promoción de la salud en el ámbito: individual, de pareja, familiar, grupo y/o instituciones.
- c) El diagnóstico y tratamiento del individuo, pareja, familia, grupo y/o instituciones.
- d) La investigación de los instrumentos y/o técnicas que posibiliten el abordaje clínico de acuerdo a las demandas actuales.
- e) investigación y docencia.

Será necesario para su formación: - Psicología Clínica: teorías, técnicas y/o abordajes psicoterapéuticos individual, pareja, familia, grupo, instituciones.

Métodos y técnicas de investigación.

Psicodiagnóstico (individual y/o pareja, familiar, grupal, e instituciones).

Psicopatología general y especial.

Ética profesional.

Práctica institucional oficial y/o privada en Instituciones específicas.

Del Reglamento de Especialidades del Colegio de Psicólogos de la Provincia se toma en cuenta que parte de la formación que se recibió al realizar las prácticas del HNP hacen a la formación especial del psicólogo clínico ya que es desde allí desde donde se construyó y profundizaron conocimientos y desarrollo el propio rol.

Además, según este reglamento se reconoce en la práctica psicológica seis especialidades básicas que corresponden a las áreas de ejercicio profesional especificadas por la Ley 7106 y el área de Psicología Sanitaria, reconocida por el ex-Consejo de Psicólogos de la Provincia de Córdoba por Resolución N° 15 del 7 de Septiembre de 1988. La Psicología Clínica es una de ellas.

Como es sabido la psicología se desarrolla en diferentes niveles, esto es de gran observación en el HNP en el desarrollo de las aéreas:

Individual: en la atención que se proporciona en consultorios externos, a través de la asistencia en psicoterapia.

Grupal: como dispositivo del área de rehabilitación, la existencia de diversos talleres.

Institucional: el HNP se ofrece como centro de atención tanto en sus niveles primarios, secundarios y terciarios de la salud mental.

Comunitario: posicionándose como un hospital de “puertas abiertas” significando que la comunidad que atiende el HNP no es exclusiva de los internos sino también del resto de la comunidad, como así también permitiendo la circulación de los internos por fuera del hospital.

En lo que respecta al presente trabajo, el foco se centrará en el nivel institucional, observando particularmente las Casas de Medio Camino, como una de las instancias de trabajo del psicológico clínico en el proceso de desmanicomialización, mostrando a continuación el marco legal específico que permite realizar y llevar adelante este tipo de abordajes.

2.3. MARCO LEGAL DE LOS PROCESOS DE DESMANICOMIALIZACIÓN

Los procesos de desmanicomialización en el mundo inician en Italia, en la década del 80, y posteriormente se fueron extendiendo a nivel internacional.

En Argentina, si bien existen diversos antecedentes, en el mes de octubre del año 2010, se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental (26.657). El mismo año fue dictada la Ley Provincial 9848. Ambas representan una transformación de las políticas y servicios en salud mental. El objetivo de las mencionadas normativas es asegurarles a todas las personas el derecho a la protección de la salud mental, la dignidad y el pleno goce de los derechos humanos. Hacen referencia a la no discriminación, identidad, igualdad, autonomía, entre otras, donde la persona con algún padecimiento mental es siempre el protagonista y sujeto de derecho. Todo en consonancia con los tratados internacionales que la Argentina ha celebrado en la materia (art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional).

Otro de los puntos a los que hace referencia la ley es a que se debe prohibir la creación de instituciones de internación monovalentes, neuropsiquiátricos y

manicomios, con lo cual los tratamientos o las internaciones de pacientes con padecimientos mentales deben ser en hospitales generales. En caso de que exista algún tipo de rechazo por medio de la institución polivalente, el mismo será tratado como un acto de discriminación.

En miras de una sociedad más equitativa y justa, estas leyes amparan a las personas vulnerables tratando de favorecer los procesos de inclusión social y una mejor calidad de vida. A lo expresado se lo conoce como *procesos de desmanicomialización* que tiene como antecedente la Ley 2440 de Río Negro "Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental" promulgada en 1991, la cual establece las características y procedimientos que deberá cumplirse en caso que una persona sea internada indicando que solo se puede en caso de internación realizarse en un hospital general, ley que apunta específicamente a la desinstitucionalización de la persona con sufrimiento mental, aunque como falencia encontramos que no menciona como se organizará dicho sistema de salud mental para lograr el objetivo propuesto.

Suponen, además de lo referido en cuanto al tratamiento, prever para el momento de externación de los pacientes recursos que permitan la reinserción social de los mismos. En este sentido, la Ley Provincial de Córdoba de Salud Mental N° 9848, postula en el capítulo IV, particularmente en el art. N° 14 que el Estado Provincial deberá aportar los recursos para que el sistema de salud los designe a las diversas instituciones incluidas en éste, donde se encuentran las Casas de Medio Camino, y que tienen como objetivo brindar asistencia a los usuarios. Por otro lado, en el Art. N° 27, la misma Ley establece la importancia de que las instituciones como los servicios de salud mental deben transformarse para que, de acuerdo al Art. 48:

i) Los pacientes que en el momento de la externación no cuenten con un entorno que los contengan, serán albergados en establecimientos que al efecto dispongan las autoridades competentes de otras áreas del Estado, en coordinación con la Autoridad de Aplicación.

De hecho, se observa que la ley establece la necesidad de contener y albergar a los usuarios del sistema de salud que requieran de la asistencia. Por otro lado, en el contexto de la Legislación Nacional, la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental establece que:

Artículo 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.

Claramente el marco legal tanto a nivel provincial como nacional, destacan y dan importancia a los dispositivos y/o instituciones que albergan a los usuarios del sistema de salud mental y que deben ser contenidos y asistidos para poder sostener sus procesos, iniciados en instancias de internación.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

En este apartado se desarrollan los principales aportes asociados al desarrollo histórico del Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba, como también la situación actual en la que se encuentra esta institución, pilar del trabajo en el ámbito de la salud mental en la comunidad.

3.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL HNP.

Falcone (2018) como Ferrari (2015), realizan un recorrido de la práctica y evolución de la psiquiatría en Córdoba Argentina, y en el mismo centra su atención en Garzón Maceda, (1917) para puntualizar sobre la historia del HNP, quien postula que es menester remontarse al año 1870. A continuación, se realizará una puntualización sobre los principales hitos en la historia del HNP de Córdoba.

- 1870

Cuando la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, una sociedad integrada por un grupo de damas de la ciudad cuyo objetivo era la caridad y el alojamiento de las "alienadas" de Córdoba logró un convenio con la sede homónima de Buenos Aires para tener su propio asilo.

- 1982

El primer intento para una casa de alienados se pensó en 1882 y logró concretarse recién en 1888 bajo el nombre de Asilo de Dementes, bajo la dirección del Dr. Clodomiro Ferreyra, pero sin mucho triunfo, ya que el asilo debió ser clausurado al año debido a las deficiencias edilicias (Falcone, 2018).

- 1889

En 1889 se hace el segundo intento de hacer el edificio para la institución. Esta vez gracias a una donación de un terreno en los Altos de Villa Cabrera de la mano de la Sra. Delfina de Cabrera. Sin embargo, la construcción se detiene por cuestiones políticas de la época y la Sociedad de Beneficencia debe designar una comisión especial para tratar con Augusto López, el fundador del actual barrio General Paz y lograr una donación.

Finalmente, en 1890 se logra la adquisición de un terreno ubicado en el lado sur del Asilo de Mendigos, ubicado en zona de chacras, lejos de la urbanización, gracias a

la colaboración de Augusto López, fundando así el Asilo para Alienadas en la actual locación del H.N.P. Se trataba de una institución con fines caritativos donde no se brindaba tratamiento alguno para el padecimiento mental y donde los cuidados brindados a las asiladas estaban a cargo de las Hermanas de la Caridad, dando al hospicio un marco de gran influencia religiosa, donde los marginados no concordaban con el proyecto de sociedad que dicho sector compartía con el Estado (se los consideraba “desviados”). Este tipo de obras de caridad provenían de la alta sociedad de Córdoba, permitiendo esto, mantenerse en cierto status social. Por ese entonces, el Asilo contaba con 10 internadas, y hacia 1892, Augusto López hizo una segunda donación en la parcela contigua al establecimiento para establecer un ala para varones, ya que se estaban atendiendo a 6 pacientes en sus respectivos domicilios. (Coronel, 2012).

- 1897

Para 1897, se había llevado a cabo una serie de remodelaciones que incluía una sala para dementes tranquilos, algunas habitaciones para personal auxiliar y baños de pileta. (Falcone, 2018).

- 1907

En 1907, quienes estaban a cargo de los enfermos eran médicos no especializados en psiquiatría, y fue el Dr. Clodomiro Ferreyra quien solicitó a la Sociedad de Beneficencia el permiso para poder dictar las clases de la cátedra de Patología Mental de la Facultad de Medicina de la UNC en el asilo, creando así la cátedra de Clínica Psiquiátrica, todo con el objetivo de la asistencia médica de los internos, y la enseñanza de la psiquiatría. Con este nuevo convenio se logró un doble beneficio, ya que, así como los estudiantes de medicina recibían una enseñanza práctica de la materia, el Asilo se aseguraba un servicio médico regular, sistematizado y científico, y una contribución monetaria mensual.

Como consecuencia de estos cambios, la administración quedó a cargo de la Sociedad de Beneficencia, y la dirección técnica y asistencia médica a cargo de la Facultad de Medicina bajo la figura del Dr. Clodomiro Ferreyra, quien se encargaba de la admisión, asistencia y alta de las enfermas. Igualmente hubo nuevas reformas en la institución entre 1911 y 1912 en donde se construyeron un pabellón de hidroterapia, una sala acolchada para los enfermos en crisis de furia o excitación, catorce celdas nuevas, un comedor, un lavadero, una ropería y un taller de costura.

No obstante, esto implicó que la arquitectura del lugar se pusiera al servicio de la vigilancia, cerrando el edificio con subdivisiones rígidas, puertas bajo llave y en general una división, pabellón de mujeres y hombres, tajante de los espacios debido a la concepción de los pacientes como violentos y peligrosos; lo que valió también la creación de salas donde se realizaban electroshocks. Existían sectores diferenciados para pacientes mujeres violentas (“Cuarto patio”), y para los judicializados hombres (“La leonera”). Además, se reformularon diversos espacios en la institución, respondiendo a las necesidades académicas, construyéndose así el Aula Magna.

- 1914

En 1914, pese a todas estas refacciones, la Sociedad de Beneficencia se ve atravesada por una crisis económica que la lleva a tener que solicitar una serie de subsidios al Gobierno, previa solicitud de personería jurídica. Al año siguiente, debido al fallecimiento del Dr. Clodomiro Ferreyra, el Dr. León Morra se hizo cargo tanto de la dirección del Asilo, como de la cátedra de Psiquiatría de la UNC, que ya para ese momento era, junto con el hospicio, la representante de la psiquiatría manicomial en Córdoba.

- 1930

Hacia la década de 1930, se produce el pasaje de la "higiene mental" a la "salud mental" y la organización en el campo psiquiátrico.

[...] el higienismo mental, a diferencia de movimientos de renovación ulteriores, no cuestionaba la existencia del asilo; solo limitaba sus indicaciones terapéuticas y abogaba por mejores condiciones de internación para los casos en que esta fuera necesaria. [...] La enfermedad mental admitía entonces diferencias de grado más o menos importantes, dentro de un continuo que iba desde la salud hasta la locura, lo cual hacía que las afecciones menos importantes pudieran ser tratadas en forma ambulatoria. La creación de servicios extremos, sin necesidad de hospitalización, fue entonces recomendada entre otras patologías, para el tratamiento de los alcohólicos, los neuróticos y las formas "leves" de la locura. (Dagfal, 2009, p. 63-64).

Esta diferencia, basada en el establecimiento de un continuo de enfermedad mental, facilitó el surgimiento de espacios previos a la hospitalización crónica, lo cual sienta las bases para los desarrollos futuros en el campo de la psiquiatría.

- 1948

En 1948, la institución debió ser intervenida por el gobierno provincial, provocando un gran cambio a nivel institucional. En 1951 se deroga el decreto que dio personería jurídica a la Sociedad para que obtenga subsidios, decreto que se deja sin efecto ese mismo año. Comienza a depender del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación. Y en 1958, el nosocomio, bajo la dirección de Dr. Exequias Bringas Núñez, se reinaugura como Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. Además, en dicho momento se comienza a editar el “Boletín del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial”, de 60 páginas de publicación trimestral que contaba acerca del trabajo que se realizaba en la institución.

- 1960

Entre los años 1960 y 1970, se inician importantes cambios, entre ellos que el hospital pasa a ser monovalente, atendiendo exclusivamente a pacientes con crisis agudas, como así también la inclusión de otras disciplinas (Psicología y Trabajo Social), indicando un trabajo interdisciplinario. En 1972, surge el Servicio de Psicología, aunque solo funcionaba como auxiliar del Servicio Médico. Pero estos avances fueron efímeros ya que advienen los gobiernos de facto los cuales llevaron a retomar el uso de las celdas violando y vulnerando los derechos de los pacientes, restringiendo el rol del psicólogo y prohibiendo también el ejercicio del psicoanálisis.

- 1976

Durante la última dictadura militar, el Servicio de Psicología estuvo cerrado hasta el restablecimiento de la democracia. En 1983 el Servicio se convierte en Departamento, dejando de ser un auxiliar del médico para así incluir profesionales en los equipos de guardia, los consultorios externos, el internado y en las capacitaciones.

- 2004

En el 2004, se colocan rejas nuevamente, bajo el discurso de la falta de recursos humanos para contención de pacientes, lo que es muy significativo, dado que el hospital vuelve a ser una institución asilar que no permite la libre circulación. Cuando el Servicio de Psicología pasa a convertirse en Departamento, se crean dispositivos abiertos y comunitarios. También se crea el Servicio de Rehabilitación, del que nacerán múltiples talleres bajo el Programa de Interacción Hospital-Comunidad, que aledaño con el trabajo interdisciplinario de los demás Servicios buscan la desmitificación de la

locura, el reconocimiento de los derechos de los pacientes como sujetos y su reinserción en la sociedad.

Sin perjuicio de lo expresado supra, lo cierto es que en el marco de la nueva legislación, como señala Sampayo (2015), la desmanicomialización es una respuesta contrahegemónica en el abordaje de la salud mental, ya que antes la persona era internada, voluntaria o involuntariamente, donde un juez competente decidía el futuro del paciente en base a su diagnóstico, se controlaba tanto su tratamiento como evolución. En la actualidad, justamente este principio es el que se invierte, y los nuevos marcos legales dan lugar a un posicionamiento al usuario, como sujeto responsable de su tratamiento y desarrollo, como al sostenimiento de los procesos terapéuticos.

3.2. LA INSTITUCIÓN EN LA ACTUALIDAD

El Hospital Neuropsiquiátrico Provincial se encuentra localizado en barrio Juniors, en la calle León Morra 172, muy cercano a la zona céntrica de la ciudad y a metros de la nueva casa de Gobierno. Funciona como una institución pública monovalente que atiende patologías psiquiátricas agudas y/o agudización de patologías crónicas con exclusión de psicopatías, drogadependencia, alcoholismo, demencia y retraso mental, tanto para internaciones como el servicio de atención ambulatoria y la población que se atiende va desde los 18 a 65 años de edad (Leonardis, 2011).

El Departamento de Psicología está organizado en dos niveles: uno de conducción y otro operativo. El nivel de conducción está integrado por el Jefe del Departamento de Psicología, la Jefa de Sección (consultorio externo) y dos Supervisores (uno de guardia y el otro de pabellón). El nivel operativo está integrado por siete psicólogos que trabajan de domingo a viernes 35 hs semanales, en las tres áreas anteriormente nombradas. Además, se incluyen en consultorio externo y guardia los alumnos del Postgrado de Psicología Clínica y Salud Mental y, desde el año 2000, interviene en las Juntas de Certificado de discapacidad.

El Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (HNP) consta de tres consultorios de guardia, un aula magna, consultorios externos, un servicio de estadística, tres salas de guardia, el internado, que a su vez se subdivide en dos pabellones (hombres y mujeres)

conectados por un hall, cada uno con sus baños y su comedor, sumando un total de 80 camas, tres salas de contención, una sala de enfermería y un patio interno.

Los consultorios externos brindan tratamientos ambulatorios, que están concedidos por profesionales de los distintos equipos, y funcionan a través de turnos. Guardia, internación y área de rehabilitación. Los equipos de guardia están compuestos por tres Psiquiatras, incluido la jefa de guardia, una psicóloga y una trabajadora social.

El HNP, de modalidad monovalente se encuentra en el proceso de implementar la Ley de Salud Mental enmarcada en el paradigma de los derechos humanos que se refieren a la igualdad, identidad y no discriminación, a la autonomía y voluntad, implica un reconocimiento a la dignidad de las personas.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“Las Casas de Medio Camino en proceso de desmanicomialización”.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL:

Indagar los procesos de desmanicomialización a partir de las Casas de Medio Camino, durante el período comprendido entre abril y noviembre de 2014, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la Ciudad de Córdoba.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las Casas de Medio Camino de la Ciudad de Córdoba y conocer la función que cumplen.
- Caracterizar la vida de los usuarios en el contexto de las Casas de Medio Camino en la ciudad de Córdoba.
- Identificar la valoración que realizan los profesionales involucrados sobre las Casas de Medio Camino, en relación a su experiencia como a la vivencia de los usuarios.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1. BREVE HISTORIA DE LA LOCURA

6.1.1. DISTINTAS CONCEPCIONES DE LA LOCURA

La enfermedad mental no es un concepto de la modernidad, es mucho más antiguo y en general se lo asoció a los elementos de construcción identitaria de la persona, donde se contraponía la locura o enfermedad mental con la normalidad o la persona normal. En este sentido, Goffman (2003) plantea que cualquier ser humano posee sentimientos orientados a definir su identidad, y esta se asocia a la sensación de ser una persona normal como cualquier par. Sin embargo, ante la locura, aunque esta percepción se da, los otros, los pares, no la reafirman y no están dispuestos, sostiene el autor, a establecer una forma de contacto en igualdad de condiciones como cualquier otro ser humano.

A lo largo de la historia y de una manera progresiva, en nuestra sociedad se ha ido promoviendo el encierro, el ocultamiento y la exclusión de la gente “anormal”, aunque esto no fue motivo para dejar de interrogar, observar y examinar.

Con el estudio de la anormalidad se establece una de las vías a través de las cuales se constituyen relaciones de poder en la sociedad. Es la persona normal la que, de una u otra manera, tiene poder sobre la anormal, una vez definida esta y con su correspondiente norma. En “Historia de la locura en la época clásica”, Foucault (2009) plantea evitar referirse a la locura como algo completamente opuesto a la razón. Tenemos la idea de una categoría tal como la locura, sin embargo, no por eso se deberá pensar que todas estas personas son iguales, ni que se encuentran tan opuestas a la gente razonable. Foucault (2009) se preguntó cómo se desarrollaron estas categorías, y cómo las ideas sobre los razonables interactúan con las ideas sobre el loco. Su hipótesis inicial fue que la locura tiene algo que ver con la exclusión de cierta gente de la sociedad, a través del encierro y el confinamiento.

Según Napolitano (2000) en su obra "Nacimiento de la psicopatología en la historia de la psiquiatría", comentando la perspectiva crítica de Foucault (1992) en "Historia de la locura- Enfermedad mental y personalidad", plantea que:

[...] la creación del discurso teórico psiquiátrico iniciado por Pinel sistematiza y justifica una práctica esencialmente segregativa de la locura, práctica

caracterizada como desubjetivizante y represiva, en tanto basaba su eficacia en el aislamiento del loco de su medio social, recluyéndolo en instituciones específicas para su tratamiento. (Napolitano, 2000, p. 16)

Foucault (1992) sostiene en esta perspectiva que en la medida que el loco resulta una viva contradicción en una sociedad ordenada, aquella que se caracteriza por renegar de cualquier desorden, el loco debe ser excluido, y esto es necesario para poder mantener la igualdad y la libertad abstractas del hombre. En esta concepción se destaca el nacimiento del campo de la psiquiatría por las condiciones sociopolíticas, determinación que obedece a la necesaria regulación del campo social. El saber que se desprende de tales prácticas adquiere para Foucault el estatuto de una mera justificación doctrinal. Lo que cambia en este caso es la subordinación de lo médico a lo penal, solo es un cambio de nombre con el objetivo de reforzar la regulación del campo social.

Ya comenzada la Revolución Francesa, los locos debían ser sacados de la cárcel porque resultaba muy humillante para los presos comunes estar encerrados con ellos, y los mismos deberían ser llevados a hospitales especiales, pero los hospitales no existían, así que se los mandó a sus casas, con sus familias. Luego fueron enviados fuera nuevamente puesto que al parecer causaba demasiados trastornos (Napolitano, 2000).

Por su parte, Goffman (2003) y en contraposición a lo que plantea Foucault (2009), sostiene que existen comunidades residenciales desarrolladas que cuentan con una gran cantidad de personas que comparten características, que pueden ser religiosas, sociales, étnicas, etc; en las cuales la unidad básica de organización es la familia y no el individuo, por lo tanto, se incluye dentro de dicha categoría a la totalidad de los integrantes del grupo.

Sin embargo, es probable que el conjunto de todos los miembros no constituya un único grupo, ya que no poseen capacidad para la acción colectiva ni una pauta estable de interacción mutua. En la búsqueda de la identidad individual y social uno de los principales obstáculos que el sujeto debe enfrentar es la mirada estigmatizante del afuera que funciona como un etiquetamiento previo, y siguiendo a Goffman (2003) esto no solo recae sobre el sujeto, sino también sobre sus familia o sistema de contención.

Así resultan decisivas las relaciones que el individuo estigmatizado tiene con las organizaciones formales a las que pertenece y con la comunidad informal. Estas relaciones señalan una marcada desigualdad entre aquellos que como miembros de un grupo minoritario se encuentran formando una comunidad bien organizada en la que

deben sentir orgullo de su enfermedad y no buscar mejoría y aquellos cuyas diferencias apenas los provee de un nuevo nosotros.

Todo ex enfermo mental enfrentará el hecho de tener que saludar socialmente, dando pie a que un tercero le pregunte: "¿Quién era ese?". Más importante aún, quizás, enfrentar su desconocimiento de lo que los demás conocen de él, o sea, encontrarse con personas que lo pueden identificar personalmente y que, sin que él lo sepa, están enteradas de que él es verdaderamente un ex enfermo mental (Goffman, 2003, p. 84).

Siempre va a ser un "ex enfermo mental", pero es más que eso, el etiquetamiento social que encasilla, limita y no permite ver más allá de la potencialidad del sujeto que es, que existe por muchas otras concepciones que trascienden la denominación de enfermo o ex enfermo mental. En este sentido, es importante el funcionamiento del sujeto en relación a las conductas manifiestas orientadas a ocultar o a mostrar sus propios signos estigmatizantes. Pero esta debe ser una decisión autónoma del sujeto, sin responder a la necesidad estigmatizante del grupo al que pertenece.

6.1.2. LA ENFERMEDAD MENTAL Y SU SITUACIÓN SOCIAL

Pinel (citado por Kraft, 2001) instituyó un sistema moral muy ligado a la nueva clase dominante como el poder absoluto dentro del hospicio, y por lo tanto definió un marco para la sociedad en su conjunto. El peligro de la locura llegó en aquel momento de las clases más bajas, quienes no anhelaban someterse a ese marco. Los guardias de seguridad participaban constantemente en el juicio a los locos, efectuando el castigo para cualquier tipo de transgresión. El modelo de juicio y castigo debía repetirse hasta ser sólidamente internalizado por el paciente.

En relación a lo planteado por Tuke y Pinel, Goffman menciona que se puede observar en la *institución total* la desculturización, el desentrenamiento que incapacita al paciente para la vida diaria, existen variadas reglas, tales como regimentación y sistema autoritario de tipo jerárquico, siendo la última sobre la que enfatizó notando que cualquier miembro del equipo de personal puede disciplinar a cualquier miembro del grupo de enfermos (Goffman, 1994; Kraft, 2001).

En los primeros hospicios no había doctores, el doctor es un sabio legitimado y un hombre noble, y tanto Pinel como Tuke creyeron que era fundamental la presencia de una gran autoridad moral, y contratan doctores para sus hospicios. Así el doctor pasó a

ocupar el lugar del padre. Para los pacientes el poder del doctor era mágico, incluso cuando los doctores decían que era científico (Kraft, 2001). Lo central era la relación paciente-doctor, desde allí solamente es desde donde puede ser comprendida la enfermedad, sólo allí puede ser efectuada la cura. En esta misma línea, Freud a lo largo de su desarrollo teórico (principalmente en obras tales como *Tótem y Tabú* de 1913) postula que sobre el doctor se transfería de modo inconsciente la representación de una figura paterna a la que en ocasiones se asociaba con sabiduría y autoridad.

Por su parte, en “*Vigilar y Castigar*” de Foucault (2014) se encuentra la postulación de que diversas instituciones, entre las cuales se encuentran los manicomios, se da con ímpetu el uso institucionalizado de un concepto de normalidad utilizado como técnica. Los internos, en los pabellones de los manicomios actuales, pueden desplazarse sólo si demuestran una conducta sana, buena y apropiada, la cual es definida por las autoridades de la institución.

Goffman (1994) plantea que, en estos contextos altamente controlados y normatizados, el sujeto padece desconexiones sociales, que le generan un sentimiento de inutilidad; para lograr disminuir las agresiones contra el propio yo que esto genera, el autor propone darles gran valor a las actividades de distracción. Sin embargo, si los sujetos no muestran “conductas normalizadas” la posibilidad de acceder a las actividades recreativas se ve limitada.

Esta normatización y control ejercido sobre la conducta dentro de la institución, tiene un impacto directo sobre la conducta al momento de la externación. Particularmente, Goffman (1994) hace referencia a dos factores ansiógenos en esta etapa, el primer factor se asocia a que el sujeto se ve en la necesidad de reasumir la responsabilidad sobre sí mismo y su realidad, y el segundo factor es la incapacidad de desculturizar o desaprender los hábitos y conductas demandados en la institución, pero que no necesariamente son funcionales a la sociedad.

El usuario sufre, en este sentido, una alteración de su rol social debido a la hospitalización, ya que al ser internados en hospitales psiquiátricos los sujetos se rodean de personas con una realidad similar, circunstancias provocadas por el distanciamiento de la sociedad y no, específicamente, por la enfermedad mental. Para Goffman (1994) influye de manera significativa en el sujeto el medio interpersonal en el que se encuentra, afectando la forma en que la persona va a poder insertarse en otros contextos.

6.2. PSICOSIS

El término *psicosis* es empleado tanto por la psiquiatría como por el psicoanálisis para describir a las enfermedades mentales capaces de originar una pérdida del control de su conducta y una desconexión del sentido de la realidad. La psiquiatría distingue entre las *psicosis orgánicas*, debidas a enfermedades orgánicas demostrables, como la demencia y el delirium, y las *psicosis tóxicas* o trastornos mentales inducidos por alguna sustancia. Las tres psicosis funcionales, sin causa orgánica aparente, que reconocen ambas especialidades son la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva y la paranoia (Novella y Huertas, 2010). Desde el posicionamiento de Freud se considera a la psicosis como un trastorno narcisista intratable, debido a la imposibilidad de establecer la transferencia.

En la actualidad se las denomina episodio psicótico al conjunto de síntomas (delirios y alucinaciones) que se pueden dar en enfermedades médicas o psiquiátricas; las mismas conllevan a una distorsión de la realidad, tanto en los pensamientos, los delirios como en lo perceptivo, las alucinaciones.

El manual CIE 10 define a los trastornos psicóticos como el conjunto de perturbaciones que se caracterizan por tener un comienzo agudo de la sintomatología psicótica, compuesta de ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepción, y por una grave perturbación del comportamiento cotidiano. Para estos trastornos no existen pruebas de causas orgánicas. Se los clasifica en; trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia, trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia, trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, otros trastornos psicóticos agudos y transitorios y trastornos psicóticos agudos y transitorios sin especificación.

El manual de clasificación diagnóstica DSM V (2013) por su parte, define a las psicosis desde una concepción más restrictiva, se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, estas mismas se presentan en ausencia de conciencia de la patología a la que representan. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.

Entonces, en el presente trabajo se entiende como psicosis aquellas patologías que implican una desconexión de la realidad externa, y que es acompañado por sintomatología como los delirios y alucinaciones. Este tipo de patologías, que poseen diferentes formas de manifestarse, suponen en algunos casos la internación psiquiátrica del sujeto padeciente, para garantizar tanto su bienestar como el del contexto, y posteriormente se deberá abordar el proceso de reinserción social.

6.3. EL PROCESO DE INTERNACIÓN Y EXTERNACIÓN: DEL MANICOMIO A LAS CMC

6.3.1. COEXISTENCIA ENTRE EL MODELO MANICOMIAL Y LA DESMANICOMIALIZACIÓN

Con las innovaciones del poder disciplinario se da lugar a creaciones arquitectónicas, aquí aparece “El Panóptico de Bentham”, el cual es descrito como:

[...] una construcción en forma de anillo; en el centro, una torre con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa todo el ancho de la construcción. Tienen dos ventanas, una hacia el interior, correspondiente a las ventanas de la torre, y otra hacia el exterior, que permite que la luz atraviese la celda de lado a lado. Basta entonces situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero, o un escolar. (Foucault, 2014, p. 232).

La idea del panoptismo es que todas las personas están encerradas en un pequeño cuarto, donde a toda hora puedan ser observadas por solo una persona que esté ubicada en la torre central. Todo el perímetro estaría iluminado de manera tal para que cada persona pueda ser correctamente vista por el observador en la torre, pero que cada interno no pueda ver al observador ni al resto de los internos. El mismo modelo fue para fábricas, escuelas, cuarteles, hospitales, manicomios y cárceles.

El panoptismo es un dispositivo de poder y de control, que toma como observable al panóptico pero que supone mucho más, el efecto mayor del panóptico es inducir en el alienado una vigilancia permanente y sin cesar aunque el vigilante esté

presente o ausente, causando así una sensación de autocontrol por parte de este, y de acuerdo a Foucault "garantizando así el funcionamiento automático del poder, haciendo que la vigilancia sea permanente en sus efectos aunque sea discontinua en sus acción".(2014, p.233)

Como ya se mencionó previamente, todo aquello diferente, y particularmente la locura, fue paulatinamente excluido de la sociedad. Esta exclusión no fue aleatoria, sino que implicó que las personas excluidas fueran controladas, bien para controlar la locura o bien para evitar su fuga. Esta mirada que se toma en los hospitales, y que Foucault (2014) denomina como panóptico, es lo que permite establecer un control permanente sobre los excluidos, sobre los locos, sobre la locura.

Esta forma de abordaje responde claramente al paradigma clásico de la psiquiatría, o paradigma custodial, que considera al padecimiento mental como algo exclusivo de la persona sufriente, además de plantear que debe tratarse de forma individual, como si el ambiente socio-cultural no tuviera injerencia en la misma. Además, éste considera que la mejor, e incluso hasta la única, forma de tratamiento es mediante la medicalización y el encierro de los mismos. Este paradigma posee un gran anclaje en lo referente a las nociones de la psiquiatría clásica y el modelo anátomo-clínico proveniente de la medicina moderna. Este modelo fue prevalente en Europa durante el siglo XIX y el siglo XX. Y en Argentina desde el nacimiento de la especialidad psiquiátrica, a fines del siglo XIX (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987).

Este modelo manicomial se ha visto interpelado por nuevas posturas, y en la actualidad, casi medio siglo después de los planteos de Foucault, se comenzó a conversar de manera social la necesaria integración de estos excluidos a la sociedad, poniendo en discusión el modelo de desmanicomialización, como se verá a continuación.

Con el advenimiento de la Ley Basaglia en Italia (década del '80), comenzó un movimiento de desmanicomialización que buscaba la liberación y posterior reinserción de todos los sujetos que poseían algún padecimiento mental, tanto en la familia como en la comunidad en general. Es en este momento cuando se comienza a considerar al sujeto de manera integral, entendiéndolo como un ser biológico, psicológico e incluso social; y fue justamente esta mirada integralista la que permitió también entender que, más allá del padecimiento mental, estos sujetos poseían fortalezas y capacidades que deberían ser

consideradas, e incluso entrenadas, dando origen a una nueva metodología de tratamiento (Carpintero, 2011).

Con la aparición de la Ley Basaglia, en Italia y en relación al Nuevo Paradigma de Salud Mental, se comienza a tener una visión más abarcadora del individuo, en lo que respecta a una concepción integral que toma en cuenta tanto una concepción biológica como psicológica e incluso social.

Galende (1983) postula como se contempla la nueva concepción del padecimiento psíquico y su tratamiento, y las transformaciones que deberían sufrir las prácticas profesionales médicas a riesgo de quedar marginadas o excluidas. Respecto a ello expresó que se presenciaron al menos a dos series visibles de hechos, por un lado, la enfermedad mental es progresivamente des-medicalizada en su técnica y concepción social, y puesta en relación con los hechos del lenguaje y la vida social; y, por otro lado, lo que respecta a los psicólogos y psiquiatras, elevan su autocrítica y crean nuevas prácticas terapéuticas cuyos fundamentos ya no provienen de la medicina.

A esto, Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), quienes hablan sobre la experiencia italiana de desinstitucionalización psiquiátrica, plantearon que previo a este movimiento el sistema de Salud Mental funcionaba como un circuito espiralado, es decir, un mecanismo que alimenta los problemas y los hace crónicos. En este contexto, con la desmanicomialización, se origina este nuevo paradigma en la Italia de los '80, el cual se fue expandiendo hasta llegar incluso a Argentina, donde se desarrolló con características locales.

Muchos esfuerzos se han hecho en Argentina para focalizar y cambiar la atención de los pacientes aquejados del sufrimiento mental, desde la liga de Higiene Mental de los años 20 y 30, los servicios de psicopatología en hospitales generales a partir de 1956 con la creación de la Comisión Asesora en Salud mental, hasta innumerables experiencias de comunidades terapéuticas, hospitales de día, equipos comunitarios, etc. (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987).

Como ya previamente se mencionó, la sociedad históricamente ha convivido con un concepto de manicomialización donde pareciera que no hay lugar para la locura, todo aquello que es considerado diferente, extraño, o simplemente no responde a los cánones de normalidad impuestos no tiene lugar en la sociedad, ya que no puede ser categorizado. Sin embargo, desde hace un poco más de una década, en 2010, se hizo

visible mediante una Ley Nacional, una nueva postura, que todavía la sociedad se encuentra en proceso de adquirir, qué es el modelo de desmanicomialización.

La compleja realidad que los procesos de desmanicomialización traen consigo la dificultad que conlleva el poder darle lugar y escuchar la voz del “loco”, dado que, por años, la misma estuvo completamente silenciada. Este proceso sufrió diversas limitaciones, principalmente generadas por los golpes de Estado que interrumpieron estas experiencias superadoras, aunque en varias décadas de gobiernos institucionales democráticos poco se ha modificado ni se ha continuado con las transformaciones intentadas en el sistema de salud mental.

Esta situación y desatención de la salud mental, se trata de un grave problema de políticas de salud e intervención del Estado que permitan establecer cambios adecuados, duraderos y como efecto de ello. En este sentido, en el año 2010 se ha llegado a la promulgación de las nuevas Leyes de Salud Mental: Ley Nacional N° 26.657 y la Ley Provincial de Córdoba N° 9848, las cuales representan avances importantísimos en materia de salud mental.

Ambas toman en consideración a las personas con padecimiento mental como sujetos de Derechos, a la vez que promueven aspectos como la transformación de los hospitales monovalentes, en centros que velen por los Derechos y la Salud Integral de los usuarios del Sistema de Salud Mental, planteando, en líneas generales que estas personas deben recibir la atención correspondiente en hospitales generales, no debiendo ser discriminados bajo ningún punto de vista, a la vez que su abordaje debe ser planteado desde una perspectiva interdisciplinaria y dándole lugar a la voz propia de los mismos.

Reflexionando sobre el texto de Galende (1983), se considera que toda crisis viene acompañada de cambios, como es el caso de la crisis en los modos de atención médica, donde el discurso del mismo reflejaba una carencia, la persona con sufrimiento mental estaba muy alejada de la parte humana desde la visión de la medicina, el autor hace una comparación entre la categoría del criminal y la de la locura; esta carencia se intentó modificar con una propuesta que consistió en formar a los profesionales médicos en psicología, lo que adoptó el nombre de psicología médica.

El rol propio de los psicólogos también se encuentra afectado y su consecuente ejercicio profesional, debiendo trabajar más allá de la mera clínica de consultorio, tan

arraigada en nuestro país, para tener un rol más activo a nivel social, como ya planteaba Bleger (1967, citado por Galente, 1983) en su momento. Este establecía que los psicólogos debían ser agentes de cambio social y con ello era necesario que se incluyan dentro de tareas tanto comunitarias como preventivas.

Con esto plantea que algunas de las bases fundamentales del pensamiento y las propuestas del autor en cuestión, en materia de prevención, como así también su análisis y diseño de la profesión del psicólogo, incluyen dimensiones como la necesidad del trabajo interdisciplinario, la función social del psicólogo y la trascendencia social para intervenir, la necesidad de actuar desde la prevención y no meramente luego de la instalación del padecimiento mental, la importancia de promoción de un mayor equilibrio, de un mejor nivel de salud popular, por lo que remarca la necesidad de que la prevención se traslade de la enfermedad a la salud, y así también a la atención de la vida cotidiana de las personas.

Galente (1983) considera que se debe promover el bienestar y no simplemente la curación, ello apunta al tener que dirigirse a las condiciones de vida en vez de crear instituciones donde se atiende pura y exclusivamente a los sujetos con padecimiento mental como pasa actualmente. Si las instituciones que albergan a los sujetos con padecimiento mental pudieran trabajar sobre las condiciones de vida, más allá de la salud mental puntual, implicaría que los psicólogos deberán conocer mucho más la psicología de las situaciones y también de la vida cotidiana, y ya no solo limitarse a los padecimientos psíquicos, ya no se debería trabajar solamente desde los aspectos enfermos, sino realizar un abordaje desde los aspectos sanos del sujeto.

Desde sus orígenes, la psiquiatría está destinada a ocuparse de un objeto: la enfermedad mental, que en la realidad, es con frecuencia “ininteligible” y a menudo incurable (Rotelli, 2008). Al final de la cadena causal, la enfermedad mental permanece ampliamente indeterminada e indefinida; y aún, la cronicidad continúa siendo el objeto por excelencia, el signo más vistoso de la impotencia de la psiquiatría para conseguir la solución-curación.

Rotelli (2008) plantea que es preciso desinstitucionalizar para de este modo poder retomar contacto con la existencia de los pacientes, en tanto existencia enferma, y este proceso se volvería, entonces, una reconstrucción de la complejidad del objeto. El autor sostiene y postula que el mal de la psiquiatría está en haber separado la enfermedad de la existencia global de los pacientes, del cuerpo o tejido de la sociedad.

Sobre esta separación artificial se ha construido un conjunto de aparatos científicos, legislativos y administrativos, todos ellos haciendo referencia a la enfermedad.

Las estructuras y los modos de trabajar en los que se concreta el nuevo sistema de Salud Mental no surgen del exterior, como un añadido colateral al manicomio, sino del reciclaje, de la reconversión y transformación progresiva de las disponibilidades económicas, del personal, de las competencias, de las habitaciones, etc. Cutuli (2005, s/p) en su documental sobre Comunidad de Locos, plantea que: “para poder desmanicomializar hay que estar adentro, y desde adentro hacerlo y hay que tener un afuera que pueda tener al paciente que uno va sacando y al mismo tiempo que impida entrar a nuevos pacientes [...]”. En este sentido, la autora, claramente habla de la necesidad de reformar tanto el adentro de la institución como el afuera social, donde las instituciones y la sociedad puedan integrar y albergar a aquellas personas que van siendo externadas.

Sin embargo, sigue existiendo en la sociedad un fuerte peso del paradigma clásico, lo cual dificulta el pleno ejercicio de los nuevos lineamientos de la Salud Mental, y que es lo que Cutuli (2005) plantea como necesario de reformar. Ambos paradigmas coexisten y ello puede llevar a luchas de poderes que generan conflictos a la hora del ejercicio profesional de todos los miembros participantes del Sistema de Salud. Carpintero (2011), por su parte, retoma a Basaglia, y plantea que el problema de la institucionalización y la opresión tiene que ver con la estructura social en su totalidad y no solo con el enfermo mental o el manicomio. La fábrica, la cárcel, la universidad y la escuela son tan alienantes como el manicomio, y es la lógica de la estructura social en la cual vivimos.

En este mismo sentido, Cutuli (2005), sostiene que existe un porcentaje de la sociedad que se encuentran en situación de internación debido a que se encuentra bajo la línea de la pobreza, y no por su salud mental, valiéndose de las instituciones psiquiátricas como un albergue, un lugar en el cual poder vivir, aunque esto conlleve estar bajo una vigilancia permanente, como el modelo de dispositivo de poder y control que normaliza y disciplina al que Foucault (2014) denomina como el panóptico.

A esto, Carpintero (2011), agrega su interpretación de la sociedad, y plantea que justamente esta última es la que genera la alienación, ya que las instituciones y empresas, como en los diferentes ámbitos: laboral, social, educativo y sanitario, termina alienando a la persona, desde el trabajo o desde la locura.

Entiende así, que ya han pasado más de cien años de la creación del dispositivo manicomial en Argentina, y sigue vigente como modelo custodial de aquellas personas que padecen algún tipo de desorden psíquico. También denuncia las muchas organizaciones médicas que se oponen a cualquier proyecto de transformación, porque el poder en el campo de la salud mental se encuentra en una alianza entre algunos sectores del Estado, los grandes laboratorios, las instituciones de medicina privada, los intereses de las obras sociales y las asociaciones psiquiátricas.

En este sentido los locos se han vuelto funcionales a un sistema económico y de poder, entre instituciones, políticos y mandatarios, que utilizan la locura como forma de facturación. Este sistema que denuncia Carpintero (2011), dificulta claramente cualquier cambio que vaya en contra de los intereses económicos y políticos. Sin embargo, con el desarrollo de marcos legales innovadores y actualizados, y la promulgación de las Leyes de Salud Mental vigentes en el territorio argentino, se intenta que esto se vaya modificando, considerando las diferentes aristas que afectan a dicha problemática en su complejidad para posteriormente intervenir desde esta posición.

Este nuevo marco legislativo broga porque la salud mental y el sufrimiento del padeciente estén a cargo de una mirada interdisciplinaria conformada por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, etc., donde cada uno desde una óptica diferente de la situación pueda hacer su aporte y que entre las diferentes disciplinas se pueda lograr la apoyatura necesaria para brindarle una mejor calidad de vida a las personas que poseen alguna enfermedad mental. El cuadro ideal sería uno donde estén incluidas también una familia y una comunidad receptiva a este tipo de problemáticas. Cutuli (2005, s/p), señala que en ese momento “con más del 30% de la población bajo la línea de pobreza, queda claro, como ya quedaba en aquella época, que más de la mitad de los internados en hospitales psiquiátricos están más por pobre que por locos”.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 vela por los derechos de las personas con padecimiento mental, sin embargo dichos sujetos deben recibir la atención conveniente en hospitales sin atribuirles ningún tipo de discriminación, que no limiten sus derechos y libertades ya sea desde la propia libertad de expresión. La atención correspondiente debe darse desde el equipo interdisciplinario, para que el abordaje sea lo más completo posible.

Rotelli (2008) define al paciente como un ciudadano de pleno derecho luego de haber sido desinstitucionalizado, en donde se ha dado por un cambio progresivo del

status jurídico del paciente que en un primer momento era forzoso, a paciente voluntario, para pasar a ser como un huésped después de la eliminación de los diversos tipos de tutela jurídica y finalmente el restablecimiento de todos sus derechos civiles.

Este modelo basado en la desmanicomialización plantea a las instituciones como a la sociedad a cambiar, cuasi radicalmente, el concepto de loco y de locura, donde a estas personas excluidas y separadas se les debe restituir sus derechos civiles, dándole la posibilidad de una participación plena en la comunidad a la que pertenece. En coherencia con lo anterior, Rotelli, Kazi (2008) definen al manicomio como un dispositivo específico del control social y plantea que si bien hay que abolir todos los manicomios, se debería construir colectivamente algo que los sustituya, y es necesario comprender que estos nacen, se desarrollan, se vuelven más sofisticados y se reactualizan para ser funcionales a los procesos en la sociedad en la que vivimos.

Entonces este repensar a la locura, también implicaría hacerlo con las instituciones que contienen a estas personas, a los sistemas de ingreso, mantenimiento y egreso, a sus criterios de diagnóstico. El trabajo al cual se enfrenta esta sociedad no solo es el de cambiar sus creencias sobre la locura, sino también cambiar todo aquello que de una u otra forma entra en contacto directo con la locura y la interviene.

Por su parte, Olivera (2009) propone orientar las acciones para la transformación de las instituciones de salud mental, y plantea que el verdadero y único compromiso se encuentra de lado de la desmanicomialización y no de la deshospitalización, dando lugar a la pregunta ¿hacia dónde van aquellas personas cuando ya no existan los manicomios? Y aquí es donde se remarca que nuestro compromiso es con la desmanicomialización y no la deshospitalización. Se debería prestar mayor atención a las necesidades de las personas con sufrimiento mental y no “cosificar” a las mismas, no tratar como cosas a las personas, ni como personas a las cosas. Reconocer al otro portador de sufrimiento psíquico como semejante y sujeto de derecho.

Pensar en el proceso de desmanicomialización sería una utopía si no hay un equipo interdisciplinario de salud mental (conformado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros), por un lado; y una red de contención por parte de la familia y la sociedad, que ofician de soporte. Ambos son imprescindibles frente a estos cambios de paradigma donde el lugar que ocupa la persona con padecimiento mental es el de un sujeto de derecho. Esta interdisciplina es un “saber hacer”, cada uno con su especificidad formando un equipo de trabajo para garantizar al sufriente la posibilidad

de que su estado sea menos doloroso e intentar una mejor calidad de vida. El poder identificarse con ese otro que sufre es el primer punto de partida para saber cómo actuar. La empatía es fundamental, pero un marco legal adecuado y con una asignación presupuestaria acorde se tornan esenciales para alcanzar este objetivo, de lo contrario, las leyes analizadas supra devienen en una mera declaración de deseo.

Como se ha podido observar a lo largo de lo expuesto previamente, el cambio en el paradigma de salud mental está impactando en el Estado, desde donde se ha establecido un nuevo marco legislativo que apoya y favorece el abordaje de la salud mental, ya no desde la exclusión, sino desde espacios integrativos e interdisciplinarios. En coherencia con esto, uno de los procesos que más importancia ha ganado es el desmanicomialización y los procesos de reinserción social, todo lo cual se desarrolla a continuación.

6.3.2. LOS PROCESOS DE DESMANICOMIALIZACIÓN

6.3.2.1. PROCESO TERAPÉUTICO

El proceso terapéutico se puede definir desde el campo de la intervención psicosocial como un procedimiento compuesto de 4 ejes indispensables para favorecer la rehabilitación psicosocial del usuario del servicio de salud mental y de esta manera lograr garantizar mejoras en la calidad de vida. Los ejes se conforman de la siguiente manera:

- Asistencia al centro de rehabilitación psicosocial y su participación activa en las actividades y talleres propuestos por el mismo.
- Tratamiento psicológico individualizado, independientemente al que se realiza en un centro de día.
- Tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico adecuado a la patología del sujeto.
- Atención psicosocial y social que agrupa distintos elementos o componentes:
 - Rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la integración comunitaria, atención residencial pensando en distintas alternativas residenciales comunitarias,

- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción y mantenimiento en el mundo del trabajo o educación según el usuario lo requiera,
- Por último, apoyo social, asesoramiento y psicoeducación familiar.

Los ámbitos de intervención en el campo de rehabilitación psicosocial son:

- Mejora del funcionamiento psicosocial (entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades) y apoyo a la integración social. Se trabaja sobre: autocuidado, psicomotricidad, actividades de la vida diaria, psicoeducación, autocontrol y manejo del estrés, habilidades sociales, déficits cognitivos, ocio y tiempo libre, Orientación y rehabilitación laboral, Actividades de apoyo y soporte social (sociales, ocupacionales, culturales, etc.), Integración comunitaria (uso de recursos sociocomunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc.), apoyo a la integración social y soporte comunitario y Seguimiento en la comunidad.
- Apoyo, asesoramiento e intervención psicosocial con familias. Apoyo y asesoramiento específico con cada familia y/o Programas grupales estructurados de psicoeducación e intervención psicosocial: Psicoeducación, formación en habilidades de comunicación y manejo de la convivencia, entrenamiento en estrategias prácticas de resolución de problemas, promoción y apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones.
- Intervenciones en el medio social de apoyo y soporte comunitario. Coordinación con recursos sociocomunitarios, Promoción y apoyo al desarrollo de redes sociales de apoyo, Desarrollo y coordinación de servicios y programas de apoyo: Atención y Tratamiento, Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social, Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción laboral, Atención residencial comunitaria y Programas de seguimiento “case management” (apoyo, coordinación y seguimiento comunitario individualizado).
- Articulando con lo anteriormente mencionado, se puede concluir que

(...) la intervención en rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad; y por otro lado, actuaciones sobre el ambiente que incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (González Cases y Rodríguez González; 2002: 268)

6.3.2.2. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Según el diccionario, rehabilitar es restituir a una persona o cosa a su estado anterior, o bien podría definirse a la rehabilitación como el conjunto de métodos destinados a recuperar una actividad o función perdida como consecuencia de un tratamiento o enfermedades.

En las últimas décadas, la rehabilitación psicosocial es un campo de intervención que ha tenido un fuerte desarrollo, se ha situado como un elemento fundamental y central en la organización de un sistema de atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica.

La rehabilitación de un sujeto, dentro del campo de la intervención psicosocial, no hace referencia solo a la mejora de habilidades y capacidades en el desenvolvimiento social, también hace referencia a la red de apoyos o condiciones propicias para que un sujeto pueda sostener un nivel de funcionamiento determinado. De esta manera, se podría decir que el rehabilitar incluye tanto la mejora, el sostenimiento y evitación de distintas situaciones durante el mayor lapso de tiempo posible, con el objetivo de una mejor calidad de vida del usuario de salud mental.

El individuo es el propietario y protagonista de su propio proceso rehabilitador, actuando el terapeuta como un mero facilitador, monitor, modulador o soporte del usuario en su proceso, por lo que la rehabilitación se hace con los usuarios y no sobre ellos, es la persona la que se rehabilita y no el profesional quien la rehabilita.

“La rehabilitación tiene que ver, por lo tanto, con asistir a la persona que padece una enfermedad mental severa a superar o subsanar las dificultades psicosociales que sufren y promover y asistirlos en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y plausible, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles sociales como así también en las demandas que conlleva el vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios”. (Imsero; 2008)

Para concluir, la rehabilitación psicosocial se entiende como un proceso que tiene como objetivo global asistir y apoyar a las personas con trastornos mentales severos para que puedan reinsertarse en la comunidad y mejorar su calidad de vida y su funcionamiento psicosocial, de esta manera se busca que los usuarios puedan permanecer en su entorno social y familiar dentro de condiciones normalizadas y autónomas.

En este proceso de rehabilitación psicosocial, existen diversos métodos, técnicas y herramientas que permiten lograr que los sujetos con padecimientos mentales severos y/o crónicos logren una vida comunitaria. En el presente trabajo, se hará foco principalmente en el desarrollo de Casa de Medio Camino.

6.3.2.3. “CASAS DE MEDIO CAMINO”: UN DISPOSITIVO EN EL PROCESO DE DESMANICOMIALIZACIÓN

Tanto en la Ley Nacional como Provincial de Salud Mental, como se verá en el presente apartado, se propone como lugar destacado para aquellos pacientes con algún padecimiento psíquico en condiciones de tratamiento ambulatorio, las “Casas de Medio Camino”. Se describen como un dispositivo intermedio entre el tratamiento dentro del hospital y la sociedad, y para aquellos que, gozando de la condición de alta, no tienen un grupo familiar que los recepta.

Este dispositivo funciona como un lugar de recepción y re-vinculación, y siguiendo el planteamiento de Deleuze (1990), implica líneas que van de un punto a otro y van formando tramas, una red de saber, de poder y subjetividad, una red que se forma entre discurso, cosa y sujeto.

Para Foucault (2014) los dispositivos formarían a los sujetos inscribiendo en sus cuerpos un modo, una forma de ser, pero no implica cualquier modo de ser, lo que inscriben en el cuerpo son un conjunto de saberes, instituciones, praxis, que tiene por objetivo administrar, controlar, orientar, gobernar y dar un sentido que sería útil a los gestos, pensamientos y comportamiento de los individuos.

Un dispositivo sería entonces, una relación entre los distintos elementos o componentes institucionales y también incluirían los discursos, decisiones

reglamentarias, leyes, instalaciones arquitectónicas, enunciados científicos, filosóficos, morales, medidas administrativas que circulan dentro de la relación. Foucault postula que “el dispositivo mismo es la red que se establece dentro de estos elementos” (Citado por Garcia Fanlo, 2011, p.1).

Ante esto, es importante pensar a las Casas de Medio Camino como aquellas que le permitirán a los sujetos, mediante el desarrollo de diferentes herramientas y acciones, incluirse en la sociedad de la que fueron alguna vez excluidos. La implementación de este dispositivo, las Casas de Medio Camino, consiste en reforzar los lazos y vínculos familiares, laborales, etc. además de la promoción de una mayor autonomía e inclusión del sujeto social.

Se entiende a las Casas de Medio Camino como aquellas que, tienen como objetivo dar respuesta a las necesidades de las personas que se encuentran en proceso de externación de instituciones monovalentes de salud mental o en hospitales generales, favoreciendo la integración social y rehabilitación, con el propósito de lograr que puedan desenvolverse en la sociedad de forma autogestiva, participativa y autónoma mediante un proyecto de vida social en un periodo determinado de tiempo que suele oscilar entre los seis y doce meses.

Las mismas incluirían en su programa a personas que padecen una problemática bio-psico-social desestructurante y que han pasado por reiteradas o prolongadas internaciones. Como indican Ivanov y Milcher (2008), quien plantea que la inclusión social es, conceptualmente, un desarrollo nuevo. Según los autores, es un proceso que permite que aquellas personas que se encuentren en riesgo de exclusión social puedan contar con las oportunidades, recursos y posibilidades de participar en la vida social, económica, cultural de la cual son miembros, alcanzando un mayor grado de bienestar.

De acuerdo a la RAE (2020) es necesario entender que el concepto de inclusión es un concepto relativo, donde la exclusión puede ser juzgada solamente comparando las circunstancias de algunas personas (o grupos o comunidades) con otras, en un determinado lugar y en un determinado momento; por otro lado, como un concepto normativo, que pone énfasis en el derecho de las personas de tener una vida en comunidad.

A lo anterior, la OMS (2014) entiende a la inclusión como el enfoque que beneficia y responde de forma positiva y sin prejuicio frente a la diversidad de las

personas, sin etiquetar ni excluir. Proporciona un acceso equitativo, dándole valor al aporte de cada persona y siendo las diferencias personales y la diversidad una oportunidad de enriquecimiento.

Por otro lado, se entiende por exclusión como toda aquella situación en la que una persona o un grupo de ella (con cierta homogeneidad) es apartada total o parcialmente del proceso de socialización, en tanto no cumple con los estándares normativos (legales y sociales) de la comunidad, ya sea por motivos religiosos, penales, sexuales, étnicos, socioeconómicos, patológicos y/o de otra índole. La exclusión en sentido estricto opera por la ausencia total o parcial de las facultades mentales sumada a la falta de la contención de un ambiente familiar receptivo (OMS, 2014)

Se entienden los conceptos de inclusión y exclusión, su relatividad como también la necesidad de comparar las diferentes poblaciones y/o grupos, como un elemento que es importante llevar a los diferentes campos de la realidad que atraviesan los humanos. En el caso del campo de la locura, como ya se señaló previamente, la exclusión y separación ha sido histórica, por ende en este momento, donde se busca la inclusión (mediante mecanismos de desmanicomialización), es necesario pensar en dispositivos que permitan acompañar a las instituciones, a los sujetos, a los diferentes actores como etapas del proceso.

Esto implica que una vez dado de alta en los procesos de desmanicomialización no puede reinsertarse a la vida social y permanece prácticamente en situación de calle. En este lineamiento de ideas Ramos, Roldan, Schreber y Serafin (2011), parafraseando a Moffat (1974), aseguran que:

(...) quien está internado en un hospicio, además de los problemas cenestésicos y otros resolubles por la teoría de la comunicación y la teoría del Complejo de Edipo, tiene otro problema, otra enfermedad que es mucho más terrible, tiene “enfermo el destino”. Su vida, su única vida, su proyecto de destino, es estar encerrado en un manicomio. De lo que hay que curarlo es de esa vida, de la vida que le tocó en la repartija, la de pasársela en un manicomio (p. 120)

La salud mental es una problemática que ha estado presente en la historia de la humanidad, dando lugar a diferentes cambios en el abordaje de la misma. Desde el aislamiento, encierro y medicación, hasta la reinserción social y el abordaje de la salud mental desde el bienestar del sujeto. La evolución ha venido a la mano de avances a nivel mundial, y en Argentina la base la sentaron las leyes de salud mental desarrolladas desde 2010 en adelante.

En estas se busca desarrollar una mirada compasiva desde la perspectiva de derechos con los usuarios del sistema de salud mental, dando espacios a la posibilidad de desarrollar competencias que le permitan ser funcionales en una sociedad, que aunque todavía reacia, lentamente los va incluyendo. En este contexto, los procesos de desmanicomialización y los dispositivos utilizados para lograr la externación de estos sujetos, son elementos claves a analizar para seguir mejorando en la inserción de las personas, pero también en la mejora del sistema de salud mental, que poco a poco pierde su foco foucaultniano y va ganando miradas integrativas.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo se desarrolló en el contexto de las prácticas profesionales supervisadas (PPS), de la carrera Lic. En Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, en el periodo comprendido entre abril y noviembre del año 2014.

A lo largo del proyecto se pretende plasmar un análisis sobre el rol de las Casas de Medio Camino (CMC) en el proceso de recuperación de usuarios del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba (HNP). Para lograr esto, se realizó un abordaje utilizando diferentes instrumentos que permitieron recolectar la información necesaria.

En primera instancia se realizó una observación participante en las CMC de Córdoba, específicamente El Caleidoscopio, La Casa de Convivencia y La Casas de Medio Camino de Mujeres Provincial. Todas situadas en la ciudad de Córdoba Capital, y dedicadas a albergar a usuarios con diversos diagnósticos de enfermedad mental.

Para estas observaciones, primero se contactó a la dirección o personal responsable de cada CMC para acordar fecha y horario de la visita. Posteriormente, mediante una observación participante en compañía de un responsable, se realizó una visita a todas las instalaciones, consultando sobre las diferentes áreas, actividades, objetivos, etc. También se recolectó información documental de cada CMC, con el objetivo de realizar un análisis de los mismos.

Por otro lado, se llevaron a cabo entrevistas con los profesionales de salud mental, activos durante el año 2014 en las Guardias del HNP, que desarrollaban actividades de diagnóstico, internación y altas, y que desarrollaban los contactos con las diferentes CMC de la ciudad.

Finalmente, se realizó un relevamiento de los Cuadernos de Registro Diarios, utilizados durante el desarrollo de las diferentes actividades desarrolladas en el HNP, como guardias y talleres. De los mismos, se realizó un análisis documental, que se expone en el apartado de recuperación del proceso.

Una vez recolectados los datos, y teniendo en cuenta los objetivos planteados previamente, se ordenó la información con el fin de establecer un foco de abordaje específico por categorías de análisis. Se establecieron dos ejes, donde el primero contiene la recuperación del proceso vivido, sistematizando la información registrada en los registros de campo y cuadernos de registros diarios, y en el segundo eje, se plantea el análisis y síntesis, compuesto por tres categorías.

En la primera categoría se realiza una descripción de las CMC, con el objetivo de identificar las características de las mismas, similitudes, diferencias, y coherencia con lo planteado por el marco teórico; es esta primera instancia el planteo de los datos es de carácter descriptivo.

En la segunda categoría se aborda la vida de los usuarios en las CMC, con lo cual se sistematizaron los datos de observación realizados en las CMC, como las entrevistas realizadas a los profesionales que asisten a los sujetos que habitaban en las mismas. En este caso, el tratamiento de los datos implicó identificar y vincular los datos recabados con el marco teórico propuesto, mostrando una mirada crítica sobre los mismos.

Finalmente, en la tercera categoría se aborda a los profesionales, tanto del HNP como de las CMC, y su mirada sobre las CMC vigentes en Córdoba Capital al momento del relevamiento. En esta instancia del análisis se buscó realizar una vinculación con las categorías antes expuestas, como también con las referencias teóricas, buscando siempre plantear una mirada crítica.

Finalmente, a lo largo de toda la investigación con el objetivo de sostener los recados éticos y profesionales necesarios, se guardó confidencialidad sobre los datos de los profesionales, como sobre aquella información que permitiera su identificación, manteniendo en anonimato las fuentes. Antes de la toma de cada entrevista se planteó una carta informativa (VIII) y un consentimiento informado (IX), garantizando la participación voluntaria de cada uno de los profesionales.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En el año 2014, en contexto de la Práctica Profesional Supervisada, después de los diferentes procesos administrativos académicos, fui asignada en el contexto clínico al Hospital Neuropsiquiátrico Provincial para realizar las mismas.

Estas prácticas consistían en cumplimentar el total de 390 horas, de las cuales 250 se realizaron en terreno, ya sea mediante guardias que se desarrollaban en la recepción de los usuarios una vez por semana los días lunes de 14 a 19 horas, o mediante la participación activa en talleres de teatro y mural, los días martes de 18 a 20 hs y los días miércoles de 15 a 17 hs y 140 hs de supervisión.

Como se mencionó previamente, una vez por semana participaba de forma activa en la guardia, donde se recibía a usuarios que llegaban con diferentes necesidades. El trabajo en esta área se desarrollaba en equipo interdisciplinario, que contaba con 3 psiquiatras, 1 psicóloga, y 1 trabajadora social, también se encontraban estudiantes de medicina haciendo pasantías. Y la tarea consistía en establecer, como modo de participación prioritario, la observación no participante, y desde ese rol, la elaboración de registros.

A lo largo de las guardias, se realizaba la recepción de personas descompensadas, muchas de ellas estaban judicializadas, que era el recurso legal para poder realizar una evaluación psiquiátrica. Una vez que se daba ingreso a la guardia, se evaluaba el criterio de internación, en el caso de que no cumpliera con los mismos o bien no pudiera establecerse, se buscaban estrategias de abordaje. El objetivo siempre era lograr compensar al usuario y darle recursos que le permitieran aliviar el sufrimiento psíquico.

Durante las guardias se realizaban visitas a domicilios, hogares o geriátricos en los que se encontraban usuarios institucionalizados, las visitas eran para hacer un seguimiento de estas personas. Otras de las actividades que se realizaban durante la guardia era un recorrido por el internado y las salas de contención para ver cómo se encontraban los usuarios.

Como se mencionó previamente, también se realizaban actividades en talleres. Estos eran abiertos a la comunidad, sin embargo, en el taller de mural casi todos los

integrantes eran usuarios internados y externados del HNP, no así en el taller de teatro en donde asistían vecinos además de los usuarios.

Eran espacios recreativos en donde se encontraba un referente del área específica del taller y un referente psicólogo, se realizaban las actividades propuestas que se exponían a fin de año: una obra de teatro en el caso de un taller y las pinturas que se realizaron en las distintas paredes, por dentro y fuera de la institución. Estos talleres, principalmente el de mural, permitían generar espacios para compartir inquietudes, alegrías, angustias, emociones y pensamientos, que le permitían a todos los participantes desplegar distintos modos de expresión.

Durante los primeros encuentros de los talleres la ansiedad fue mayor que durante las guardias, en las guardias la tarea era de observadora no participante y sentía el respaldo de los profesionales, sin embargo, en los talleres la tarea era la de una usuaria más, pero con la mirada de una futura psicóloga.

Por otro lado, la participación en los talleres desde una postura simétrica con los otros asistentes, sean o no usuarios, y de “poner el cuerpo”, dio espacio a que se generaran situaciones de incomodidad que me obligaban como residente a sostener límites más propios del desarrollo profesional que el de un asistente al taller. Ejemplo de esto, es el caso de la segunda clase de teatro donde se generó un momento de incomodidad porque uno de los usuarios, de una contextura grande, me sostuvo en un saludo prolongado e inadecuado, lo cual me llevó a plantear al equipo de guardia como a la docente tutora un pedido de ayuda, para poder poner límites ante uno de los usuarios.

Esto me implicó uno de los principales aprendizajes de esta experiencia, ya que entendí que se actúa como en cualquier otra situación en donde sentís que están invadiendo tu espacio y no te agrada, que no es diferente porque sea un asistente. Una vez que adquirí algunos conocimientos, competencias y prácticas, fui conociendo el lugar y los usuarios, fue más sencillo y ya no tenía la inseguridad de actuar por miedo a equivocarme.

Otro de los aprendizajes importantes al estar en contacto con estos usuarios en el HNP fue la manera de decir, debido a que los usuarios toman las palabras literal, fue así cuando una tarde de septiembre, en la vereda del edificio pintando un mural, uno de los usuarios tenía toda su ropa puesta porque decía que le robaban, al verlo transpirar

mucho le dije: “ (G), sacate la ropa” y me voltee a seguir pintando, al ratito lo miro y estaba en paños menores, desde ese momento entendí la importancia de usar correctamente el lenguaje.

Este tipo de experiencias es la que me permitió hacer un insight sobre la importancia de la palabra y el lenguaje tan trabajada y estudiada durante la formación. Este tipo de hechos facilitaron la incorporación del conocimiento teórico, pasarlo por el cuerpo mediante la vivencia y relacionarlo directamente con la práctica profesional, entendiendo lo relevante que es la utilización del lenguaje tanto para los profesionales como para los usuarios.

Mis acercamientos al área clínica anteriormente habían sido en hospitales generales, y nunca había tenido contacto con usuarios del orden de la psicosis, eso fue lo que en un principio causaba tal inseguridad.

En general fue un proceso de mucho aprendizaje, y me dejó la sensación que las cosas que aprendí y viví en el HNP no las voy a volver a vivir, vi todo tipo de patologías mentales en sus momentos más agudos, y algunas he podido ver cómo se estabilizan gracias a los seguimientos; estuve presente ante los planteos de estrategias por parte de los profesionales en los casos más complicados y, sobre todo, pude desmitificar muchas ideas previas con las que comencé las PPS.

En una de las guardias, en el mes de Junio en la guardia del HNP se acerca un hombre de aproximadamente unos 60 años, de aspecto muy desmejorado pero de apariencia psiquiátricamente estable, refiriendo tener mucho frío y relatando que hacía varios días se encontraba durmiendo en la terminal de ómnibus. El señor había sido externado varias veces del HNP, pero concurría debido a que no tenía en donde vivir.

En ese momento comenzó mi inquietud sobre qué sucede con este tipo de usuarios externados que no tienen un hogar. Y empezó la investigación, el discurso de los profesionales respecto a esta situación de transición y de cambio en las modalidades de trabajo, es que no es tarea sencilla, plantean la dificultad de trabajar con una sola Casa de Medio Camino Provincial, la cual no logra cubrir las demandas ni de médicos ni de usuarios, debido a que tiene lugar para alojar a muy pocas personas. Exactamente puede albergar a 6 mujeres, consta de 2 habitaciones, 4 camas en una y 2 en la otra, y poseen un criterio de 6 meses para su egreso. Esta CMC oficia de “mini neurito”, de acuerdo a cómo los mismos profesionales la denomina, aunque no debería ser de esta

manera, ya que es un dispositivo que intenta promover la autonomía entre otras variables. Al respecto de este tema, en el análisis de datos posterior se realiza una profundización sobre el uso de esta denominación en relación a los usuarios y el sistema de salud.

En el presente trabajo se aborda y analiza 3 CMC: El Calidoscopio, que es privada, la Casa de Convivencia, que es autogestionada, y la Casas de Medio Camino Provincial de Mujeres.

La Casa de Medio Camino, como un hogar o residencia de tránsito para usuarios externados de instituciones psiquiátricas han sido creadas en el año 1986, con la finalidad de trabajar por un proyecto de vida, ser autoválidos y una adecuada reinserción social. Con la colaboración y bajo la supervisión de acompañantes psicoterapéuticos y profesionales de la salud mental durante un determinado lapso de tiempo no muy extenso.

Es significativo el papel que cumplen respecto de aquellos usuarios que traen consigo huellas profundas de la experiencia en las instituciones. Los usuarios institucionalizados necesitan adquirir las herramientas necesarias para poder tener la capacidad de una inserción social que no dé lugar a una futura exclusión debido a los antecedentes manicomiales.

Por lo general, la sociedad es un poco adversa con los usuarios que se reinsertan en la misma, deben enfrentarse con la discriminación de parte de la sociedad y el estigma de ser pacientes psiquiátricos. Debido a esta situación se tomó conciencia de que los usuarios necesitan de esta instancia intermedia en la cual puedan adquirir habilidades y potenciar las existentes, que se describe en detalle algunos de los recursos con los que se cuenta para ello en las entrevistas realizadas y en el contexto institucional. Las Casas de Medio Camino deberían ubicarse en un barrio, lejos de la institución manicomial, lo cual permite una rápida desvinculación de la institución y una mejor integración a la comunidad.

Para ingresar el programa Casa de Medio Camino se tiene en cuenta una serie de características del usuario como por ejemplo la edad del mismo, deterioro mental y físico, conciencia de enfermedad, condición laboral, deseo de salir de la institución, necesidad de tratamiento entre otras. Al usuario se le explica en qué consisten, las normas de convivencia y el modo de trabajar.

Cuando existe la posibilidad de vinculación se trabaja en el fortalecimiento de la relación del usuario con sus familiares. Una vez cumplido su ciclo en la casa, ésta siempre será un lugar de referencia válido para el usuario al que puede regresar a compartir sus experiencias.

"Acá aprenden a administrarse, a relacionarse, la gente que ha vivido acá se ha ido en pareja, se fueron enojados, volvieron, porque nosotros no tenemos límites "duros" y vemos el caso por caso." (Anexo N° 9.2.1.: Entrevista N° 2)

Ante las observaciones planteadas previamente, surgen interrogantes ¿A dónde van aquellos usuarios externados que no tienen un lugar donde residir? ¿Cuáles son las características y los procesos que vivencian los usuarios en estas CMC? ¿Cómo los profesionales las observan y que opinan al respecto?

8.2. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Tal como lo postula la Ley Nacional sobre Salud Mental en uno de su ítem, aquel usuario que al momento de la externación no cuente con los recursos necesarios para la misma serán albergados en establecimientos y es aquí donde adquieren protagonismo las Casas de Medio Camino.

En la provincia de Córdoba existen muy pocas casas habilitadas como tales para alojar a estos usuarios externados sin recursos para volver a su hogar o sin el mismo directamente, algunos de esos usuarios, según señalan en los relatos, se encuentran en las calles de nuestra ciudad porque no tienen un hogar, aquí en donde se ve la institucionalización de muchos de ellos, donde el único recurso pareciera ser residir en la institución psiquiátrica.

La ley de desmanicomialización plantea que estas personas deben ir a las Casas de Medio Camino, pero la realidad es que no hay suficientes de acuerdo a lo mencionado por los profesionales entrevistados, no todas son gratuitas ya que varias han sido abiertas por profesionales de la salud mental y deben sustentarse, tampoco es tarea sencilla obtener la habilitación de las mismas ya que tienen varios requisitos.

La ciudad cuenta con 3 Casas de Medio Camino, una que es provincial que tiene lugar para alojar a 6 mujeres, habilitada desde el Ministerio de Salud, la cual cuenta con un subsidio del Ministerio a lo que se refiere a alimentación una vez por semana y el resto lo sustentan las habitantes de la casa.

Por otro lado se encuentra la Casa de Convivencia, la cual es autogestionada con la pensión que recibe cada habitante, solo cuenta con la comida que se busca en el HNP todos los días, tiene lugar para alojar a 8 personas y es mixta sin límite de tiempo para el alojamiento a diferencia de la Provincial que solo asegura la permanencia 6 meses.

Por último, el Caleidoscopio, que tiene lugar para 13 personas, es una casa mixta, tiene la habilitación del Ministerio de Salud, con gestión privada por medio de las obras sociales, además de autogestionarse a través de talleres y oficios que se realizan para recaudar recursos económicos.

La ley propone lugares pero que en la realidad es muy difícil acceder a ellos ya sea porque no existen, como los lugares puestos por el Estado de forma gratuita, o

porque los usuarios no tienen obras sociales o recursos económicos para acceder a las Casas de Medio Camino privadas.

8.2.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CASA DE MEDIO CAMINO

Para poder realizar el relevamiento que se presenta a continuación de las Casas de Medio Camino en la ciudad de Córdoba, se realizaron visitas a las 3 instituciones mencionadas, donde se llevaron a cabo observaciones sobre la distribución edilicia y como de las dependencias y espacios e infraestructura. También se realizaron entrevistas informales no registradas a los profesionales que asistían a los usuarios en las CMC.

También, para completar la información final, se llevó a cabo un relevamiento de documentos digitales como impresos que brindaban información sobre las instituciones, tales como folletería, página web, calendario de trabajo, entre otros.

8.2.1.1. CALEIDOSCOPIO.

La misma se encuentra en la calle Luis de Azpeitia 2934 B° Alto Alberdi, de la ciudad de Córdoba Capital. Es una casa de dos pisos, con ladrillo a la vista y rejas negras, por dentro está decorada, con varios cuadros, algunas paredes de colores, muebles con sillones en el sector del living, un sector en donde se encuentra una parrilla y en el fondo de la casa hay un patio grande con césped y una pileta.

La casa se abrió en febrero del año 2013 y se le otorgó la habilitación del Ministerio de Salud en septiembre del mismo año, convirtiéndose así en la primera Casa de Medio Camino habilitada en la ciudad de Córdoba, cuenta con una capacidad para alojar hasta un máximo de trece usuarios, mayores de edad autoválidos de ambos sexos, estando o no bajo asistencia médica especializada y los residentes tienen tratamiento ambulatorio.

De acuerdo a la entrevista con los profesionales se observa lo siguiente:

“todos los que viven acá tiene tratamiento ambulatorio, tiene un psicólogo y un psiquiatra de referencia por fuera de la institución con los cuales desde el equipo del Caleidoscopio nos mantenemos en contacto, en comunicación constante para pensar estrategias, para pensar modos de trabajar. En la casa hay siempre un acompañante terapéutico, tenemos tres turnos y entre los

acompañantes, que son cinco actualmente y dos coordinadores, nos vamos turnando para cumplir las 24 hs los 7 días de la semana. El acompañante está como un referente, un responsable institucional, pero lo que se pretende es que entre los propios residentes se dividan las tareas relativas al mantenimiento de la casa, que tenga que ver con el orden, la limpieza, las compras. También tenemos una nutricionista que nos dio posibles menús que ellos van eligiendo para cocinar y van registrando lo que cocinan para que no se coma siempre lo mismo, dos días a la semana vamos a una feria, que eso ya lo hacen ellos solos, se dividen entre ellos las tareas. Cada 15 días van al supermercado y las compras más cercanas se hacen por el barrio.” (Anexo N° II.: Entrevista N° 1)

Como se puede observar la CMC El Calidoscopio cuenta con un equipo interdisciplinario que permite hacer un seguimiento de los usuarios desde la salud mental hasta la alimentación. A estos profesionales, se les suma el desarrollo de talleres y actividades que se realizan internamente, y los talleres u oficios que cada residente tiene es una actividad que se realiza por fuera de la casa, la misma no cuenta con un taller organizado con horarios fijos, fomentando de esta manera que las personas realicen sus actividades por fuera.

De acuerdo a la Entrevistada de la CMC El Calidoscopio (Anexo II), en esta se desarrollan dos reuniones semanales, un espacio en donde se reúnen todo y tratan los temas que refieren a la cotidianidad, convivencia, distribución de tareas, etc., por un lado, y por otro, un espacio en donde se tocan temas más enfocados a las cuestiones por fuera de la casa, empleos, oficios, emprendimientos, etc.

8.2.1.2. Casa de Convivencia.

La entrevistada de la Casa de Convivencia (Anexo IV), plantea que esta trabaja en el proceso de externación ya que:

“el director (del HNP) nos pidió que trabajemos en "acompañamiento de pacientes en externación" (...), entonces en el mes de diciembre del 2012, se contactaron con una señora que les dijo para alquilar la casa, y se alquiló esta casa, nosotras somos la titular y garante (La titular y la garante son la Dra y la Licenciada.)” (Anexo N° IV.: Entrevista N° 2)

La Casa de Convivencia se encuentra en el barrio San Vicente, calle Yapeyú 1.464 de la ciudad de Córdoba, funciona allí desde el mes de diciembre del año 2012. Cuenta con lugar para 8 personas y también es mixta. Una casa de dos pisos con aspecto antiguo, pero bien conservada, limpia y ordenada.

De lo antes mencionado, se puede rescatar que esta casa surge en el contexto de lo planteado por la Ley Provincial N° 9.848, Art. N° 27, donde se sostiene que las instituciones y servicios de salud mental deben transformarse, creando nuevas instancias y programas en salud mental, entre ellos las Casas de Medio Camino, que garanticen el cuidado y contención de los usuarios que han sido externados del sistema de salud. Esto queda expuesto en lo mencionado por la entrevistada de la Casa de Convivencia (Anexo IV), quien sostiene que esa institución surge como una forma de dar una respuesta efectiva a los usuarios, a los cuales les permite recibir una atención integral.

Siguiendo la entrevista (Anexo IV), esta es una casa autogestionada por los residentes, el alquiler se paga con la pensión que cobran estos, y la comida se retira del HNP casi todos los días de la semana. Otro de los ingresos se da por medio del alquiler del garaje de la casa, es un espacio al que no le daban utilidad y fue alquilado por unos vecinos. Los residentes de la Casa de Convivencia tienen varias actividades por fuera de esta, como lo son huerta, guitarra, repostería, cortan el pasto y se dedican a la venta ambulante.

8.2.1.3. Casa de Medio Camino de Mujeres Provincial.

La Casa Provincial de Mujeres se encuentra en la Pje. Tomás Olivier, esquina Balcarce, Bo Centro, de la ciudad de Córdoba. Tiene lugar para 6 personas, cuenta con dos habitaciones, una sala de estar en el ingreso, que lleva a un comedor, 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.

Siguiendo la entrevista a la profesional de la CMC (Anexo VI), tienen el subsidio del Ministerio de Salud, quien a su vez les otorga la comida una vez por semana y artículos de limpieza, el resto de los gastos del hogar son a cargo de las habitantes de esta. No realizan actividades fijas, pero todos los años están a cargo de un catering del que tienen un ingreso para los gastos.

Durante la semana, los días lunes a viernes las usuarias están acompañadas por profesionales de la salud mental, los malestares de la convivencia se trabajan una vez por semana en espacios dedicados a esto, y han realizado un cronograma de actividades para realizar entre todas las tareas del hogar (Anexo VI: Entrevistas N° 3)

Con lo que la vida allí respecta, las residentes no tienen horarios de ingreso o salida, poseen libertad para entrar y salir de acuerdo a cómo organizan su propia vida, necesidades y obligaciones; y aunque no deben solicitar ningún tipo de permiso para hacerlo, si deben avisar a los trabajadores sociales y/o los otros residentes responsables sobre las actividades fuera de la casa.

La casa posee un reglamento de convivencia, en el cual las residentes deben encargarse de las tareas domésticas, organizándose y distribuyendo entre ellas las tareas de orden y limpieza, compras de mercadería, preparaciones de alimentos, lavado de ropa, entre otros. 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.

Como se pudo observar en los nombres de las instituciones, existen dos modalidades, las CMC propiamente dichas y las Casas de Convivencia. Las Casas de Convivencia son habitadas exclusivamente por usuarios, se diferencian de las Casas de Medio Camino en que no tienen una limitación en cuanto al tiempo de estadía y no son departamentos protegidos, porque no cuentan con un enfermero o un acompañante permanente. Solamente son visitadas por un equipo de visitas domiciliarias que integra el dispositivo de continuidad de tratamiento.

Se podría decir que son dos eslabones de la misma cadena en lo que refiere al tratamiento de salud mental, y que ambas, aunque con formas diferentes, tienen el mismo objetivo: brindar un espacio de desarrollo para la inclusión social de personas con padecimientos psiquiátricos crónicos.

En esta instancia, parecería estar claro que las CMC son un eslabón que colabora con la transformación del sistema de salud y los servicios de salud mental tradicionales, brindando a los usuarios una atención integral, interdisciplinaria y, en principio, orientada a la reinserción social.

8.2.2. LA VIDA EN UNA CMC

Los sujetos destinatarios de la Casa de Medio Camino son personas con algún tipo de padecimiento psíquico, en situación de alta médica y tratamiento ambulatorio. Con dificultades para convivir en su grupo familiar o en forma individual o independiente.

La casa tiene por objetivo general favorecer la desinstitucionalización de las personas con padecimiento psíquico, tendiendo a la inclusión social, promoviendo el aumento progresivo de la autonomía y el autocuidado en el sujeto. Otros de los objetivos más específicos son: evitar procesos de cronificación y prolongación de las internaciones, brindar el acompañamiento profesional necesario potenciando habilidades y responsabilidades tendientes a la organización de la cotidianidad, autonomía y autocuidado.

También son funciones de esta casa, evitar procesos de marginalización social y abandono en los usuarios, facilitar actividades ocupacionales tendientes a la promoción del empleo e inclusión laboral, sostener un espacio de escucha, contención y acompañamiento para los sujetos con padecimiento psíquico, dar lugar a la palabra y al cuerpo como espacios de construcción de subjetividad, propiciar un espacio de encuentro que posibilite el despliegue de la grupalidad. Hacer hincapié en las posibilidades y potencialidades de los sujetos, trabajando desde la salud, propiciar la recreación, la creatividad y la reflexión como elementos para la promoción de la salud, facilitar procesos subjetivos de proyección a futuro y el reconocimiento del otro, fomentar el vínculo, la relación social y los espacios de socialización interrumpidos por la situación de internación, posibilitar la re-construcción del autoconcepto y el reconocimiento del propio yo como sujeto pudiente, como sujeto de derechos, como sujeto transformador, tanto del propio proceso saludable como del de los otros, por último, fomentar la adherencia al tratamiento ambulatorio.

Estas funciones de las CMC coinciden con lo planteado previamente, donde se señala que estos espacios o dispositivos surgen como una opción teórica y técnica para la resocialización de los usuarios del sistema de salud que requieren un tratamiento crónico.

Los mismos profesionales definen las CMC de la siguiente manera:

Es un dispositivo diferenciado de los hogares porque buscan ser como una casa donde se puedan realizar actividades en lo cotidiano y se trabaja el restablecimiento de hábitos y el vínculo con los otros y el afuera. (Anexo VII: Entrevistas N° 4)

Las Casas de Medio Camino no están definidas formalmente, son espacios que permiten alojar al paciente e ir trabajando paulatinamente su inserción en lo social (...) Es un intermedio, momento en donde lo que se trabaja es el poder reforzar los lazos sociales, la posibilidad de un espacio dentro de la comunidad (laboral) y que el paciente se pueda ir manejando de manera independiente en lo social. (...) Implica un acompañamiento y también otorga ciertas posibilidades de manejarse independientemente, favorecer la reinserción en lo social. (Anexo VII: Entrevistas N° 6)

Al momento de rescatar estos fragmentos de entrevistas, se considera importante destacar que las profesionales claramente observan a estas casas o dispositivos como una etapa intermedia entre la internación (estado de aislamiento social) y la sociedad (estado de integración total). Así, como señala su nombre, las Casas de Medio Camino permiten a los usuarios transitar su proceso de recuperación, buscando minimizar el impacto de los aspectos negativos o descompensantes del contexto, pero optimizando las competencias y habilidades para hacerle frente en un futuro.

8.2.2.1. Caleidoscopio.

De acuerdo al relevamiento realizado en la CMC El Caleidoscopio, los profesionales trabajan con una metodología de trabajo que se basa en 4 ejes

*“el **primero es la admisión**, el proceso de admisión se realiza en cuatro etapas. En un primer momento se entrevista al equipo tratante del sujeto, luego a la familia y luego al sujeto. Finalmente, el equipo terapéutico de la casa analiza y evalúa las entrevistas tomando en cuenta el perfil de la institución y grupo de convivencia. El **segundo eje es el abordaje social** donde se trabaja con cada uno de los sujetos padecientes la socialización e independencia; reconociendo y fortaleciendo las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y volitivas. Se toman en cuenta los objetivos de la institución y se aplican en el cronograma de actividades. Para el logro de tales objetivos y actividades se trabaja desde lo social - comunitario en la construcción y sostenimiento de una red. **Como tercer eje, el abordaje familiar** en el que se entiende por familia no solo a la familia biológica, sino que incluimos en el concepto a amigos, vecinos, familia extensa o cualquier otra persona que pueda colaborar responsable y saludablemente con el paciente. Con estas personas se trabaja semanal o quincenalmente, asesorándolos en relación a la problemática del sujeto, sus dificultades especiales e incluyéndolos en distintas estrategias como darles la medicación, acompañarlos a los controles médicos, colaborar con las tareas domésticas, etc. Comprende implementar estrategias para la inclusión y/o implicación de familia en el proceso salud – enfermedad. Por último, **el cuarto eje que es el abordaje clínico**, en el que se evalúa conjuntamente con el equipo*

tratante, diagnóstico y tratamiento implementado para el paciente, se distribuye y organiza las intervenciones en el caso y se acuerdan reuniones periódicas de evaluación. Los criterios de egreso de la casa tienen que ver con la particularidad de cada persona, por lo que no hay un tiempo estipulado en el cual el residente debe dejarla (Anexo IV: Entrevistas N° 1).

Claramente, esta CMC tiene un abordaje no solo del usuario, sino también de la familia, lo que es coherente con lo mencionado en la descripción anterior, y no solo busca un abordaje medicamentoso tradicional, sino también llevar adelante un acompañamiento al contexto familiar que debe hacer frente a esta problemática tan estigmatizante.

Por otro lado, en relación a la medicación, la misma es guardada en una caja que tiene cada uno de los residentes y una vez por semana se organiza con la ayuda de un acompañante terapéutico, se fomenta generar independencia y que tengan conocimiento del nombre de la medicación que toman, para qué es, el horario y que puedan registrar para cuando se están por quedar sin medicación, logrando de este modo la mayor autonomía posible.

Claramente, este tipo de procedimientos, como la forma en que se aborda la medicación, están en conferencia con lo planteado por la Ley Provincial como Nacional, donde se propone fomentar la independencia y autonomía de estos usuarios.

8.2.2.2. Casa de Convivencia.

Los sujetos destinatarios son aquellos usuarios en proceso de externación, con alta médica de la institución psiquiátrica y que no poseen un lugar que los recepte, así la Casa de Medio Camino oficia como una plataforma de despegue en salud mental, a diferencia de la institución psiquiátrica en donde se coloca al usuario en un lugar pasivo lo cual hace que pierdan sus hábitos, la casa es un lugar en donde los usuarios aprenden a administrarse, a relacionarse, a compartir, esperando de esta manera que las personas puedan rehabilitarse, tener hábitos, lograr la mayor autonomía posible, que se puedan socializar, tener una vida laboral y social.

De acuerdo a la entrevistada N°2 (Anexo IV) uno de los requisitos para poder acceder a la Casa de Medio Camino es que tomen la medicación y que tengan un equipo tratante, un acompañante terapéutico y que estén estabilizados para poder tener la

autonomía medicamentosa. El egreso depende de las habilidades que haya logrado el usuario para poder irse solo y no hay un límite de tiempo.

Al igual que en El Calidoscopio, esta forma de gestionar y trabajar con los usuarios, es fomentar la independencia y autonomía, como también trabajar con equipos externos, todo lo cual fomenta y apunta a desarrollar una mejor calidad de vida de los usuarios.

Esto se relaciona con lo mencionado previamente sobre que la transformación del sistema de salud radica en estos dispositivos (Ley Provincial N° 9848; Art. 27) y de hecho la Entrevistada N° 2, menciona que los usuarios

Antes estaban en una pensión, y la gente que vivía con ellos los molestaban entonces no duraban mucho en las pensiones, por esto se propuso que salud mental les alquile un lugar (Anexo IV: Entrevista N°2)

El hecho de buscar mejorar la calidad de vida como el sostenimiento de los tratamientos por parte de los usuarios, mediante el desarrollo de espacios especiales, en este caso la Casa de Convivencia, deja en evidencia que la transformación se está dando, lentamente, pero de manera firme.

8.2.2.3. Casa de Medio Camino de Mujeres Provincial.

Tiene por objetivo 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.

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 oscilan entre los 21 y 50 años, que conviven en un lugar en condición de casa y no de institución hospitalaria.

Intenta brindar un espacio social y comprometido con las singularidades de cada una de las personas que atraviesan un padecimiento, que se encuentran internados en instituciones monovalentes y que son dados de alta institucional, cuya externación

resulta 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.

De acuerdo a la Entrevistada N° 3 (Anexo VI), el ingreso de las mujeres a la Casa de Medio Camino comienza con la admisión y derivación de estas por solicitud de los diferentes profesionales de salud mental, iniciando en el proceso de admisión, en el que se analiza cada caso mediante entrevistas pautadas con el equipo tratante, la mujer y algún referente o familiar (en el caso de que exista alguno). Se indaga sobre la historia clínica de la persona que se deriva, se intenta acercarse y conocer la historia de la mujer relatada en primera persona.

Las características que deben tener las mujeres para ser admitidas en la casa son: Deben estar estabilizadas, con dificultad de externación y de inclusión, fragilidad en sus vínculos que no les permiten sostenerse en el afuera, ser autoválidas sin problemáticas físicas y con autonomía para desempeñarse en la vida cotidiana, 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. En cuanto al egreso, si bien tienen un criterio de estadía que no supere los 6 meses, son flexibles y se respetan los procesos de cada una.

En el proceso de desmanicomialización, las competencias o habilidades que son comunes a cualquier persona inserta en la sociedad han sido perdidas por las personas que vienen de procesos de institucionalización crónicos y que salen a un nuevo espacio social, quienes a su vez son sujetos que salen al mundo, muchas veces, sin una contención familiar o una contención social que les permita volver a reinsertarse en forma efectiva y directa posterior a la internación.

Los espacios de las Casas de Medio Camino crean la posibilidad, mediante la intervención de la interdisciplinariedad, de generar este tipo de competencias.

“Lo que se espera de las Casas de Medio Camino es que el paciente pueda tener el acompañamiento desde lo profesional, la posibilidad de reinsertarse,

encontrar un lugar y manejarse independientemente.” (Anexo 9.4.3.: Entrevista N° 6)

Ante esto, la Casa de Medio Camino de Mujeres claramente aborda a las personas desde una mirada enfocada en la reinserción social, donde todos los profesionales trabajan no solo para la integración social y laboral, sino también para la reinserción familiar de estos usuarios que alguna vez fueron excluidos y/o institucionalizados.

8.2.2.4. Reflexión sobre la vida en las CMC.

Para iniciar la reflexión sobre lo expuesto previamente, quedan algunas preguntas a resolver, tales como ¿hasta qué punto se puede pensar en estas personas que tienen tratamientos crónicos, que tienen asistencia medicamentosa y que no van a lograr una sintomatología negativa en la mayoría de los casos, desarrollen o muestren una autonomía en su totalidad o una capacidad del sujeto para cuidarse sin supervisión? Y en el caso de que sea posible lograrlo, ¿Se logra en los tiempos que las Casas de Medio Camino imponen?, si no se logra, ¿Qué sucede con el sujeto una vez que cumplió con su tiempo dentro de la Casa de Medio Camino?

En la revisión bibliográfica no se encontraron definiciones que hablen de los procesos de desmanicomialización paso a paso o basados en protocolos, tampoco plantean tiempos y procesos estandarizados para todos los sujetos. Claramente, desde el trabajo profesional y de las diferentes disciplinas en salud mental, desde hace años se trabaja con la concepción de sujeto único, o sea, que cada usuario del sistema de la salud mental requiere de procesos, tratamientos y planteamientos disciplinarios adaptados a sus necesidades. Ante esto, y teniendo en cuenta las leyes de salud mental tampoco lo postulan específicamente a estos procesos, se puede pensar que estipular tiempos de residencia en las CMC es más un protocolo para brindar asistencia a más personas, que brindar una asistencia personalizada y adecuada a algunos.

Nuevamente, parece quedar expuesto no solo la deficiencia en términos de recursos y espacios, sino también el hecho de que se tome un referente temporal de 6

meses pretendiendo lograr establecer un hábito o conducta saludable en un sujeto, que a priori, es un usuario crónico.

Si bien no existe una respuesta unánime, por la experiencia y observaciones realizadas durante las prácticas en el Neuropsiquiátrico, se pudo observar que los sujetos muchas veces, después de ser dados de alta, en un periodo corto vuelven a desarrollar la sintomatología, pierden el proceso medicamentoso y la estabilidad lograda previamente. Esto pareciera indicar que el proceso de desmanicomialización, incluidas las Casas de Medio Camino, en ocasiones terminan convirtiéndose así en una estructura que se repite de forma constante, en donde el sujeto vuelve al punto de partida, y en lugar de ser pacientes crónicos son reincidentes crónicos.

Las Casas de Medio Camino son un buen dispositivo en cuanto al proceso de desmanicomialización, pero no resultan suficientes para lo que impone la Ley Nacional como Provincial. De hecho, en 2014 se registraron tres CMC, de las cuales 1 es provincial y pública, mientras que las otras dos son privadas, y tienen total de 6 camas la provincial y 20 camas aproximadamente las otras dos CMC, que son privadas, para un sistema de salud que recibe muchos más usuarios en un mes y que da de alta a otro tanto de usuarios mensualmente. Tampoco brindan los servicios, espacios y actividades para lograr el sostenimiento de las personas en este proceso de reinserción social a largo plazo, resultando un recurso limitado al objetivo que pretenden tener.

Las Casas de Medio Camino parecerían poseer la inevitable herencia de las instituciones psiquiátricas, donde se ponen de manifiesto ciertos rasgos como el de la rigidez propia de la institución con lo instituido: normas, reglas, leyes; que llevan a un orden y a un funcionamiento determinado, observándose más explícitamente en las Casas de Medio de Camino Provincial.

De hecho, como ya se mencionó, los mismos profesionales denominan a la CMC dependiente del HNP como “Mini Neurito”, donde la connotación implícita habla de lo que se traslada desde la institución a un espacio que debería ser independiente. En los discursos profesionales esta denominación tiene claramente una connotación negativa y hace más referencia a la enfermedad que a la salud mental. Entonces queda claro, el discurso de institución total manicomializante continúa teniendo cierta vigencia, como paradigma instituido, no sólo en algunos modos de prácticas en el HNP, sino también en alguna medida en quienes participan activamente en su vida: profesionales, residentes,

usuarios, asistentes, talleristas, entre otros, trasladándolos a los espacios que deberían hablar de salud mental, como lo son las CMC.

Ejemplo de lo anterior y donde se observa la falta de independencia y estrecha vinculación con el HNP, es en el caso de una de las casas, particularmente la Casa de Convivencia, ya que los usuarios de la misma varios días de la semana retiran la comida de la cocina del HNP, lo que los lleva a repetir las mismas rutinas alimentarias (en este caso) que cuando estaban alojados en el HNP. Lo cual permite pensar que la falta de independencia, genera una fuerza de arrastre que no permite que el usuario se termine despegando de su rol o funcionamiento como “paciente” enfermo, para lograr una identidad y/o rol como persona social, particularmente este tema se profundizará más adelante.

Justamente este ejemplo muestra de forma clara la dificultad en el proceso de desinstitucionalización, y el relato de la psicóloga da cuenta de ello:

“...la comida la buscan del "neuro" todos los días a excepción de un día que viene una señora y los ayuda a cocinar lo que tengan ganas de comer ese día.”
(Anexo 9.2.1.: Entrevista N° 2)

O sea que, en esta estructura, las personas continúan relacionadas periódicamente con el contexto psiquiátrico, y lleva a preguntarse ¿Querría, acaso una persona que sale de la institución volver a ese lugar todos los días, sentir los mismos olores, los mismos gustos? ¿Cuál es el impacto que tiene esto en el proceso de socialización y reinserción social? ¿Cómo experimentan estos sujetos, una vez que han salido de la internación, el volver a ese lugar? Es viable pensar que el sostenimiento de este contexto institucional, termina logrando un desarrollo sutil de la cronicidad que tanto se quiere evitar.

Por otro lado, también sería interesante preguntarse si el desarrollo de este tipo de rutinas, si esta adherencia institucional que se manifiesta en los asistentes ¿Podrían ser tomado como una forma de soporte por parte de ellos? ¿Podría estar operando como anclaje esta adherencia? ¿Podría pensarse que esta adherencia tiene que ver con seguir vinculado a un espacio que le brindó contención y apoyo, condicionado por un contexto social y económico de desprotección?

Retomando el planteo de Cutuli (2005), la pobreza puede ser justamente el factor de dependencia de los sujetos, ya que la falta de recursos económicos, vinculares-familiares y sociales fuera de la institución, provocan en el sujeto una

necesidad de contención, reconociendo al Neuropsiquiátrico como el espacio que se le brinda en alimento, abrigo, techo, escucha, medicamentos, entre otros.

También es pertinente retomar lo planteado por García Fanlo (2011), quien define que los dispositivos son aquellos que sostienen los discursos institucionales, las normas y leyes, lo instituido y lo instituyente. En este sentido, se puede pensar que los sujetos buscarán en el sistema de salud, sea en el neuropsiquiátrico, en el “mini neurito” o en la CMC, un marco de contención que les permita seguir funcionando socialmente.

También es interesante cuestionarse sobre la finalización del proceso que se vive en las Casas de Medio Camino, que como se observó en la mayoría existe un plazo, aunque flexible, en el cual los usuarios deben reinsertarse socialmente. Ante esto surgen dos líneas de interrogantes, por un lado, preguntarse sobre ¿A dónde va la gente que tiene que salir de la Casa de Medio Camino y no tiene el entorno adecuado que lo contenga, al mismo entorno que contribuyó a la descompensación psíquica?

Esto se puede observar en el caso del “Doc”. Un usuario del HNP, institucionalizado desde los 18 años de edad aproximadamente, conocido bajo el apodo del doc, se encuentra compensado y es quien tomó por actividad organizar la sala de espera, les dice a los usuarios que ya serán atendidos, avisa a los profesionales de salud cuando hay mucha gente, entre otras actividades. En la institución es alguien conocido y tiene un papel fundamental que le da identidad, en el HNP es “el Doc”. Cuando ha sido desinstitucionalizado, a los pocos meses se encuentra descompensado y reingresa al HNP de acuerdo a lo mencionado por otros miembros del hospital. Ante esto, surge la pregunta ¿Qué pasa con este sujeto fuera de la institución? ¿Realmente cuenta con los recursos adecuados para encontrar otra actividad que le brinde identidad como la que tiene en el hospital?

Ante este tipo de situaciones, es importante observar cómo cada uno de estos sujetos traen una carga singular, lo que constituye su historia familiar, institucional, psíquica y social. Cómo se ha ido formando la personalidad del usuario a partir de su historia de vida, principalmente cuando se habla de sujetos que han sufrido una institucionalización prolongada o bien reiterados ingresos en las instituciones psiquiátricas.

La misma reflexión cabe al pensar las Casa de Medio Camino, donde hay un perfil determinado para lograr insertarse, y hay personas, que, aun cumpliendo con los

requisitos necesarios, tienen muy incorporado el modelo institucional asistencial, por lo cual la resistencia a desarrollar niveles de autonomía que le permita y le den independencia podría devenir del propio sujeto, y muchas veces podría constituirse como el factor que puede hacer fracasar la desinstitucionalización. A lo largo de la práctica se observó usuarios que compensados e ingresados a la Casa de Medio Camino, decidieron volver al HNP. Esta demanda se debía principalmente a la rutina y la institucionalización sobre la cual se discutió previamente.

Esto también pone de manifiesto el proceso que genera en este tipo de usuarios, donde podría pensarse en una dependencia hacia el sistema manicomial, basado en una necesidad emocional de soportes sociales, ya que pareciera que las instituciones sociales convencionales como la familia, el trabajo, la escuela, no operarían para estas personas como tales, y ante esta falencia la institución psiquiátrica los suplanta, brindando lo que los sujetos necesitan, como ya se planteó previamente.

En las guardias del HNP se observan usuarios que no quieren salir, que quieren volver, que pedían la internación en la sala de contención. Estas personas sienten que la institución, como lo institucionalizado, es aquello que les permite mantenerse constituidos como sujetos, que pueden contener su psiquis. Y si bien es bueno que los usuarios puedan reconocer sus necesidades, ¿es bueno que solo lo logren a través de estas instituciones? ¿Se puede pensar en la generación de dependencia de parte del sistema sanitario hacia los usuarios? El sistema en algún punto genera la cronicidad que dice querer eliminar, hasta qué punto se vuelve a perpetuar en una conversación mucho más sutil el paradigma de la cronicidad, donde desde la escasez de recursos humanos, materiales y económicos fomenta que se pase de internaciones crónicas a reincidencias crónicas, con usuarios que no son contenidos adecuadamente a lo largo del tiempo para sostener su bienestar integral.

La segunda línea de interrogantes hace referencia a los objetivos y logros que tienen que alcanzar estos sujetos, después de la interacción y durante su estadía en la Casa de Medio Camino. ¿Realmente se logra el desarrollo de las competencias para la autogestión en el tiempo que propone la Casa de Medio Camino como estadía límite? Ante lo cual, los profesionales consultados establecen que:

“El criterio son 6 meses, pero es flexible y se respeta el proceso de egreso de cada una” (Anexo 9.3.1.: Entrevista N° 3).

“Lo que se espera es la reinserción social en un tiempo breve entre seis meses y un año laboral, también se espera que pueda tener lazos familiares, la

sociabilización y que pueda manejarse con el afuera y ser ciudadano” (Anexo 9.4.1.: Entrevista N° 4)

La identidad de las Casas de Medio Camino están determinadas por un legado que proviene de la institución psiquiátrica, en cuanto a sus funciones, dinámica y actores, sin embargo, tienen diferentes objetivos a los del neuropsiquiátrico, pero se generan a partir de una necesidad de las estructuras de estas instituciones. Son una secuela de la historia de los psiquiátricos, donde no pueden lograr una identidad propia, por fuera, y sin estar relacionadas con estos. Como postula Goffman (1994, Pág. 202) “las barreras que las instituciones totales levantan entre el interno y el externo marcan la primera mutilación del yo”.

El objetivo es ir ganando una mayor independencia de estas grandes estructuras en la cual haya nuevas reglas, con maneras no estereotipadas ni rígidas, que se logre tener un lugar por fuera de lo estigmatizado. La desculturización que provocan las instituciones en los individuos, alejándolos de la vida diaria e incapacitándolos para ésta, debe ser eliminada o, por lo menos, minimizada para que realmente haya un proceso real de reinserción social posible. Las Casas de Medio Camino pueden ser mucho más que la herencia del neuropsiquiátrico, en donde el estigma y la identidad tanto de la casa como la del usuario logren tener una configuración propia por fuera del sistema manicomial.

La vida en la institución psiquiátrica, aquella que tiene un poder disciplinario y de control, implica para los internos los internos ser observados permanentemente al modo del Panóptico de Bentham, y que retoma Foucault (2014), mientras que la reinserción social propone una mirada hacia ellos mismos, y el desarrollo de habilidades y/o conocimientos que le permitan su inclusión socio laboral y la recuperación del ejercicio de autoconfianza y responsabilidad.

Ante esto, es pertinente preguntarse si el sistema sanitario, particularmente pensando en el recorrido que realizan los sujetos entre el egreso del HNP y posterior ingreso a las CMC, ¿Funcionan bajo un modelo foucaultiano, de control y disciplina, donde el egreso de esta “cadena” descompensa al sujeto? ¿El sistema de salud se ha constituido como un bucle continuo donde los sujetos ingresan, egresan y vuelven a ingresar sistemática y periódicamente? O bien, este sistema de las CMC ¿Configura otro modo de andamiaje y sistema de contención para los usuarios? Y si así es ¿Cómo debería estar distribuido el esfuerzo invertido en las diferentes etapas del proceso de

recuperación que atraviesa un usuario? Actualmente la mayoría de los recursos se destinan a los hospitales, mostrando no solo una escasez de recurso en todo el proceso, sino la escasez de esfuerzos asociados a dispositivos que podrían descomprimir el sistema manicomial, pero a “costas” de perder control sobre los usuarios.

Esto lleva a considerar el simbolismo de la popular y característica imagen de la enfermera pidiendo silencio en los hospitales, lugar en donde los sujetos son pacientes, se pide silencio y que se sea paciente, por el contrario, en este tipo de dispositivos, como las CMC, se busca algo diferente, una dinámica y actividad que oriente al cambio en dirección a la resocialización. Es un lugar en donde lo que menos se pretende es la pasividad y el silencio, ya que esto conduce inevitablemente a las desconexiones sociales a las que Goffman (1994) hace referencia que padece el enfermo mental, lo que se asocia a la exclusión social.

No es tarea sencilla realizar un pasaje desde el “qué” son las Casas de Medio Camino al “quiénes” son, las casas con una identidad propia, la cual alberga a sujetos de la salud mental más que a ex enfermos mentales.

Las Casas de Medio Camino, se pueden, y deberían, constituirse como una plataforma de despegue que posibilite la reinserción social y aceptación, facilite correrse del lugar de un ex enfermo mental y poder ubicarse en el lugar de un sujeto que se inserta en la sociedad, en la cual parece no haber mucho lugar para las personas que han sufrido o que están sufriendo algún tipo de trastorno mental, en donde el sujeto está estigmatizado por sus condiciones mentales.

Lo antes mencionado es el funcionamiento ideal, no sólo de las CMC sino también del sistema de salud mental; la realidad, es que la falta de recursos materiales, económicos y profesionales, termina generando a que las CMC se constituyan en espacios de continuidad de la institución psiquiátrica, constituyéndose como “mini neurito”, en definitiva, como un reducto de control, disciplinamiento y homogeneización con la “normalidad”, donde pareciera perseguirse una cronificación del proceso de recuperación, desarrollando escasas herramientas para que los usuarios puedan plantear y producir una subjetividad tendiente a un mayor margen de creación singular para cada uno.

Las Casas de Medio Camino, ya no solo deben pensarse como el lugar para ganar competencias y aptitudes que permitan la reinserción, sino son el lugar donde los

sujetos deben construir su propia identidad, una nueva y diferente a la institucional y ya no asociada a su enfermedad mental sino a su salud y a sus nuevas posibilidades, constituidas desde este nuevo espacio. Esto es lo que permitirá a los sujetos lograr una creación propia de su yo, y proyectarse en una sociedad desde su propia singularidad.

Entonces, desde la construcción de esta nueva identidad se puede pretender la asunción de roles y funciones que hacen a la vida cotidiana, el restablecimiento de vínculos, familiares y sociales, y el desarrollo de nuevos vínculos en la comunidad para lograr así una inclusión social más exitosa. De hecho, uno de los entrevistados de la Casa de Medio Camino Provincial, en relación a la adquisición de nuevos roles plantea que usuarios de la CMC desarrollan un servicio de catering en el que:

“No hay actividades fijas, ellas eligen lo que quieren hacer, por ejemplo ahora están con una feria pero es por fuera del ámbito de salud mental, lo que hacen todos los años son actividades de catering, y ahí ya tienen un ingreso.” (Anexo N° VI. Entrevista N° 3)

El desarrollo de actividades laborales como esta, permite diseñar el proceso de inclusión social desde una perspectiva diferenciada, y donde realmente el sujeto pareciera tener espacio para diseñar una identidad diferente a la de “enfermo mental” Así, surgen preguntas como ¿Se puede lograr la construcción y sostenimiento de esta nueva identidad, si el contexto social no ha sido intervenido o sigue igual que antes? o sea si el contexto social pretende seguir sosteniendo la identidad del sujeto asociada a la enfermedad, ¿se puede pensar en un sujeto capaz de reconstruir una nueva subjetividad (donde la enfermedad mental se encuentre integrada como un aspecto y no como lo que define) y sostenerlo en un contexto donde es señalado por un aspecto puntual? Ante esto pareciera surgir una nueva necesidad, la construcción de espacios y lugares donde estos usuarios puedan ubicarse, ser contenidos y asistidos, desarrollar su nueva identidad como sujetos sanos, fortalecerse y reinsertarse, potencialmente, en los espacios conocidos que lo han estigmatizado históricamente.

Los neuropsiquiátricos, como toda institución cerrada tiene reglas sin posibilidad de cambios, no así son las Casas de Medio Camino que poseen reglas más flexibles, las cuales organizan la forma de vida de los sujetos que las habitan, una organización para la reinscripción, un lugar de aprendizaje y de ensayo de situaciones que generan mayor autonomía y donde siempre está la mirada del otro, ya sea de otro compañero o un otro profesional, para acompañar y potenciar las habilidades de éstos y en donde los usuarios son parte participante.

Ante estas observaciones, se presenta una gran contradicción en lo que a instituciones psiquiátricas respecta, primero se aísla de la sociedad a las personas para luego intentar reinsertarlas en esta, con lo dificultoso que resulta socializar cuando se ha tenido como base el aislamiento. Así se podría pensar que los usuarios que han pasado largos periodos en la institución, en el momento de la externación es donde manifiestan de manera negativa como influye el modelo manicomial, en donde al sujeto se lo trataría como objeto que no tendría un lugar siquiera para hablar de lo que le sucede, en donde prevalecería la identidad de enfermo mental y no se plantearía una nueva posibilidad social para el sujeto.

Prematuramente se podría pensar que, como propósito, las CMC justamente deberían atender este tipo de cuestiones. Sin embargo, muchas veces no alcanza con tener un espacio físico y una habilitación, y resulta difícil correrse de ser un “mini neurito”, es un proceso de transformación para poder lograr que sea una casa como cualquier otra, en donde haya reglas de convivencia y consentimiento informado. Se potencia que los usuarios tengan actividades por fuera de la casa y que se inserten en el mercado laboral desde lo ya adquirido y de los oficios que se les enseñen por fuera, como intento de recuperación de la autoestima y valoración. El propósito de las CMC está claramente orientado a una reinserción social, sin embargo, pareciera que el sistema de salud en el cual están contenidas esto no fuera funcional, planteando situaciones que terminan deviniendo en una reincidencia por descompensación.

Las CMC es una de las respuestas que el Sistema de Salud mental, las instituciones y los profesionales han encontrado como forma de dar respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de vida de aquellos que han sido institucionalizados, externados, señalados y estigmatizados, y que necesitan un punto de apoyo para poder salir nuevamente a la vida en sociedad.

Todavía sigue siendo incipiente el proyecto de desarrollar las CMC y escasos los recursos destinados a estos dispositivos, pero la presencia y los resultados que están obteniendo, claramente muestran la importancia y la necesidad de que estos usuarios sean contenidos de manera puntualizada, y que a futuro sean más cantidad de dispositivos que colaboren en la contención y autonomía.

8.2.3. LA MIRADA PROFESIONAL SOBRE LAS CMC

Ya han pasado varios años de la sanción de las Leyes Nacional y Provincial, y la externación, sin embargo, resulta un proceso que no da cuenta de lo propuesto por la ley, sino un punto de inicio de una cadena que termina siendo un ciclo sin fin, en donde la persona recibe su alta y debido a la carencia de una red de dispositivos sustitutivos y un proceso de acompañamiento adecuado, el usuario termina en la calle y/o reingresando a la institución.

Algunos de los usuarios tienen la posibilidad de ingresar a las Casas de Medio Camino, dispositivo intermedio que no resulta suficiente para todos y en el caso de poder acceder a estos, el tiempo que se ofrece no siempre resulta suficiente para adquirir las herramientas necesarias para la inserción social.

González Cases y Rodríguez González (2002) plantean que para que se dé la rehabilitación psicosocial una de las cosas importantes es el desarrollo y entrenamiento de las habilidades y competencias de cada persona. Los mismos autores, sostienen que es también importante para este proceso lograr el desarrollo de soportes sociales, tanto para el usuario como para familiares, que brinden psicoeducación y apoyo para lograr un funcionamiento psicosocial del usuario adecuado.

Ante el planteo de los autores González Cases y Rodríguez González, como lo sostenido por los profesionales, cabe reflexionar sobre el hecho de si estos dispositivos como los CMC, por un lado, brindan realmente el espacio para que los usuarios puedan lograr las competencias sociales y laborales que necesitan para lograr una reinserción exitosa, y por el otro, si se cuenta con recursos para acompañar y contener a los familiares en el proceso de socialización e inclusión del usuario nuevamente en este contexto.

Ante esto es importante reflexionar sobre el rol de los contextos vinculares de los usuarios (familia, amigos, comunidad) y como estos son abordados por el sistema de salud para lograr generar un proceso de inclusión y reinserción social más efectivo. Sin embargo, desde el sistema de salud como de las CMC las acciones destinadas a los familiares, amigos y/o personas con vínculos significativos, si los usuarios los tuvieran, son escasos. Lo cual también es entendible, contemplando que los recursos disponibles se destinan a la salud del usuario, y sería inviable en la actualidad incluir a más personas. Ante esto, parece pertinente realizar una investigación que profundice y

puntualice en aquello que sucede frente a los vínculos significativos, y cómo estos podrían ser contemplados en el proceso de resocialización.

Claramente, no sólo la escasez de espacio para la demanda de usuarios en las CMC, sino también la escasez de recursos humanos, materiales y económicos perjudica la socialización y reinserción laboral de estos usuarios que padecen enfermedades crónicas, que van a requerir de medicamentos de forma permanente, que van a necesitar apoyo social, médico, psicológico y/o psiquiátrico para poder sostenerse en su bienestar subjetivo y social.

Ante esto, un sujeto sin una red que lo contenga o un espacio para desarrollar adecuadamente sus competencias para la reinserción, parecería que termina dando como resultado una expulsión institucional, que no tiene reparo del futuro de aquellos usuarios que deben abandonar la institución, logrando así que los mismos alcancen una amplia trayectoria institucional en donde hay internación y reincidencias crónicas.

Se observaría así la carencia que existe de respuestas estatales con respecto a los procesos de externación en salud mental y la vulneración de los derechos que padecen los usuarios. Ante esto, tanto desde las instituciones como los profesionales de la salud mental deberían repensar el sistema de salud en base a los objetivos propuestos por este marco legal que se considera de vanguardia a nivel mundial.

En este contexto, las Casas de Medio Camino ocupan un lugar de importancia en el proceso de desmanicomialización, pero no resulta suficiente y dificulta el proceso de externación sin que haya una reincidencia posterior. De hecho, la Médica Psiquiatra entrevistada menciona en relación a las CMC que

La realidad es que no hay la cantidad que debería haber, se hace difícil la externación de pacientes que cumplirían el criterio de estar en una Casa de Medio Camino y están saturadas, no dan abasto para las demandas. (Anexo N° 11.7.2. Entrevista N° 5)

Esto pone de manifiesto y explícitamente, que muchos usuarios que están en condiciones médicas de ser dados de alta no lo pueden hacer, o no quieren porque no hay un continente que los reciba: una casa, un trabajo, un espacio para desarrollarse y reinsertarse socialmente. Aunque el dispositivo CMC funciona y sirve, el Estado no puede garantizar este servicio para todos los que egresan del sistema sanitario y requieren una asistencia posterior.

Si son externados de manera forzada y sin contención, al tiempo volverían al hospital porque no tienen un lugar a donde ir y el psiquiátrico se vuelve un albergue que brinda techo y comida para aquellos que no los tienen por fuera, son pobres y enfermos. La salud mental está asociada a las condiciones sociales y económicas, y sobre todo a la pobreza.

Las Casas de Medio Camino que hay son pocas, hay una sola de la provincia de Córdoba formal, no lograron cubrir la demanda ni la necesidad de los médicos y pacientes. [...] En las Casas de Medio Camino privadas solo pueden acceder personas con obras sociales o plata (Anexo N° 11.7.1. Entrevista N° 4)

Después de casi 20 años, el planteo de Cutuli (2005) sobre la salud mental y la pobreza no ha perdido vigencia. De acuerdo a la autora, la mayoría de los usuarios que entran en el sistema de la salud mental, sobre todo en instancias públicas o dependientes del Estado son usuarios que son pobres, que carecen de recursos económicos, familiares y sociales para poder sostenerse fuera del sistema de salud mental, en aquel año planteaba que más de un cuarto de la población se encuentra bajo la línea de pobreza, quizá hoy se podría pensar que esta cifra haya aumentado considerando la crisis económica que vive el país.

Sin embargo, los planteos de Cutuli no son los más antiguos, ya Foucault (2009) sostenía que la locura de alguna manera se relacionada con la exclusión social de lo diferente, de lo que no se comprendía, de aquello que la “mayoría” consideraba alejado de la realidad propia, y se lograba mediante el encierro y confinamiento de aquello que no se quería ver, del loco.

Los autores Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), postulan a una sociedad en donde no hay lugar para la locura, y en la cual todo aquello que es considerado diferente, extraño o no responden con la canones de la normalidad impuesta no tiene lugar y queda por fuera. Y como plantearon Ramos, Roldan, Schreber y Serafin (2011), parafraseando a Moffat (1974), en donde aseguraban que aquella persona que está internada en un hospicio tiene enfermo el destino, su vida y su proyecto de destino es estar encerrado en un manicomio.

Si se piensa la manicomialización de los usuarios como un mecanismo social de expulsión y exclusión, surge la pregunta sobre si ¿la sociedad que manicomializa está preparada para desmanicomializar, integrar y sostener a aquello que históricamente ha excluido? ¿Está lista para convivir con la “locura”?

Foucault (1992) sostiene que el loco termina siendo la viva contradicción en la “sociedad ordenada”, aquella que se caracteriza por renegar de cualquier desorden, ante lo cual el loco debe ser excluido, y esto es necesario para poder mantener la igualdad y la libertad abstractas del hombre. Así, el loco pareciera perder la condición de sujeto, e incluso de ser humano, ya que no puede gozar de la igualdad y libertad que el orden entrega.

Por otro lado, se puede pensar que el sistema afronta una realidad con dos caras, por un lado, la realidad económica y social de los usuarios, que carecen tanto de los recursos económicos como familiares y sociales para poder reinsertarse efectivamente. Y por el otro, la escasez de recursos asignados por parte del Estado para la construcción, desarrollo y sostenimiento de dispositivos intermedios que permitan dar respuesta a lo planteado por las leyes de salud mental, y que se evite tanto la cronicidad hospitalaria como la reincidencia crónica de los usuarios y lograr el fin último: la reinserción social efectiva y exitosa.

Así, los sujetos que necesitan de esta asistencia psiquiátrica siguen internados y hacinados, cuando un gran porcentaje podría tratarse de forma ambulatoria, descongestionando el sistema de salud y optimizando los recursos del Estado. Una de las entrevistadas en coherencia con este planteo sostiene sobre las CMC que:

En la actualidad cumplen un papel importante como un granito de arena. [...] No tienen el apoyo de la dirección de salud mental, no hay presupuesto del Estado, no se le da importancia desde los organismos (Anexo N° 9.4.1. Entrevista N° 4)

En realidad, son muy pocas, tienen pocos recursos y pueden alojar a pocas personas oficiales [...] El papel que cumplen, es el de permitir la externación de la institución y la inserción en lo social, alojar, dar lugar. (Anexo N° 9.4.3. Entrevista N° 6)

Claramente, como se mencionó, la externación de algunos usuarios resulta compleja, muchas familias están desintegradas y no permiten que regresen a sus casas, no tienen espacio, no cuentan con recursos y, en general, el usuario no tiene trabajo, en consecuencia, quedan en la institución y el cuadro clínico que había sido resuelto comienza a revertirse, y da inicio a un ciclo de internaciones intermitentes y crónicas. El enfermo pobre pierde su lugar en la sociedad, pierde dignidad que podría ser ganada con un hogar y un trabajo, se encuentra excluido de la sociedad y en varios de los casos de su familia también, el rechazo por parte de estos por no querer tener en sus casas a un enfermo mental.

Como se ha podido observar, en las guardias en HNP, las demandas hacia el sistema de salud mental de dicha institución, está dada por aquellas personas que poseen muy bajos recursos económicos, el perfil de los usuarios que arriban al HNP es el de personas de clase social media baja y baja, y un gran porcentaje de estas se encuentran judicializadas, o sea, que la policía los trae con el fin de ser evaluados, y si desarrollan o no los criterios de internación.

Aquellas personas que tienen un buen poder adquisitivo, tienen la posibilidad de acceder a instituciones privadas, tanto en centros de salud como así también a las CMC, en las que para poder tener un lugar, entre otras variables, se necesita de una obra social, una pensión o dinero para poder residir allí. Es así como muchas veces las instituciones psiquiátricas terminan siendo un lugar para locos pobres, en donde solo realizan actividades de esparcimiento en el mejor de los casos, no poseen noción del tiempo, solo la hora de comer y de la medicación les dan un mínimo indicio del momento del día en el que viven, sus vidas están marcadas por la discriminación, el abandono familiar y el olvido.

A lo largo de este apartado, a lo largo del análisis se pudo observar cómo las CMC son una instancia clave en el sistema de salud, pero insuficientes, principalmente en lo que respecta al área pública, donde la sociedad con recursos limitados demanda atención y asistencia. Ante esto, los mismos profesionales reconocen la importancia de este tipo de dispositivos, aunque también destacan que el Estado no destina la cantidad de recursos necesarios para que sea exitoso como dispositivo.

También, se pudo observar que los profesionales acuerdan con la presencia de estos dispositivos, y también destacan, como se ha observado previamente, la necesidad de desarrollar más cantidad de CMC, destinar más recursos económicos y materiales, e involucrar a más personas en el desarrollo de estos procesos de resocialización de los usuarios del sistema de salud.

9. CONCLUSIONES

Dentro del marco de la Ley Provincial de Salud Mental y la Ley Nacional de Salud Mental se encuentran las Casas de Medio Camino, las mismas son un dispositivo intermedio para transitar el proceso de alta médica entre la institución psiquiátrica, en la cual los usuarios se encuentran internados, y un domicilio, el futuro hogar de la persona que obtuvo su alta médica.

Al momento de realizar las PPS, los profesionales de salud mental del HNP relataron que existían muy pocas CMC, entre las cuales se encontraban el Caleidoscopio, la Casa Provincial y la Casa de Convivencia. El Caleidoscopio es una casa con gestión privada habilitada por el Ministerio de Salud que se encuentra en un barrio residencial de la provincia, es una casa mixta y cuenta con lugar para 13 personas. Los usuarios del Caleidoscopio están acompañados durante las 24 hs del día, los 7 días de la semana por un acompañante terapéutico.

Otra de las CMC con la que cuenta la ciudad es la Casa Provincial, habilitada y subsidiada por el Ministerio de Salud, y sustentada por las usuarias, tiene lugar para alojar a 6 mujeres y se encuentra ubicada entre el barrio Centro. El acompañamiento que tienen es de lunes a viernes de la mano de profesionales de la salud mental.

Por último, la Casa de Convivencia, también se encuentra en un barrio residencial, la misma es autogestionada por los usuarios, cada uno de los habitantes recibe una pensión la cual en parte es destinada para pagar los gastos de la casa. Tiene lugar para alojar a 8 personas y es una casa mixta. En las CMC antes mencionadas se realizan algunos talleres de esparcimiento, pero los habitantes realizan actividades por fuera de las mismas.

El perfil de los usuarios de las CMC es el de personas con algún tipo de padecimiento psíquico que, en su condición de alta médica, no tienen un lugar en donde vivir o, en caso de tenerlo, el mismo no puede oficiar de continente para el sujeto. En líneas generales, las CMC tienen por objetivo facilitar la desinstitucionalización, promover la autonomía y el autocuidado del sujeto para favorecer la inclusión social. Evitar procesos de cronificación y prolongación de las internaciones, brindar el acompañamiento profesional necesario potenciando habilidades y responsabilidades tendientes a la organización de la cotidianeidad, autonomía y autocuidado, son algunos de los objetivos más específicos.

Cada una de las casas con sus criterios y sus normas, tienden a fomentar actividades ocupacionales tendientes a la promoción del empleo e inclusión laboral. Cuando un usuario externado tiene la posibilidad de acceder a una de las Casas de Medio Camino, éstas resultan ser un buen dispositivo en cuanto al proceso de desmanicomialización, pero no resultan suficientes para lo que impone la Ley Nacional como Provincial, y tampoco lo son para lograr el sostenimiento de las personas en este proceso en el tiempo, resultando un recurso limitado al objetivo que pretenden tener y que es demandado por los usuarios psiquiátricos.

En cuanto a la valoración que realizan los profesionales sobre las CMC, todos coinciden en que el dispositivo de Casa de Medio Camino, en el proceso de desmanicomialización, resulta insuficiente para cubrir la demanda que existe, son muy pocos los lugares para la cantidad de gente que debería ser externada según la ley.

Tampoco resulta suficiente el tiempo que ofrecen para adquirir las competencias necesarias que debería tener el sujeto para volver a incluirse en la sociedad, en las instituciones relevadas el tiempo máximo es de 6 a 12 meses, motivo por el cual en muchas ocasiones los usuarios que salen de la CMC se vuelven a descompensar, y reingresan a la institución psiquiátrica, creándose así una cronicidad de reincidencias.

Claramente, quienes requieren del sistema público son personas que poseen recursos económicos, sociales, familiares y personales limitados, lo que conlleva que siga vigente la asociación locura-pobreza. En este sentido, nos encontramos en Argentina con un sistema sanitario que resulta perverso en cuanto a salud mental se refiere, existen dos clases de instituciones, hospitales psiquiátricos para locos pobres, y clínicas privadas para locos ricos. Pareciera que no se busca la salud mental, se busca cumplir con una ley sin recursos y sin medios, con una alta demanda y con escasas respuestas.

Como plantea Goffman (2003), los usuarios de la salud mental poseen una vida llena de miradas estigmatizantes a las que se debe enfrentar en el proceso de búsqueda de identidad individual y social, este etiquetamiento previo que hay sobre el sujeto recae tanto en él como en su familia o sistema de contención.

En esta situación, cabría repensar la externación de los usuarios internados en el HNP cuando la problemática es la situación de calle en la que terminan los usuarios una vez dados de alta. Como también pensar en el desarrollo de aquellos recursos,

dispositivos o herramientas que permitirían que aquellos sujetos que estén en condiciones puedan reinsertarse socialmente, siendo sujetos activos y productivos para la sociedad como para el Estado. Los profesionales, en este sentido, parecieran librar una cruzada eterna entre lo que su deber como profesional y código de ética dicta, las necesidades de los usuarios y las escasas posibilidades que el sistema de salud brinda.

Ivanov y Milcher (2008), plantean que la inclusión social es un proceso que permite que aquellas personas que se encuentren en riesgo de exclusión social o ya excluidos, puedan contar con las oportunidades, recursos y posibilidades de participar en la vida social, económica, cultural de la cual son miembros, alcanzando un grado de bienestar normal. Sin embargo, y a pesar de que es la búsqueda del proceso de desmanicomialización, como plantea Goffman (2003) todo ex enfermo mental debe enfrentar su desconocimiento de lo que los demás conocen de él, y si están enterados de que es un ex enfermo mental.

10. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson
- Bleger, J. (1967). *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*, cap. VI de Simbiosis y Ambigüedad, Buenos Aires, editorial Paidós.
- Carpintero, E. (2011). *La subjetividad Asesinada. Medicalización para domesticar al sujeto*. Topía. Colección Fichas para el Siglo XXI. Serie Futuro Imperfecto.
- CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid. Ed. Méditor.
- Cohen, H. y Natella, G. (1995). *Trabajar en Salud Mental: La desmanicomialización en Rio Negro*. Ed. Editorial SA. Viedma Argentina.
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (1995). *Reglamento de Especialidades*. Córdoba, Argentina.
- Coronel, M., Illera, M. y Mosquera, M. (2012). *Sistematización prácticas pre-profesionales, Acerca de la subjetividad en la urgencia*. Universidad Católica de Córdoba.
- Cutuli, A. (2005). *Comunidad de Locos*. (Documental). Colaboradores Cohen Araz, A. (Producción), Cutuli, A. (Edición) Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=_Yr9C00yiDo
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires: la invención del psicólogo*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Falcone, R. (2018). *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. Publicado en Psi.uba.ar, el 23/01/2018 (Documento Digital) Extraído el 15/01/2022 de http://3A%2F%2F23118.psi.uba.ar%2Facademica%2Fcarrerasdegrado%2Fpsicologia%2Finformacion_adicional%2Fobligatorias%2F034_historia_2%2FArchivos%2Finv%2FFalcone_HistoriaInstit.pdf&clen=136857&chunk=true
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría*. Publicado en Rev. Papeles del Psicólogo, 24 (85), 1-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>

- Ferrari, F. J. (2015). *Historia cultural de la psiquiatría en Córdoba, Argentina: recepción y decadencia de la neurastenia, 1894-1936*. Publicado en Trashumante. Revista Americana de Historia Social, núm. 5, enero-junio, 2015, pp. 288-309 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Cuajimalpa Distrito Federal, México
- Foucault, M. (1992). *Historia de la locura – Enfermedad Mental y Personalidad*. Ed. Paidós. Barcelona España.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica*. 7º Edición. Ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires Argentina.
- Foucault, M. (2014). *Vigilar y Castigar*. Ed. Siglo Veintiuno Ediciones. Buenos Aires, Argentina.
- Galende, E. (1983). *La crisis del modelo médico en Psiquiatría*. Cuadernos Médicos Sociales (23), 1-7.
- García Fanlo, L. (2011). *¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben*. A Parte Rei: revista de filosofía, Nº. 74, 2011.
- Garzón Maceda, F. (1917). *La medicina en Córdoba*. Publicado en Rev. Apuntes para la historia (Vol. 3). Buenos Aires: Rodríguez Giles.
- Ghisiglieri, F., Rosoloni, L. y Santi, M. (2013). *Sistematización prácticas pre-profesionales, Empoderamiento de derechos (a ser) humanos en usuarios del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial*. Universidad Católica de Córdoba.
- Goffman, E. (1994). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Goffman, E. (2003). *Estigma: La identidad deteriorada*. Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- González Cases, JC. y Rodríguez González, A. (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Publicado en Cuadernos técnicos de servicios sociales 17. Madrid España.

- González, C. y Torninbeni, S. (2002). Aportes para la innovación curricular. Concepciones sobre investigación de estudiantes universitarios de Psicología. Rev. Investigaciones en Psicología. U.B.A. Año 7-Nº 1.
- Haz, A., Díaz, D., y Raglianti, M. (2002). *Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial*. En *Terapia Psicológica*, 20(23-28).
- Imsero. (2008). *Modelo de centro de rehabilitación psicosocial*; En Ministerio de Educación, Política Social y Deporte Madrid España (2008) Modelo de centro de rehabilitación psicosocial; colección de documentos: 21016.
- Ivanov, A. y Milcher, S. (2008). *Inclusión Social y Desarrollo Humano*. Publicado en [revistahumanum.org](http://www.revistahumanum.org), (Documento Digital) Recuperado el 15/07/2021 de <http://www.revistahumanum.org/revista/inclusion-social-y-desarrollo-humano/#sthash.DLuAKuaZ.dpuf>
- Kraft, E. E. (2001). *Un Psiquiatra Alemán en Argentina*. En Stagnaro, J. C. y Conti, N. A. (2001) *Tres reformadores de la asistencia psiquiátrica*. Publicado en Revista Temas de historia de la Psiquiatría Argentina No 11 (2001).
- Leonardis, M. y Lafi, L. (2011). *Algunas Relaciones entre Arquitectura y Clínica en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba*. (Documento Digital) Extraído el 19/11/2020 de <http://publicaciones.ffyh.unc.edu.ar/index.php/7encuentro/article/view/446/487>.
- Ley Nacional Nº 24.430 (1994). *Constitución De La Nación Argentina*. Sancionada: 15/12/ 1994. Promulgada: 3/01/1995. (Versión Digital) Extraída el 29/05/2018 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- Ley Nacional Nº 26.657 (2010). *Ley Nacional De Salud Mental*. Sancionada: 25/11/2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010. (Versión Digital) Extraída el 29/05/2018 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley Nº 7106 (1984). *Ley de disposiciones para el ejercicio de la psicología*. (Versión Digital) Extraída 29/05/2021 de

http://fepra.org.ar/feprav3/documentos/leyes_ejercicio_provincias/Cordoba_Ley-7106.pdf

Ley Provincial Córdoba N° 9848 (2010). *Protección de la Salud Mental*. Sancionada el 20/10/2010 (Versión Digital) Extraída el 29/05/2018 de <http://marchasaludmental.com.ar/files/fleyprovincial.pdf?cl=en=185192&chunk=true>

Napolitano, G. (2000). *Nacimiento de la psicopatología en la historia de la psiquiatría*. Ed. Cuadernos de Psicología

Novella, E. J. y Huertas, R. (2010). *El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia*. Publicado en Scielo, Clínica Y Salud Vol. 21 Nro 3. (Documento Digital) Extraído el 15/09/2021 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300002&script=sci_arttext&tlng=en

Olivera, A. (2009). *La Colifata y el Día Mundial de la Salud Mental*. Artículo Inédito, Buenos Aires.

Organización Mundial De La Salud (OMS). (2014). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos, Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*, EDIMSA.

RAE. (2020). *Inclusión*. (Documento Digital) Extraído el 15/01/2022 de <https://dle.rae.es/inclusi%C3%B3n>

Ramos, M., Roldan, M., Schreber, S. y Serafín, R. (2011). *Los Derechos Humanos y las Prácticas en Salud Mental*. Programa de seguimiento de pacientes externados Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.

Rotelli, F. y Kazi, G. (2008). *Salud Mental. Experiencias y prácticas*. Ed. Espacio Editorial. Buenos Aires Argentina.

Rotelli, F., De Leonardis, O. y Mauri, D. (1987). *Desinstitucionalización: otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados*. Publicado en Revista Asociación Esp. Neuropsiquiatría. Vol. VII. N° 2.

Sampayo, A. R. (2005). *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Documento Digital) Extraído el 15/09/2021 de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdfS>

11. ANEXOS

11.1. ANEXO I: PERCEPCIÓN SOBRE EL CALEIDOSCOPIO.

Realice el contacto con la Lic. por teléfono, me atendió muy atentamente dispuesta a que le realice la entrevista, me citó para el día Miércoles 1 de Octubre a las 20 hs en la casa, sita en la calle Luis de Azpeitia 2934.

Ese día llegué y me encontré con una casa muy grande de ladrillo visto y muy linda, toque el timbre y me atendió una residente de la casa, la misma se encontraba como inquieta y con cierta curiosidad hacia quién era yo, pregunte por la Lic., que me estaba esperando, amablemente me invitó a pasar hasta el patio de la casa que quedaba en el fondo, donde se estaba desarrollando un taller de teatro. La casa se encontraba muy acomodada y limpia, se veía un lugar muy acogedor y cálido.

Era un patio con césped, una pileta y se encontraban todos, había aproximadamente 12 personas, todos mayores de edad hombres y mujeres sentados en media luna mirando hacia el que oficiaba de escenario, al entrar por sus espaldas saludé y todos se dieron vuelta para mirarme y saludar, la Lic. me dijo que la espere un momento que ya terminaban con la actividad y me invitó a sentarme en un banquito que se encontraba al costado.

Ahí me quedé, esperando en silencio que terminen de actuar...

Mi presencia había generado algo en ellos, se daban vuelta para mirarme, y cuando tenían que actuar parecía que sentían vergüenza de que yo esté mirándolos, pero rápidamente se acostumbraron y terminaron su tarea. Yo sentía que de alguna manera estaba interrumpiendo su actividad ya que mi presencia no les resultó indiferente, así que mientras observaba que se sentían incómodos tome unos apuntes que tenía y comencé a leer para que no les resultara intimidante mi mirada.

Todos se pararon, algunos se acercaron a saludar y ahí se acercó la Lic. y me invitó a ir a un lugar más tranquilo, un cuarto que estaba en el patio, donde finalmente se pudo desarrollar la entrevista.

11.2. ANEXO II: ENTREVISTA N° 1 CALEIDOSCOPIO.

¿Cómo se armó?, ¿cómo funciona?, ¿ para quienes es?

En un comienzo el caleidoscopio fue un taller que se dictó para personas en situación de internación en el HNP, nosotros funcionábamos en la rampa, todos habían hecho el curso de acompañamiento terapéutico y a partir de ahí entramos al HNP e hicimos las prácticas obligatorias de cuatro meses y después propusimos un proyecto para continuar dando el taller y ahí le pusimos entre todos, con los pacientes el nombre de Caleidoscopio, y funcionó en el HNP desde el año 2007 como cuatro años. Después de ahí nos mudamos a una casa en Urca, el taller se empezó a dictar y era también para los usuarios de otra Casa de Medio Camino que se llama conectarte, así que durante un año funcionó una vez por semana que venían los residentes de esa casa al taller.

Era un taller de expresión artística amplio, hacíamos diferentes técnicas, arte, teatro, canto, también en función de los intereses de las personas que asistían, y el año pasado en febrero, como nos acercamos a esta otra Casa de Medio Camino (Conectarte) nos dieron ganas de hacer algo similar y la casa se abrió en febrero del año 2013 y empezamos a hacer todos los trámites administrativos, toda la cuestión legal para poder abrir la casa y en septiembre conseguimos la habilitación del Ministerio de Salud. Somos la primer casa habilitada por el Ministerio y a partir de eso ingresó la primer persona que fue una mujer, y hoy en día hay diez personas viviendo en la casa, tenemos capacidad para trece personas, es una casa mixta, todos los que viven acá tiene tratamiento ambulatorio, tiene un psicólogo y un psiquiatra de referencia por fuera de la institución con los cuales desde el equipo del Caleidoscopio nos mantenemos en contacto, en comunicación constante para pensar estrategias, para pensar modos de trabajar.

En la casa hay siempre un acompañante terapéutico, tenemos tres turnos y entre los acompañantes, que son cinco actualmente y dos coordinadores, nos vamos turnando para cumplir las 24 hs los 7 días de la semana. El acompañante está como un referente, un responsable institucional, pero lo que se pretende es que entre los propios residentes se dividan las tareas relativas al mantenimiento de la casa, que tenga que ver con el orden, la limpieza, las compras. También tenemos una nutricionista que nos dio posibles menús que ellos van eligiendo para cocinar y van registrando lo que cocinan para que no se coma siempre lo mismo, dos días a la semana vamos a una feria, que eso ya lo

hacen ellos solos, se dividen entre ellos las tareas. Cada 15 días van al supermercado y las compras más cercanas se hacen por el barrio.

Son personas mayores de edad, la edad tope depende de la situación física de la persona, la condición es que sean auto válidos, porque al no haber personal de enfermería todos se manejan por sus propios medios.

Tenemos convenio con escuelas de acompañante terapéutico, que son tres actualmente y hay pasantes que vienen desde ahí a hacer sus prácticas, en este momento hay siete acompañantes, está bueno, porque a partir del ingreso de acompañantes surgen actividades nuevas, lo que tiene que ver con talleres u oficios sucede por fuera de la institución, hay personas que asisten a centros de día, a talleres, a una escuela, dentro de la casa no tenemos un taller organizado con horarios fijos, lo q no quiere decir que la persona no pueda salir a realizar sus actividades por fuera, sin embargo, ahora nos han invitado a participar de un encuentro de teatro y pusimos un día de encuentro para preparar una obra para este evento. Ahora tenemos eso fijo, pero va a ser solo un mes, la idea es que no haya algo permanente, o si los acompañantes proponen un taller para trabajar en 3 o 4 encuentros se hace, pero lo que se fomenta es que la persona pueda salir por fuera de la casa.

Los Lunes tenemos un espacio al que le llamamos asamblea, donde nos reunimos todos y trabajamos las cuestiones que tienen que ver con la cotidianeidad, con las cuestiones que puedan surgir en relación a la convivencia y la distribución de las tareas, que sean lo más equitativas posibles, y eso se va modificando en relación a cómo están los residentes con estas cuestiones. Y el espacio de los Miércoles es un espacio más enfocado a las cuestiones por fuera de la casa, porque veníamos notando que nos estaba costando trabajar con la cuestión de la búsqueda de un oficio, o laboral, o algún microemprendimiento. Fuimos buscando posibles programas de capacitación o de trabajo, fuimos a la oficina de empleo, ya hay algunas personas que han entrado en capacitaciones. Justo hoy los han entrevistado para un posible empleo en blanco para personas con discapacidad.

La casa se va adaptando en función de la personas que entran, tenemos contacto con otras instituciones, con otras Casas de Medio Camino, reuniones anuales donde podemos compartir experiencia.

¿Ustedes reciben algún tipo de ayuda?

Lo que hemos podido conseguir al estar habilitados por el ministerio de salud es la cobertura de las obras sociales, pero las otras Casas de Medio Camino que están funcionando no pueden hacer convenios con las obras sociales por no tener la habilitación, entonces la ley en eso nos ampara.

La Casa de Medio Camino tiene que ver con esto de proponer un espacio intermedio o diferente a lo que es siguiendo lo psiquiátrico, las personas que viven acá son personas que vienen de años de vivir en diferentes instituciones o que están en una situación y un contexto socio familiar que es desfavorable, donde la familia manifiesta que hay una imposibilidad de seguir conteniendo a esa persona, entonces se piensa la Casa de Medio Camino como una alternativa, aunque sea transicional, para poder trabajar algunas cuestiones en el momento en que la persona viva en la casa y que pueda volver a ese mismo lugar, o pensar en otro lugar diferente, ya habiendo adquirido distintas cuestiones que tienen que ver con los hábitos.

El tiempo en que están en la Casa de Medio Camino no se puede pautar como algo fijo con anterioridad porque tiene que ver con la particularidad de la persona, hemos tenido personas que han estado 2 o 3 meses y se han ido y persona que hace un año y estamos viendo y acompañando en la posible ida de la casa. Hoy nos encontramos con esta situación, de una persona que se quiere ir y por cuestiones económicas no está pudiendo, entonces pensamos de qué manera podrá hacer, y activamos más el tema de la búsqueda de algún oficio, la cuestión laboral.

Modalidad de trabajo

Se trabaja con una metodología que se basa en 4 ejes, el primero es la admisión, el proceso de admisión se realiza en cuatro etapas. En un primer momento se entrevista al equipo tratante del sujeto, luego a la familia y luego al sujeto. Finalmente, el equipo terapéutico de la casa analiza y evalúa las entrevistas tomando en cuenta el perfil de la institución y grupo de convivencia.

El segundo eje es el abordaje social donde se trabaja con cada uno de los sujetos padecientes la socialización e independencia; reconociendo y fortaleciendo las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y volitivas. Se toman en cuenta los objetivos de la institución y se aplican en el cronograma de actividades. Para el logro de

tales objetivos y actividades se trabaja desde lo social - comunitario en la construcción y sostenimiento de una red.

Como tercer eje, el abordaje familiar en el que se entiende por familia no solo a la familia biológica, sino que incluimos en el concepto a amigos, vecinos, familia extensa o cualquier otra persona que pueda colaborar responsable y saludablemente con el paciente. Con estas personas se trabaja semanal o quincenalmente, asesorándolos en relación a la problemática del sujeto, sus dificultades especiales e incluyéndolos en distintas estrategias como darles la medicación, acompañarlos a los controles médicos, colaborar con las tareas domésticas, etc. Comprende implementar estrategias para la inclusión y/o implicación de familia en el proceso salud – enfermedad. Por último, el cuarto eje que es el abordaje clínico, en el que se evalúa conjuntamente con el equipo tratante, diagnóstico y tratamiento implementado para el paciente, se distribuye y organiza las intervenciones en el caso y se acuerdan reuniones periódicas de evaluación.

Los criterios de egreso de la casa tienen que ver con la particularidad de cada persona, por lo que no hay un tiempo estipulado en el cual el residente debe dejarla.

Medicación

Cada residente tiene una caja donde se guarda la medicación y una vez por semana con el acompañante terapéutico de guardia se organiza el pastillero de la persona, la idea es que pueda ser el residente el que lo arme y que esté el acompañante terapéutico ahí. La idea es que ellos sepan qué medicación toman, para qué la toman, en qué horario, ir registrando cuando están por quedarse sin medicación. Todas acciones que tienen que ver con fomentar la independencia.

Actualmente hay 3 pacientes externados del HNP.

11.3. ANEXO III: REGISTRO DE LA VISITA A LA CASA DE CONVIVENCIA.

Miércoles 13:20.

Realice el contacto con las profesionales del HNP, lugar en el que nos encontramos, de ahí fuimos hasta la casa con la Dra. y la Lic., tocamos la puerta y nos recibió una chica junto con "Lola" la perrita del lugar, la casa se encuentra ubicada en la calle Yapeyú 1.464 del barrio San Vicente.

Entramos a la casa, me presentaron diciendo que yo era estudiante de psicología y que iba a conocer la casa y a realizarles entrevistas a ellas (Dra. y Lic.), todos se acercaron a saludar.

La mesa estaba servida, recién habían terminado de almorzar, justo ese día por ser miércoles se encontraba una sra que les ayuda con la cocina ya que ese es el único día que cocinan ahí, el resto de los días la comida la retiran del HNP.

Se les pidió que limpien la mesa y junten las cosas porque iba a comenzar una reunión, cada uno colaboró en esta tarea y luego empezó la reunión, todos sentados en círculo alrededor de la mesa y comenzaron a charlar sobre un festival que se aproximaba y del que ellos participan vendiendo frascos de escabeche que ellos mismos habían hecho.

Paralelo a esta situación, y mientras convocaban a la reunión había uno de los integrantes de la casa (R) que había llegado hacía 10 días y estaba encerrado en una de las habitaciones de arriba y no quería salir, le habían colocado la medicación el día anterior y se había encerrado con pasador, no contestaba ni quería salir así que no participó de la reunión, más allá de la insistencia de la Dra. y la Lic para saber si se encontraba bien. Luego de terminada la reunión y en medio de mi entrevista con ellas en el living de la casa, salió solo y se acercó a nosotras presenciando la entrevista.

Al finalizar la entrevista recorrí la casa, con el consentimiento de los habitantes tomé algunas fotografías, algunos de ellos ya se encontraban durmiendo la siesta, me despedí de los que estaban despiertos y nos retiramos, al ver que nos íbamos, R, el cual se encontraba parado frente a mi se quiso ir al HNP con nosotras.

11.4. ANEXO IV: ENTREVISTA N° 2 CASA DE CONVIVENCIA.

- ¿Cómo podría definir las Casas de Medio Camino?

La definiría como una "plataforma de despegue" en salud mental, a las personas las ponen en el lugar de pasivos y con eso se pierden las habilidades. El hospital te roba los hábitos, los ritmos, los gustos; hay que recuperar todo eso. Acá aprenden a administrarse, a relacionarse, la gente que ha vivido acá se ha ido en pareja, se fueron enojados, volvieron, porque nosotros no tenemos límites "duros" y vemos caso por caso. El trabajo es entre muchos, con la limpieza y el orden.

- ¿Qué se espera ideal o formalmente de las Casas de Medio Camino?

Lo que se espera es que la personas puedan rehabilitarse, tener hábitos, autonomía, que se puedan resocializar, que puedan tener una salida laboral, una actividad diaria.

- ¿Cómo llegan a vivir acá?

Se trabajaba en la externación, el director nos pidió que trabajemos en "acompañamiento de pacientes en externación". Antes estaban en una pensión, y la gente que vivía con ellos los molestaban entonces no duraban mucho en las pensiones, por esto se propuso que salud mental les alquile un lugar y no, entonces en el mes de Diciembre del 2012, se contactaron con una sra que les dijo para alquilar la casa, y se alquiló esta casa, nosotras somos la titular y garante. (La titular y la garante son la Dra y la Licenciada.)

Tener un lugar propio es saludable.

-¿Tiene subsidio? ¿Cómo se mantienen?

Esta es una casa autogestionada, acá recibimos donaciones y las cosas se pagan entre todos, la gente que vive acá recibe una pensión de \$2.900 y de ahí se paga el alquiler y el resto de las cosas, la comida la buscan del "neuro" todos los días a excepción de un día que viene una sra y los ayuda a cocinar lo que tengan ganas de comer ese día.

De los que viven actualmente 4 ya se manejan solos con la plata, al resto hay que ayudarlos a administrarse.

- ¿Cómo se administra la medicación?

Con la medicación se manejan solos, uno de los requisitos es ese, que tomen la medicación, que tengan un equipo tratante, acompañante terapéutico y que estén estabilizados. No tienen un acompañamiento tan personalizado.

-¿Cuál es la capacidad de la casa? ¿Cuántas camas tiene y cuantas personas hay actualmente?

La casa tiene lugar para 8 personas, actualmente se encuentran 7, 6 hombres y 1 mujer.

-¿Cuánto tiempo están en la casa?

No hay límite de tiempo, lo que hay son aspectos a trabajar más acompañamiento, y que logren irse a vivir solos.

-¿Cómo es la relación con la sociedad, con los vecinos?

Con los vecinos la relación es buena, por ejemplo alquilan el garaje de la casa que no se usa.

- ¿Qué actividades realizan? ¿Trabajan? ¿Dónde?

Algunas de las actividades que cada uno realiza fuera de la casa son, huerta, guitarra, repostería, cortar el pasto y venta ambulante. Cada uno tiene una actividad más allá de las cosas que hacen en común.

11.5. ANEXO V: REGISTRO DE LA ENTREVISTA EN LA CASA DE MEDIO CAMINO PROVINCIAL.

Luego de hacer el contacto con una de las Lic. visite la Casa de Medio Camino un día viernes a las 9am, me atendió la Lic, las señoras de las casa se encontraban durmiendo, así que fuimos hasta la oficina a realizar la entrevista, en medio de la entrevista se acercó una señora que recién se levantaba a realizarle una consulta a la Lic, la cual le pregunta por una de las mujeres que había salido. Una vez terminada la entrevista recorrimos la casa y ya había otra de las mujeres en el comedor mirando tv a la que salude y me presente, durante el recorrido vi a otra señora que había ido a comprar algo para tomar porque no se sentía bien de salud. Terminé de conocer el lugar, pedí permiso para tomar algunas fotos y cuando me retiré solo me encontré con una sra a la que le agradecí y me retiré.

11.6. ANEXO VI: ENTREVISTA N° 3 CASA DE MEDIO CAMINO PROVINCIAL.

- ¿Cómo podría definir las Casas de Medio Camino?

Desde el discurso se pone como un dispositivo en la misma bolsa. Distintas respuestas a distintas problemáticas de acuerdo a los sujetos y a lo que necesitan.

Es un lugar estratégico, un lugar puente entre la internación o reinternación a la comunidad; es un proceso para que no sea un hospital.

-¿Cuánto tiempo están?

El criterio son 6 meses, pero es flexible y se respeta el proceso de egreso de cada una.

-¿Cuáles son los criterios de admisión?

Se les realiza una entrevista de admisión, con criterio de abordaje de las distintas instituciones psiquiátricas, con intervención.

-¿Cuántas casas hay actualmente en Córdoba? ¿Qué se espera de ellas?

Solo esta casa política del proceso, política de cambio, hay que dar un paso al costado, corrernos y mirar a la comunidad. Las Casas de Medio Camino no son un techo para los que no tienen lugar. Hay que hacer un trabajo con la comunidad, una red de contención.

-¿Cuáles son los organismos que la habilitan?

Ministerio de Salud, se estuvo un año peleando para que entiendan que no traigan comida, que no haya carteles por fuera, que tiene que ser una casa como la de cualquiera, con reglas de convivencia y consentimiento informado.

-¿Tienen subsidio? ¿Cómo se mantienen?

Con subsidio, el Ministerio ofrece la comida una vez por semana y artículos de limpieza, el resto lo ponen ellas, las habitantes de la casa.

-¿Cuántas camas hay? ¿Cuántas hay viviendo actualmente?

Hay lugar para 6 mujeres, con dos habitaciones, en una hay 4 camas y 2 en la otra. Ya han pasado cincuenta y pico de mujeres, algunas egresan y otras siguen viviendo. Actualmente hay 4 mujeres.

-¿Qué actividades realizan?

No hay actividades fijas, ellas eligen lo que quieren hacer, por ejemplo ahora están con una feria pero es por fuera del ámbito de salud mental, lo que hacen todos los años son actividades de catering, y ahí ya tienen un ingreso.

Se turnan con un cronograma para las actividades para las tareas del hogar.

Por ejemplo, los malestares de convivencia se trabajan una vez por semana.

Y nosotras de lunes a viernes por la mañana estamos acá.

-¿Cómo se administra la medicación?

La medicación la trabajan con sus médicos, se les explica para qué es cada una y se las administran solas.

11.7. ANEXO VII: ENTREVISTAS A PROFESIONALES DEL HNP

i. ANEXO 11.7.1: ENTREVISTA N° 4 LIC. TRABAJO SOCIAL.

- ¿CÓMO PODRÍA DEFINIR QUE ES UNA CASA DE MEDIO CAMINO?

La Casa de Medio Camino es un dispositivo intermedio dentro de las estrategias que se implementan en salud mental, está en la ley para la inclusión social de pacientes que no están en condición de insertarse en la comunidad después de una crisis.

Es un dispositivo diferenciado de los hogares porque buscan ser como una casa donde se puedan realizar actividades en lo cotidiano y se trabaja el restablecimiento de hábitos y el vínculo con los otros y el afuera.

- ¿QUÉ SE ESPERA DE ESTAS CASAS EN EL PROCESO DE DESMANICOMIALIZACIÓN?

Lo que se espera es la reinserción social en un tiempo breve entre seis meses y un año laboral, también se espera que pueda tener lazos familiares, la sociabilización y que pueda manejarse con el afuera y ser ciudadano.

-¿CUÁL ES LA REALIDAD DE LAS C.M.C Y QUÉ PAPEL CUMPLEN EN LA ACTUALIDAD?

Las Casas de Medio Camino que hay son pocas, hay una sola de la provincia de Córdoba formal, no lograron cubrir la demanda ni la necesidad de los médicos y pacientes.

En las Casas de Medio Camino privadas solo pueden acceder personas con obras sociales o plata.

En la actualidad cumplen un papel importante como un granito de arena.

No tienen el apoyo de la dirección de salud mental, no hay presupuesto del Estado, no se le da importancia desde los organismos oficiales.

-¿CUÁNTAS CASAS HAY?, ¿PARA QUIENES SON?

Hay dos Casas de Medio Camino privada, el caleidoscopio y conectarte, hay una casa de convivencia autogestionada por pacientes del HNP y coordinada por

profesionales y también está la Casa de Mujeres de la Provincia. Hay otros que no cumplen con los requisitos mínimos y no están habilitadas.

**ii. ANEXO 11.7.2: ENTREVISTA N° 5 MÉDICA
PSIQUIATRA.**

- ¿CÓMO PODRÍA DEFINIR QUE ES UNA CASA DE MEDIO CAMINO?

La Casa de Medio Camino es una institución intermedia entre una internación y un domicilio, pasa a ser el hogar de la persona.

Donde hay medidas de seguimiento, control de medicamentos y acompañamiento terapéutico

Los pacientes son supervisados pero con libertad para salir y realizar actividades.

Con las Casas de Medio Camino se cuenta cuando no hay un hogar favorable para una externación o cuando el paciente está en situación de calle.

- ¿QUÉ SE ESPERA DE ESTAS CASAS EN EL PROCESO DE DESMANICOMIALIZACIÓN?

Lo que se espera es que sean de utilidad para aquellos pacientes que no pueden vivir solos porque no son autoválidos, necesitan cierta supervisión, algún agente externo que los controle mínimamente, ayude con la alimentación, con cuidados de higiene, la mirada de los profesionales.

-¿CUÁL ES LA REALIDAD DE LAS C.M.C Y QUÉ PAPEL CUMPLEN EN LA ACTUALIDAD?

La realidad es que no hay la cantidad que debería haber, se hace difícil la externación de pacientes que cumplirían el criterio de estar en una Casa de Medio Camino y están saturadas, no dan abasto para la demandas. El papel que cumplen es lo que uno espera, la definición que te di anteriormente.

-¿CUÁNTAS CASAS HAY?, ¿PARA QUIENES SON?

Según el director de salud mental dice que hay 20 en toda la provincia en la parte pública.

Pero en realidad, lo que yo conozco es una sola, después está la privada del Morra, Caleidoscópico.

iii. ANEXO 11.7.3: ENTREVISTA N° 6. LIC. EN PSICOLOGÍA.

- ¿CÓMO PODRÍA DEFINIR QUE ES UNA CASA DE MEDIO CAMINO?

Las Casas de Medio Camino no están definidas formalmente, son espacios que permiten alojar al paciente e ir trabajando paulatinamente su inserción en lo social.

Es un intermedio, momento en donde lo que se trabaja es el poder reforzar los lazos sociales, la posibilidad de un espacio dentro de la comunidad (laboral) y que el paciente se pueda ir manejando de manera independiente en lo social.

Implica un acompañamiento y también otorga ciertas posibilidades de manejarse independientemente, favorecer la reinserción en lo social.

- ¿QUÉ SE ESPERA DE ESTAS CASAS EN EL PROCESO DE DESMANICOMIALIZACIÓN?

Lo que se espera de las Casas de Medio Camino es que el paciente pueda tener el acompañamiento desde lo profesional, la posibilidad de reinsertarse, encontrar un lugar y manejarse independientemente.

-¿CUÁL ES LA REALIDAD DE LAS C.M.C Y QUÉ PAPEL CUMPLEN EN LA ACTUALIDAD?

En realidad son muy pocas, tienen pocos recursos y pueden alojar a pocas personas.

El papel que cumplen, es el de permitir la externación de la institución y la inserción en lo social, alojar, dar lugar.

Ser un lugar con el objetivo de posibilitar este socializar.

-¿CUÁNTAS CASAS HAY?, ¿PARA QUIENES SON?

Hay una casa del Estado y privadas. El Caleidoscopio y una que es de la enfermera Luisa, pero creo no es una Casa de Medio Camino.

11.8. ANEXO VIII: MODELO CARTA INFORMATIVA

El presente trabajo es conducido por **Jorgelina Ruggeri**, estudiante de la carrera Lic. en Psicología, de la Universidad Católica de Córdoba. La meta de este estudio es el análisis de los procesos de desmanicomialización a partir de las Casas de Medio Camino de la ciudad de Córdoba.

La participación en este trabajo es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo.

A continuación se presenta un consentimiento informado que usted deberá firmar, posterior lectura. El mismo no será entregado a nadie, y una vez concluido el trabajo y aprobado el TIF, será destruido a los fines de preservar la identidad de los encuestados.

Si tiene alguna duda sobre este trabajo, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Respecto de la devolución, no habrá ningún tipo de devolución individual.

Desde ya le agradecemos su participación.

Jorgelina Ruggeri Boldt

11.9. ANEXO IX: MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en este trabajo, conducido por **Jorgelina Ruggeri Boldt**. He sido informado/a de que la meta de este trabajo es la recolección de datos y análisis de las Casas de Medio Camino en el proceso de desmanicomialización.

Me han indicado que tendré que responder a una entrevista, la cual tomará aproximadamente **45** minutos y será grabada con fines académicos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este trabajo 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.

Firma del Participante

Fecha: ____/____/____