



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES

El estado actual de los espacios
orientados a sustituir la lógica manicomial
en la ciudad de Rosario

Tesina de Grado
Licenciatura en Trabajo Social

Marcantonio, Josefina
Josefinamarcantonio4@gmail.com

Directora: Lic. Coll, Laura

Rosario, diciembre 2018

¡Gracias!

*“Amar la trama más que al
desenlace...” (Drexler)*

A mi familia; por acompañarme física, material y emocionalmente en estos siete años de formación, transitados con alegría, sufrimiento y cuantos sentimientos y vaivenes emocionales más.

A mis amigas: a “las de colón”, por estar presentes en este proceso, tenerlas acá fue tener un pedacito de Colón conmigo, fue no sentirme sola.

A “las de la facu” por hacer llevadero y divertido el cursado, aunque en momentos agitados de tp’s no las quería ver ni en figuritas, quiero que sepan que sin ustedes no hubiese podido.

A ambas quiero decirles que juntas fue más fácil.

A Alejandra, y a todes les que conforman y transitan “Pomelo en el Patio”, por abrirme las puertas al campo de la salud mental y darme la posibilidad de construir una práctica activa e interesante.

A Laura, por el tiempo y por acompañarme con dedicación y mucho conocimiento en este último tramo de mi formación.

A la universidad pública y sus docentes, que me permitieron abrir la mente y problematizar hasta lo improblematizable, formarme y recibirme de lo que elegí.

Índice

| | Pág. |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| CAPÍTULO I | |
| Acerca de la metodología | 6 |
| Marco teórico | |
| Salud y salud mental – desmanicomialización – espacios orientados a sustituir la lógica manicomial | 7 |
| Trabajo social: no sin otros..... | 12 |
| CAPÍTULO II | |
| ¿De qué se trata la reforma en salud mental? | 14 |
| CAPÍTULO III | |
| Espacios orientados a sustituir la lógica manicomial en Rosario | |
| ¿Cuántos?..... | 21 |
| Orientación..... | 23 |
| Contribuciones subjetivas y materiales a les usuaries: desde la perspectiva de las trabajadoras..... | 32 |
| Trabajo interdisciplinario, interministerial y en red..... | 38 |
| ¿Espacios alternativos o sustitutivos? | 47 |
| Acerca de las condiciones de trabajo..... | 52 |
| Apertura a la comunidad | 55 |
| REFLEXIONES FINALES | 60 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 64 |

Introducción

A raíz de haber transitado los tres años de práctica profesional en el centro de producción e intercambio “Pomelo en el Patio”, pensé en elegir un tema que, de algún modo, aporte desde la profesión del trabajo social al proyecto de desmanicomialización, el cual atravesó mi recorrido por la institución. Este proyecto es entendido como un proceso histórico de reformulación crítica y política en el campo de la salud mental, que tiene como objetivo el cuestionamiento y la elaboración de propuestas de transformación del modelo médico hegemónico.

Dicho aporte será a través del reconocimiento y análisis de los diferentes espacios orientados a sustituir la lógica manicomial en la ciudad de Rosario. La idea es poder dar cuenta, a partir de la lectura de sus trabajadores, de las diferentes ofertas con sus diferentes modos de articulación, con sus diversas posiciones, modalidades, con sus limitaciones y alcances; pensado desde un sentido amplio que trascienda lo específico de cada espacio.

Esto nos permitirá acercarnos a tomar conocimiento sobre el estado actual en que se encuentra lo sustitutivo en la ciudad, y de esta manera poder analizar los efectos que alcanzan en el marco de la salud mental y de su contribución al paradigma desmanicomializador, al proyecto de una sociedad sin manicomios, alejada de prácticas manicomiales, de una sociedad en la que les “diferentes” no sean estigmatizadas y excluidas.

A continuación, dentro del primer capítulo, se encontrarán los aspectos metodológicos del trabajo: el problema objeto de estudio, los objetivos que persigo y la metodología utilizada para la concreción de los mismos.

En el segundo capítulo, trataré de recuperar brevemente, a nivel internacional y a nivel local, la historia de los movimientos anti- manicomiales, evitando las frecuentes tendencias a considerar los productos de la historia como auto creados, es decir, sin pasado y sin futuro. Además, nos permitirá comprender el estado actual y con ello, lo no natural de los acontecimientos.

En el tercer y último capítulo, los lectores se encontrarán con la sistematización y análisis de las entrevistas realizadas a trabajadoras de lo sustitutivo en la ciudad de Rosario. Se retomarán diversos ejes en común abordados en las entrevistas que permiten conocer por dentro la situación que atraviesan estos espacios en el presente.

Para ir concluyendo, hallaremos algunas reflexiones con el fin de intentar responder los objetivos y las dudas con los que comencé el presente trabajo. Sin concluir en proposiciones definitivas, me propongo un trabajo que convoque a pensar y aporte a los debates e interrogantes que se plantean en el campo de la salud mental en relación a los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial.

En el final, se encontrará la bibliografía utilizada, a la que se podrá remitir ante cualquier inquietud.

Es pertinente señalar que en el presente trabajo utilizaré el lenguaje inclusivo, el cual nació como una propuesta para erradicar el androcentrismo en el habla, entendiendo que la lengua invisibiliza la figura femenina y que, como construcción cultural en permanente transformación, recoge también la discriminación y el sexismo que se vive en la sociedad. Similar a la propuesta de la “x” o de la “@”, utilizare la “e” como vocal neutra, ya que ésta puede ser pronunciable.

El uso de este lenguaje es una elección y una postura personal, por lo tanto, a la hora de hacer citas textuales y de retomar los dichos de las entrevistadas, no modificare sus palabras, respetaré el lenguaje utilizado.

El lenguaje inclusivo genera desacuerdos e inconformidades en gran parte de nuestra sociedad por salirse de las normas gramaticales, no obstante, considero que el debate no se debe centrar en lo ortográficamente correcto. El lenguaje es histórico, es social, evoluciona en cada época para responder a las necesidades de la comunidad que lo utiliza, no se trata de destruirlo, sino de utilizarlo de una manera que no invisibilice, que no diferencie, que incluya.

El pedagogo Paulo Freire, en un párrafo de su libro “El grito manso”, refleja de manera clara esta idea: *“Siempre digo hombres y mujeres porque aprendí hace ya muchos años, trabajando con mujeres, que decir solamente hombres es inmoral. De niño, en la escuela, aprendí otra cosa: aprendí que cuando se dice hombre se incluye también a la mujer. Aprendí que en gramática el masculino prevalece. Es decir que, si todas las personas aquí reunidas fueran mujeres, pero apareciera un solo hombre, yo debería decir ‘todos ustedes’ y no ‘todas ustedes’. Esto, que parece una cuestión de gramática, obviamente no lo es. Es ideología y a mí me llevó un tiempo comprenderlo”*. (Freire; 32: 2008)

Capítulo I

Acerca de la metodología

Como *tema* de estudio de tesina de grado de la Licenciatura en Trabajo Social realizaré **una lectura y aporte, desde el trabajo social, sobre el estado actual de los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial en la ciudad de Rosario.**

Para el desarrollo del mismo, los *objetivos* propuestos fueron los siguientes: en primer lugar, identificar los diferentes espacios orientados a sustituir la lógica manicomial existentes en la ciudad de Rosario. En segundo lugar, dar cuenta del estado actual de estos espacios, a partir de un análisis de los mismos. En tercer y último lugar, reflexionar sobre si dichos espacios son reales y viables (institucional, legal y socialmente) para un verdadero proceso de desmanicomialización.

La concreción de estos objetivos estará atravesada por una lectura realizada desde el trabajo social, valiéndome de los conocimientos aportados por las cátedras de la escuela y de la valiosa experiencia de la práctica profesional.

La metodología seleccionada para llevar adelante el presente trabajo, fue la *metodología cualitativa*, que junto a la metodología cuantitativa, conforman los principales paradigmas pertenecientes a la práctica de la investigación.

La elección de dicha metodología se debe a las características del objeto planteado, fundamentalmente a su carácter subjetivo e intersubjetivo, donde como investigadora soy parte activa y participante del trabajo de campo como así también les demás actores sociales que participan en el mismo; sus percepciones, interpretaciones e ideas, ocupan un lugar central en el escenario de investigación. (Sautu, 2005)

Respecto a la estrategia para producir datos dentro de la investigación cualitativa, se encuentra la entrevista. La misma es una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, registrar y recuperar información, datos y experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente. Es una situación en la que, por medio del lenguaje, les entrevistades cuentan sus historias y les entrevistadores preguntan sobre sucesos y situaciones, en un marco de interacción directo, flexible, personalizado y espontáneo. (Sautu, 2005)

Dentro de los diferentes tipos de entrevistas, la *entrevista semi estructurada* fue la elegida como principal herramienta para la elaboración de la información. Este tipo de entrevista comparte con la entrevista estructurada la existencia de una guía prediseñada, con un listado de temas a tener en cuenta y preguntas fundamentales a realizar, pero que permiten modificar esa guía en el transcurrir de la entrevista para aprehender aquellas cuestiones no previstas que van surgiendo y que pueden ser importantes a la temática de estudio.

Las personas entrevistadas fueron seis mujeres, cada entrevista fue pensada y realizada en base a la institución en donde trabajan (orientación y modalidad de la institución, función que cumplen, modalidad de trabajo, etc.) y estuvieron atravesadas

por distintos ejes que apelaban, no tanto a datos certeros, sino más bien a su opinión personal (reflexiones sobre la función que actualmente cumplen estos espacios en relación a lo sustitutivo, sobre las contribuciones subjetivas a les usuaries, sobre el trabajo con otros, etc.).

Conjuntamente, utilicé una entrevista realizada a la coordinadora del centro de producción e intercambio “Pomelo en el Patio”, en el año 2013 en el marco de la materia “Introducción a la práctica profesional II”.

En primer lugar, se dejaron explicitadas algunas cuestiones: qué objetivos persigo con la entrevista, quiénes tendrán acceso a la información obtenida y para qué se utilizará la misma. Al mismo tiempo, se pidió autorización para que las entrevistas fuesen grabadas.

La primera entrevista fue realizada a Marcia Reitich, trabajadora de la Dirección Provincial de Salud Mental, encargada de coordinar los dispositivos sustitutivos de la provincia; la segunda a una de las coordinadoras del emprendimiento gastronómico “El horno está para bollos”; la tercera a la coordinadora del dispositivo textil “Al divino botón”; la cuarta a una operadora de tres casas asistidas localizadas en la ciudad de Rosario; la quinta a una de las coordinadoras del centro cultural “Gomecito”; y por último a dos trabajadoras del centro de producción e intercambio “Pomelo en el patio”, por un lado a la coordinadora del espacio de venta y por otro lado a la coordinadora del dispositivo.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas respetando las palabras textuales de las entrevistadas con el fin de que al leerlas se puedan vislumbrar las dudas, convicciones y demás sentimientos y emociones que acompañaron sus palabras. En palabras de Vega: *“Los testimonios orales recabados mediante entrevistas proporcionan, por un lado, información explícita sobre algo; es decir, información referencial fáctica sobre acontecimientos, procesos, situaciones. Pero también la manera en que esos acontecimientos son relatados brinda otro tipo de información: aquella que da cuenta de las interpretaciones del entrevistado, las significaciones que construye, los sentidos que le otorga a la propia experiencia, sus valores y creencias”*. (Vega; 2009: 3)

Marco teórico

Salud y salud mental – desmanicomialización - espacios orientados a sustituir la lógica manicomial

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud como *“el estado de bienestar general del ser humano, entiéndase salud física, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. (OMS, 1946) La salud mental, a pesar de diferenciarse dentro del campo general de la salud a partir de prácticas y saberes específicos, se encuentra incluida en el concepto de salud, y expresa la comprensión del ser humano desde la perspectiva de la integralidad.

Lucía Del Carmen Amico, concuerda con que salud es el máximo bienestar posible del ser humano, pero agrega que este bienestar varía en cada momento histórico, siendo producto de la interacción entre el sujeto social y su realidad. Por lo tanto: *“Salud no puede definirse en forma de una categoría absoluta, objetiva e inmutable. Corresponde construirla y reconstruirla junto a las prácticas”*. (Amico; 2005:17)

En este sentido, la concepción sobre la salud mental también se va modificando, según diferentes modelos psiquiátricos y médicos: *“Salud Mental se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico”*. (Amico; 2005: 17)

Actualmente los criterios para el diagnóstico de los trastornos mentales tienen un punto de referencia básico en los criterios de Diagnóstico del DSM-V (Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales, 5ª edición). Este manual, en resumidas palabras, clasifica a los trastornos mentales a partir de las descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los profesionales de la salud (sobre todo los psiquiatras y psicólogos) puedan diagnosticar y en consecuencia determinar su tratamiento, como si el sufrimiento fuera encasillable y estandarizable. Es decir, que si bien hay parámetros clínicos que permiten determinar el diagnóstico de una persona con sufrimiento subjetivo, la manera de tratarlo no debe ser determinada a priori, el tratamiento es subjetivo, es según cada sujeto.

En cuanto al concepto salud mental, retomando al artículo N° 3 de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657¹ (en adelante LNSMYA N°26.657), es considerada: *“Un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*.

Desde esta perspectiva, la génesis de los trastornos mentales² debe buscarse no sólo en cuestiones biológicas o genéticas, sino también en factores sociales, económicos, políticos, culturales, concibiendo al ser como un ser bio- psico- socio-cultural: *“El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, conlleva a que su preservación y mejoramiento implique una dinámica de construcción social, vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable”*. (Ricciardi y otros; 2006:104)

¹ Promulgada en 2010 y parcialmente reglamentada en 2013.

² *“El término “enfermedad mental” fue cuestionado por la OMS, proponiendo el uso de “trastorno mental”. De esta manera, se le quitaría el componente bio – médico que han tenido los sufrimientos mentales, que son parte de los sufrimientos humanos”*. (Galende, 2017)

No obstante, esta definición de salud mental no es compartida por todos. Cotidianamente se observan posicionamientos desde el paradigma ³ médico hegemónico, el cual refiere a un criterio de parcelación de las profesiones, donde el campo de la salud mental estaría designado únicamente a psicólogos y psiquiatras otorgándoles a éstos un status privilegiado en el manejo del poder a nivel institucional. Esta concepción responde al concepto de salud de corte funcionalista que fragmenta al sujeto y lo responsabiliza de su situación y problemática.

Pensar en términos de salud mental implica dejar atrás las concepciones tradicionales de la psiquiatría, la ampliación del concepto se ve reflejada en la introducción de un abordaje interdisciplinario, permitiendo complejizar los puntos de vista sobre la locura, históricamente vinculados a la peligrosidad e incapacidad.

Retomando a Emiliano Galende, salud mental no constituye rigurosamente una disciplina, sino un campo o categoría de transdisciplina, ya que su objeto es en sí mismo complejo, incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales. (Galende, 2012) *“Se trata de lograr una subjetividad transdisciplinaria, aquella en que podemos integrar, no sin tensión y conflicto, los saberes y prácticas de las otras disciplinas con las que se comparte el campo de intervención”*. (Galende; 2012: 28)

Estas disímiles concepciones sobre la salud mental, se ven reflejadas en dos paradigmas, que conviven y se disputan permanentemente en el campo⁴ de la salud mental. A grandes rasgos, por un lado, encontramos el paradigma hegemónico de la medicina, signado por el positivismo y caracterizado por una lógica manicomial, compartiendo creencias, valores y técnicas relacionadas al encierro, aislamiento social, control y tratamientos correccionales y disciplinarios de la salud mental. Por el otro lado, un *paradigma desmanicomializador*, que no implica sólo el cierre del manicomio y la consecuente reforma de los servicios y el modelo de atención, sino cambiar las formas de cómo la sociedad piensa a la persona con sufrimiento mental, implica un cambio cultural, político y ético. Invita a la sociedad a remover imaginarios y concepciones manicomiales sobre la locura y su atención o tratamiento.

La desinstitucionalización, como parte de este proceso, no significa únicamente cerrar el manicomio, sino que sugiere la creación de lugares alternativos de tratamiento en comunidad: *“El concepto desinstitucionalización surge ligado históricamente al de la salud mental comunitaria, supone tanto el cuestionamiento del manicomio como*

³ Concibiendo a éstos como, *“un conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”*. (Kuhn; 2004: 13)

⁴ Según Bourdieu, la vida social se reproduce en campos, que funcionan con una fuerte interdependencia. Cada campo genera un capital y los grupos que intervienen en él, luchan por su apropiación. En palabras del autor, el campo es definido *“como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de la distribución de especies del poder cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como su relación objetiva con otras posiciones”*. (Bourdieu; 1992: 72)

institución custodial y generadora de patología, como el desarrollo de una red asistencial alternativa ubicada en la comunidad". (Amico; 2005: 40) Para lo cual es necesario deconstruir lo instituido, planteando nuevas políticas, nuevos dispositivos.

Rotelli, De Leonardis y Mauri, desde la experiencia de la reforma en Italia, sostienen que el punto de partida para la desinstitucionalización ha sido comenzar a desmontar la relación problema-solución⁵ renunciando a perseguir aquella solución racional que en el caso de la psiquiatría es la normalidad plenamente restablecida: *"Ya no se está frente a un problema dado, respecto al cual se formulan y se aplican soluciones; estamos, más bien, implicados en la confrontación con un andamiaje de respuestas científicas, terapéuticas, normativas y organizativas que se auto legitiman como soluciones racionales definiendo, formando y reproduciendo el problema a su propia imagen y semejanza"*. (Rotelli y otros; 1987:171)

Esto no significa renunciar a curar: *"La desinstitucionalización es sobre todo un trabajo terapéutico, dirigido a reconstruir la persona, en tanto que sufriente, como sujeto. Después de haber invertido «la solución-curación» se ha descubierto que curar significa ocuparse, aquí y ahora, de hacer que se transformen los modos de vivir y sentir el sufrimiento del paciente y que se transforme globalmente la vida concreta y cotidiana, que alimenta este sufrimiento"*. (Rotelli y otros; 1987:174)

Siguiendo a estos autores, el proceso de desinstitucionalización está caracterizado por tres aspectos o condiciones, mediante las cuales se transforman las necesidades de los usuarios, de los profesionales y de la comunidad, a las que se respondía con el internamiento, construyendo respuestas completamente sustitutivas. (Rotelli y otros, 1987) Brevemente, estos aspectos son: la construcción de una nueva política en salud mental desde el interior de las instituciones mediante la participación de todos los actores involucrados; la centralización del trabajo terapéutico en el objetivo de transformar a los pacientes en sujetos activos y no objetos en relación con las instituciones; y por último, el armado de estructuras externas que sean totalmente sustitutivas del internamiento en el manicomio, mediante su descomposición y del uso y transformación de los recursos materiales y humanos que lo conformaban. (Rotelli y otros, 1987)

Teniendo en cuenta este último punto, me parece interesante destacar, la diferencia entre desinstitucionalizar y deshospitalizar. Paulo Amarante, sostiene que lo primero es *"entender a la institución en el sentido dinámico y necesariamente complejo de las prácticas y saberes que producen determinadas formas de percibir, entender y relacionarse con los fenómenos sociales e históricos"*. (Amarante; 2006:6) A diferencia de "deshospitalizar", que se reduciría a *"identificar transformación con extinción de organizaciones hospitalarias/manicomiales"*. (Amarante; 2006: 6)

⁵ *"Las Instituciones del estado moderno, funcionan (al menos así se legitiman) en base a una relación codificada entre «definición y explicación del problema», y «respuesta (o solución) racional», tendencialmente óptima"*. (Rotelli y otros; 1987:170)

La desinstitucionalización, se ha realizado muchas veces con este último significado. Es decir, ha sido practicada como deshospitización, lo cual conlleva a una política de altas, reducción de camas, abandono de sectores de la población psiquiátrica y por ello, *“también la transinstitucionalización (traspaso a residencias de reposo, residencias para ancianos, lugares de crónicos «no psiquiátricos», etc.), y nuevas formas de internamiento”*. (Rotelli y otros; 1987:167)

En cuanto a los *espacios orientados a sustituir la lógica manicomial*, son instituciones públicas y estatales, que tienen como objetivo asistir las demandas en salud mental en la comunidad, articulando con la red de servicios del sistema de salud. Intentan sustituir el internamiento en el manicomio como así también, su lógica. Instituyendo una nueva práctica, que garantice y respete los derechos de los usuarios de estos servicios.

En lo que respecta a cómo denominar estos espacios, si nos remitimos a la denominación que reciben en la LNSMYA N°26.657 y en la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772⁶, nos damos cuenta que son llamados “alternativos”.

La LNSMYA N°26.657, pone como fecha límite al año 2020 para el cierre de los manicomios y promueve, en su artículo N° 27, su sustitución definitiva por “dispositivos alternativos”. En cuanto a la Ley Provincial N° 10.772, plantea una serie de reformas tendientes a restringir los tiempos de internación y evitar el distanciamiento respecto a la familia, el medio social y la comunidad de pertenencia mediante la creación de “medidas asistenciales alternativas”.

Como se ve en el texto de las leyes, y como dije anteriormente, estos espacios son definidos como “alternativos” y no “sustitutivos”. Alternativo *“refiere a aquellas formas no hegemónicas que aceptan o postulan otras prácticas o que simplemente rechazan las vigentes”* (Amico; 2005: 43), pero no las sustituyen.

Por su parte, la Dirección Provincial de Salud Mental los denomina como “dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial”, entendiendo que el manicomio es una lógica y no solo las instituciones monovalentes de encierro. Lógica manicomial refiere a la concepción y al tratamiento disciplinar, correccional, estigmatizante que la locura recibe en los hospitales monovalentes y que se puede perpetuar por fuera, en la sociedad y en cualquiera de sus instituciones.

En este sentido, Rotelli sostiene: *“Allí donde los servicios constituidos son alternativos al manicomio, si no se disponen sobre la base de una radical refundación de los valores, de los procedimientos, del pensamiento y de los protocolos de acción, de los objetivos y de los métodos, de los estilos de trabajo de los operadores y de una contractualidad social jurídica y existencial distinta de los usuarios, de una ética de responsabilidad de parte de los profesionales, fuera de reduccionismos biólogos, psicólogos o sociólogos del problema, allí el fracaso es una profecía que se autorealiza”*. (Rotelli; 2014: 129)

⁶ Promulgada en 1991 y parcialmente reglamentada en 2007.

En la actualidad, sucede una convivencia entre la lógica manicomial y los intentos de sustituirla con estos espacios, que terminan constituyendo solo una opción alternativa, manteniéndose la institución manicomial como la respuesta asistencial hegemónica.

Por esta razón, y a pesar de ser reconocidos ministerialmente como dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, los denominaré como espacios orientados a sustituir la lógica manicomial.

Trabajo social: no sin otros

Una profesión existe *“en tanto pueda aportar elementos para la satisfacción de determinadas demandas, para la solución de ciertas problemáticas; y solo podrá mantenerse dentro de la división social y técnica del trabajo en tanto pueda captar e interpretar situaciones y fenómenos emergentes, estudiarlos e investigarlos, valiéndose de todos los conocimientos y campos de saber que sean necesarios y elaborando propuestas de intervención que contribuyan para su solución”*. (Montaño; 2000:9)

En este sentido, Margarita Rozas Pagaza sostiene que el *trabajo social* es una *“disciplina de las Ciencias Sociales, de naturaleza interventiva, la cual se constituye en la relación con la acción social del Estado y el enfrentamiento de la cuestión social, por lo tanto, su campo de intervención se desarrolla a partir de un conjunto de demandas sociales que expresan el grado de conflictividad de la cuestión social, vinculada fundamentalmente a la relación sujeto-necesidad”*. (Rozas Pagaza, 1998)

Siendo el trabajo social una profesión que tiene como campo de acción la cuestión social⁷ y sus diversas manifestaciones, comparte el campo con otras profesiones *“cada uno de ellas interviniendo (interdisciplinariamente o no) en función de sus cualificaciones y aptitudes”*. (Montaño; 2000:9)

En relación a esto, Susana Cazzaniga sostiene que, dada la complejidad de la realidad social actual, la *interdisciplina* es fundamental para la intervención en lo social: *“Si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de totalidad”*. (Cazzaniga; 2002: 7) Desde esta perspectiva, la interdisciplina es entendida como una forma de articulación que, a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de nuevos abordajes, de nuevos conocimientos.

⁷ “Cuestión social” fue una expresión lanzada a fines del siglo XIX que remitía a los disfuncionamientos de la sociedad industrial naciente. En “La metamorfosis de la cuestión social, una crónica del salariado”, Robert Castel identifica para la década de 1830 la fecha en la cual se comenzó a hablar de la cuestión social como tal. Esta era entendida, *“como una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia”*. (Castel; 2004:20)

Me parece fundamental retomar el concepto de interdisciplina, como una herramienta indispensable en el trabajo social y más aún en el abordaje a la salud mental donde, como mencione en el apartado anterior, intervienen múltiples factores (sociales, económicos, culturales, etc.) haciendo necesaria la puesta en juego de diversas miradas que permitan un abordaje integral de la salud mental, generando pensamientos más complejos e interdisciplinarios.

Capítulo II

*“Lo viejo que no termina de morir y lo nuevo
que no termina de nacer...”
(Gramsci)*

¿De qué se trata la reforma en salud mental?

El manicomio fue por siglos la única respuesta legitimada para el tratamiento y contención de la locura. *“Manicomios, loqueros, hospicios son los nombres para llamar en lenguaje popular a los hospitales neuropsiquiátricos (a cargo del estado). Lugares de internación, confinamiento y reclusión para pacientes de bajos recursos económicos. Estas son instituciones frecuentemente estigmatizantes, aisladas geográfica y socialmente y en ellas se violan por lo general, los derechos humanos de los pacientes”.* (Amico: 2005; 26)

Desde una perspectiva histórica, el surgimiento del manicomio puede ubicarse a fines del siglo XIX en Francia, bajo la influencia de la corriente del positivismo. Este modelo se proponía la posible curación del sufriente mental mediante el aislamiento social, el encierro, el control y tratamientos correccionales.

En libro de Lucía del Carmen Amico *“La institucionalización de la locura”*, Galende (1994) sostiene que para entender al manicomio y a la psiquiatría asilar, hay que entender a la pobreza y la desigualdad. El autor afirma que la razón fundamental por la que las personas con trastornos subjetivos eran encerradas, era la pobreza: *“El manicomio fue desde el comienzo la torre de los pobres, el lugar donde ocultar lo que afeaba el espacio público de la sociedad; se trata de practicar el ideal del orden por medio de la segregación de la marginalidad, el control y la disciplina”.* (Amico: 2005; 26)

La finalidad del encierro en la institución manicomial no era el tratamiento de la locura, sino *“proteger”* a la sociedad de los improductivos que no cumplían con las expectativas sociales, aunque eso implique la negación de los derechos individuales y permita formas de represión *“legitimadas”* socialmente, aplicadas para *“curar”*.

Desde otra perspectiva, Rotelli, De Leonardis y Mauri, sostienen que *“el manicomio se constituye, sobre todo, como un lugar de descarga y de ocultamiento de todo aquello que, como el sufrimiento o la miseria o el disturbio social, resulta incoherente respecto a los códigos de interpretación y de intervención (de problema solución) de las instituciones que limitan con la psiquiatría, es decir, la medicina, la justicia y la asistencia”.* (Rotelli y otros; 1987:170) Por ello, los autores aseguran que la psiquiatría asume la tarea de absorber lo residual de la lógica problema-solución, por tanto, todos los problemas que resultan *“incoherentes”* e *“inexplicables”*.

El aislamiento y la reclusión de personas en psiquiátricos no contribuyen a mejorar su salud sino todo lo contrario, conduce a su deterioro en función de su marginación familiar y social.

La institucionalización arrasa lazos familiares, sociales, comunitarios llevando muchas veces a la cronificación y a situaciones de hospitalismo. Amico, retoma este concepto de Spitz (1945), el cual hace referencia a *“aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en las instituciones, caracterizado por apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de la realidad”*. (Amico: 2005; 34) Es decir, que muchos usuarios de larga internación comienzan a padecer patologías que no existían al momento de ingresar al manicomio.

Además, las prácticas manicomiales de atención a la salud mental, muestran una innegable violación sistemática de los derechos humanos, muchas veces invisibilizadas y legitimadas socialmente con la justificación de “curar” al usuario.

Como oposición a lo anteriormente descrito, la reforma psiquiátrica tenía y tiene, como principal consigna: *“Desinstitucionalizar a los enfermos de la atención psiquiátrica, es decir reestablecer en ellos las condiciones de una ciudadanía plena”*. (Amico; 2005: 47)

Silvia Chiarvetti, sostiene que la reforma en salud mental, *“se trata de la transformación organizativa en materia de salud mental que, en sus etapas más avanzadas, con el desarrollo de programas y estructuras alternativas a la institución manicomial, y con su gradual sustitución y progresivo desmantelamiento por innecesariedad, la salud mental comunitaria culmina la renovación de la vieja psiquiatría asilar”*. (Chiarvetti; 2008: 180)

A la transformación organizativa que menciona la autora, le agregaría transformaciones en los modos de pensar y ver a la salud mental y a la persona con padecimiento subjetivo, ya que persisten en la actualidad secuelas de la psiquiatría asilar. Su dominio hizo que las personas vinculen locura con peligrosidad e incapacidad, generando diferentes representaciones e imaginarios sociales estigmatizantes, que generan en el cotidiano de las personas con padecimiento subjetivo exclusión y discriminación.

En este sentido, Rotelli sostiene que: *“No se puede cambiar con una ley un paradigma, el pensamiento de los psiquiatras. El proceso de desinstitucionalización, (...) no es solamente cerrar los manicomios (...) es cambiar el paradigma, la mirada que hay sobre la locura, sobre las necesidades de la gente, (...) Nosotros hablamos de desinstitucionalizar el hospital psiquiátrico, pero también la psiquiatría y la locura y la relación con la locura”*. (Rotelli, 2014)⁸ Se trata de desmanicomializar las mentes, las perspectivas crónicas ortodoxas, las visiones simplistas, positivistas de lo humano.

A lo largo de los años '60, la mayor parte de los países desarrollados iniciaron este proceso de transformación de las viejas estructuras custodiales de la psiquiatría

⁸ Cita de Franco Rotelli sacada de la contratapa del libro de su autoría: “Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste”.

asilar. En 1953 la OMS hace una asamblea donde funda, de la mano de un grupo de expertos, la transformación de los servicios de psiquiatría hacia los criterios de salud mental. Esto consistía principalmente en crear servicios periféricos, en llevar la atención a los centros y hospitales generales, y llevar adelante una política de desactivación de los manicomios. (Galende, 2015)⁹

Las experiencias pioneras en la transformación fueron las comunidades terapéuticas en Inglaterra, la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos y la más conocida y trascendental, al ser la única que llegó a suprimir el internamiento en los hospitales psiquiátricos, la psiquiatría democrática en Italia. Ésta fue llevada a cabo con el liderazgo de Franco Basaglia y culminó con la Ley de Salud Mental N° 180 en 1978, que implicaba el cierre gradual de las instituciones psiquiátricas, las creaciones de un sistema de servicios sustitutivos a los hospitales psiquiátrico (no complementarios o adicionales a ellos) y la prohibición de construir nuevos hospitales psiquiátricos.

Sobre este proceso, Emiliano Galende relata: *“En los años 50 se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. Goffman muestra en EE. UU la creación de una nueva patología por el internamiento, crecen las socioterapias y las comunidades terapéuticas, llega la ley Kennedy en 1963 con el programa federal de psiquiatría comunitaria. En Francia con el apoyo del frente patriótico se promulga la reforma sanitaria y la creación del sector como una nueva política en salud mental. En Italia el frente democrático reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas, para luego con Basaglia terminar con el cierre del hospital de Trieste y la actual ley de salud mental”*. (Galende; 1990: 146)

Es con el auge y reconocimiento de los derechos humanos y sociales como efecto de la segunda guerra mundial que comienzan a instalarse estas cuestiones frente a la dificultad de la psiquiatría para dar respuesta a los nuevos problemas que se le presentaban. Además, comienzan a cuestionarse socialmente las instituciones psiquiátricas, las imágenes de los campos de concentración que comenzaron a circular eran similares al hospital psiquiátrico, se trataba del mismo problema: separar, discriminar, privar de la libertad. (Galende, 2015)

Según este autor, este movimiento no debe entenderse como extensión o modernización de la psiquiatría sino como su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, contribuyendo a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental: *“Hay que partir de la idea de que estos movimientos institucionales no son una continuidad de la psiquiatría en la llamada salud mental ya que es el momento en el que se comienza a producir el pasaje de la psiquiatría positivista a las políticas en salud mental, como políticas dirigidas a un sector de las problemáticas humanas”*. (Chiavertti; 2008: 180)

⁹ Entrevista realizada el año 2015 por J. Librandi a Emiliano Galende, titulada: “Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes a la salud mental”. Vídeo disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qG77-ss10jA&t=1s>

En tanto en Argentina, en este período se registran los primeros aportes y experiencias de Enrique Pichon Rivière en el terreno de lo grupal, *“de esa experiencia surgirá el trabajo comunitario dentro de las acciones (eminentemente preventivas) de la salud mental”*. (Amico; 2005:50)

Rivière, junto a Fernando Ulloa con su invención de metodologías originales para el trabajo con la numerosidad social¹⁰ desde el psicoanálisis y José Bleger, con sus teorizaciones en psicologías sensibles a lo social; fueron los pioneros desde los años '40 y '50 de una labor orientada por el interés común de hacer lo más comunitarias posibles tanto las instancias de capacitación profesional, como las técnicas terapéuticas para el tratamiento de los problemas psíquicos. (Ulloa, 1995)

En materia de proyectos institucionales innovadores, en el año 1957 bajo el gobierno de Frondizi, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, constituyendo el primer impulso que hubo formalmente en Argentina para traer el proceso de reforma. (Galende, 2017)¹¹

En este mismo año, se registra en Lanús la creación del primer servicio de psicopatología en un hospital general (primero llamado “Araoz Alfaro”, luego “Evita”), de la mano del doctor Mauricio Goldenberg y bajo el ministerio de Ramón Carrillo. La creación de este servicio, marcó una nueva etapa en las políticas de salud mental, dejó asentada la internación psiquiátrica en un hospital polivalente.

Junto a estas acciones transformadoras, cabe destacar un amplio movimiento del sector psiquiátrico, agrupados en la Federación Argentina de Psiquiatras (F.A.P.), que a finales de los '60 produjeron un cambio en las prácticas institucionales en salud mental. Este cambio, fundamentalmente, se produjo a partir de la presencia psicoanalítica y de psicoterapias grupo – familiar, en el interior de sus prácticas. (Galende, 2015)

A fines de los años '70 y comienzo de los años '80, también vieron la luz proyectos como el “Frente de Artistas del Borda”, del cual hallamos un valioso testimonio en la película “De artistas y de locos”¹².

Con el retorno a la democracia, los principios básicos de la experiencia italiana son retomados en la reforma psiquiátrica de la provincia de Río Negro. Designado el Dr. Hugo Cohen como director del Programa de Salud Mental de la provincia, en el año 1989

¹⁰ Ulloa denominaba “numerosidad social”, a los distintos colectivos humanos en los que había desarrollado técnicas “para generar pensamiento crítico”: *“La numerosidad social es el nombre que con el tiempo terminé utilizando para designar, abarcativamente, lo que habitualmente se denomina campo institucional o comunitario. En esta numerosidad social abordada desde el psicoanálisis con intención de operar ese campo, cuentan tantos sujetos como sujetos ahí están, o son evocados. La intención es disolver los fenómenos de masificación, que anulan la subjetividad individual, pero hacerlo sin inducir el aislamiento individualista. Se trata de que ese conjunto integrado por uno más uno más uno, hasta completar el número de sujetos”*. (Ulloa, 2004)

¹¹ Emiliano Galende, como invitado del 1º Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones, realizado en Tandil en el año 2017. Video disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Fmi3UZiQlu0>

¹² La película fue estrenada el 12 de mayo de 2011, su director y guionista es Miguel Mirra. Este documental muestra el camino que les usuarios y artistas internados en el hospital psiquiátrico, hacen para abrir una puerta hacia libertad a través del arte y en contra los prejuicios, la discriminación y el encierro.

se presenta ante la legislatura de Río Negro el anteproyecto de la “Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”. La Ley N° 2440 fue aprobada en septiembre de 1991 y reglamentada en 1992, cerrándose a partir de ella el neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen, localizado a 500 km de la capital provincial.

La Ley de Salud Mental de la provincia de Santa Fe N° 10.772, que data del mismo año, también constituye un importante antecedente en torno a procesos desmanicomializadores, establece los principales pilares de una nueva lógica de asistencia en salud mental. Aunque la ley no explicita un proceso de cierre definitivo de las instituciones neuropsiquiátricas, establece que se privilegiarán las alternativas que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. La internación se producirá si las circunstancias de la situación no permiten el uso de otras alternativas menos restrictivas de la libertad y estará orientada a la recuperación y al egreso de les internades en el tiempo más breve posible. Conjuntamente, se explicita un plazo máximo de tres años para la transformación de los establecimientos de internación.

La crisis del '90 y la reforma del Estado, implicaron sucesivos procesos de deshospitización, debido al alto costo que significaba para el estado neoliberal la manutención de los hospitales psiquiátricos. Simultáneamente, con el proceso de descentralización se transfirieron las responsabilidades del estado nacional a gobiernos subnacionales: *“Este proceso de desconcentración sin asignación de recursos y el escaso rol normativo del Ministerio Nacional permiten afirmar que no existió una política de salud mental desde el Estado nacional, quedando las provincias y los municipios librados a desarrollar practicas diversas según políticas locales”*. (Amico; 2005: 60)

En lo que respecta a la provincia de Santa Fe, en el año 2005, en el centro regional de salud mental “Dr. Agudo Ávila” (CRSM), se llevó a cabo un estudio¹³ por cuatro profesionales de la institución, el cual tenía por objetivo realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de la problemática de les usuaries de larga institucionalización o con repetición importante de internaciones. Este estudio colaboró a instalar la problemática de la institucionalización y de la necesidad de transformar las acciones del modelo manicomial.

En palabras de José María Alberdi: *“La Provincia de Santa Fe venía desde la transición democrática ensayando una serie de reformas en el campo de la salud mental, con programas de externación y una Ley provincial de 1992 con algunos reflejos sanitaristas y de contralor de las internaciones, y paralelamente a partir de una serie de reformas en uno de los principales manicomios provinciales se había generado una masa crítica de trabajadores comprometidos con los cambios políticos, culturales y asistenciales. La creación de la Dirección de Salud Mental Provincial en 2003*

¹³ ALBERDI J., COLL L. y otros. “La problemática de la institucionalización crónica y el fenómeno de “Revolving Door” en pacientes y usuarios del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila” en: Revista Cátedra Paralela N°2 Año 2005. UNR editora. Rosario, 2005, pp. 85-96.

institucionalizó el trabajo que se venía realizando por parte de estas gestiones". (Alberdi; 2012: 98)

A partir de la información obtenida en las entrevistas, se puede dar cuenta que la Colonia de Oliveros, hospital monovalente ubicado al sur de la provincia, no fue ajena a estos procesos. Los trabajadores comenzaron a reunirse para discutir sobre el reingreso de usuaries externades.

Retomando las palabras de Ayelén¹⁴, una de las trabajadoras entrevistadas: *"En el 2006, las reuniones habían sido convocadas por un grupo de trabajadores muy preocupados, muchos de ellos abogados, por el reingreso al hospital de muchas personas que ya habían estado internadas y volvían rápidamente, y se detectaba en ese momento, no se había hecho ningún estudio, pero sí de las entrevistas y demás, una problemática muy importante ligada a lo laboral y ligada a la vivienda". (Ayelén, 2018)*

Alejandra¹⁵, fue partícipe de estas reuniones en la Colonia y sostiene que: *"En ese momento la idea era hacer una investigación que jamás se hizo de los reingresos a la Colonia, de muchas situaciones de externación que duraban un tiempo y había mucho reingreso, entonces una de las hipótesis era que quizá faltaban ciertos lugares como para ofrecerles a las personas, que le permitan circular más allá de un tratamiento en un centro de salud, de estar en su casa, en su barrio". (Alejandra, 2013)*

Ayelén relata que, como experiencia previa, había existido una vivienda asistida ligada a la Colonia de Oliveros: *"En realidad ésta fue una primera vivienda donde se definió un grupo de pacientes para vivir ahí, después parece que hubo un incendio y no prosperó; de hecho cuando yo entré a trabajar a la Colonia ya no existía, pero bueno la realidad es que, en ese momento en el 2006, no había funcionado ninguna vivienda ni ningún proyecto, salvo los proyectos ligados a lo laboral de los hospitales, pero no por fuera, no sustitutivos". (Ayelén, 2018)*

Las trabajadoras informan que, como fruto de estas reuniones, se armaron dos propuestas, una referida a una casa asistida y la otra a un dispositivo productivo, que hoy en día es el centro de producción e intercambio "Pomelo en el Patio": *"Nos reunimos mucho tiempo semanalmente, armamos la propuesta del dispositivo, se aceptó y a partir de ahí empezó a funcionar. También se armó ahí la propuesta de una de las residencias compartidas". (Alejandra, 2013)*

A partir de los datos recabados en las entrevistas, se constata que a mediados del 2006 los trabajadores del CRSM comienzan a reunirse con los trabajadores de la Colonia de Oliveros conformando la "asamblea permanente de trabajadores de salud mental", para intercambiar y debatir ideas respecto a la problemática de la salud mental de la provincia de Santa Fe. Trabajaron juntas en un diagnóstico situacional, a fin de

¹⁴ Ayelén es psicóloga, trabaja desde hace 18 años en la Colonia de Oliveros y actualmente, también es la coordinadora del espacio de venta del centro de producción e intercambio "Pomelo en el Patio".

¹⁵ Alejandra es trabajadora social. Trabajó en la Colonia de Oliveros y actualmente es una de las coordinadoras del centro de producción e intercambio "Pomelo en el Patio".

hacer de la política de salud mental, instancias colectivas de planificación y participación para la reglamentación de la ley 10.772, y la elaboración de presupuestos participativos.

Me parece pertinente destacar el compromiso y la voluntad de organización y de acción por parte de los trabajadores del campo que, frente a la inexistencia de un plan provincial de salud mental, lucharon y luchan para avanzar en el diseño de un modelo de atención en perspectiva de derechos que garantice condiciones dignas en los procesos de asistencia en salud mental.

Ellos son los actores principales de este proceso, transformando desde el interior de las instituciones, su organización, las relaciones de poder, las “reglas del juego”: *“Por lo tanto ellos hacen política; pero indirectamente, esto es, permaneciendo vinculados a su profesión, que es un recurso de poder y una condición para realizar concretamente los objetivos de cambio”*. (Rotelli y otros; 1987:173)

Es fundamental lograr el consenso entre los trabajadores para el proceso de reforma, que abandonen sus miedos e intereses personales o corporativos, que se sumen a este proceso de reforma, sobre todo teniendo como horizonte el respeto de los derechos de los usuarios, el derecho a tener alternativas de atención lejos del encierro.

Me parece interesante retomar el pensamiento de Rotelli, el cual sostiene que la nueva política en salud mental se va construyendo en cada ámbito local y en el interior de las instituciones: *“De esta forma, se encuentran interesados, implicados y movilizados los sujetos sociales como actores del cambio: los pacientes, la comunidad local, la opinión pública, los sujetos de política institucional y otros. Este modo de realizar la desinstitucionalización suscita y multiplica las relaciones, es decir, produce comunicación, solidaridad y conflictos, porque el cambio de las estructuras y el cambio de los sujetos y de su cultura no puede acontecer más que conjuntamente”*. (Rotelli y otros; 1987: 173)

Capítulo III

*“Los manicomios representan una forma obsoleta, arcaica, de pensar a la locura como peligrosidad, incapacidad, irracionalidad, y la locura no es generalmente esto, es sufrimiento mental, es necesidad de cambio, de acogida, de cuidado, de trato social”
(Amarante)*

Espacios orientados a sustituir la lógica manicomial en Rosario

¿Cuántos?

Como mencioné en el apartado anterior, las trabajadoras ubican en el año 2006 las primeras experiencias alternativas al manicomio en Rosario. Desde allí hasta la actualidad la oferta de dispositivos en la ciudad y en la provincia ha crecido considerablemente.

En la entrevista realizada a Marcia Reitich¹⁶, sostiene que este aumento implicó la necesidad de tener una funcionaria pública que se dedique exclusivamente a coordinar estos dispositivos: *“La figura de la coordinación de los dispositivos aparece cuando yo vengo, hace tres años, pero en realidad siempre estuvieron vinculados a la dirección, siempre fue política de la dirección, siempre se armaron desde acá. El tener un referente tiene que ver con que habían aumentado la cantidad de dispositivos, y eso llevaba presupuesto. Además, con la resolución ministerial, que algunos tenían y otros no y muchas salieron por esa fecha, estarían dependiendo más técnicamente de la dirección en cuanto a la lógica, y para armar una lógica común era necesario, y por eso aparece, la figura de la coordinación”*.

Cabe mencionar que anterior a la gestión de Marcia, existía desde 2004 el programa de sustitución de lógicas manicomiales, centralizando desde la dirección la gestión de estos espacios.

Ahora bien, ¿cuántos espacios orientados a sustituir la lógica manicomial hay actualmente en la Provincia de Santa Fe? La respuesta oficial brindada por la Dirección Provincial de Salud Mental, es que existen 130 dispositivos funcionando en la provincia. En una nota periodística de “El Litoral” sobre la política de salud mental, realizada a la actual directora y actual coordinadora de los dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, el 18 de abril del 2018, sostienen que: *“El Ministerio de Salud de la provincia*

¹⁶ Marcia Reitich es psicóloga, trabajó en el Agudo Ávila, estuvo vinculada a la creación de espacios sustitutivos. Actualmente trabaja en la Dirección Provincial de Salud Mental, en la coordinación del programa de sustitución de lógicas manicomiales.

de Santa Fe trabaja desde el 2007 en la creación y fortalecimiento de dispositivos sustitutivos que tienen por objetivo la desmanicomialización. En este sentido, la provincia cuenta con 130 dispositivos sustitutivos que, a través de la producción, el trabajo, el entretenimiento y el arte, aportan herramientas a personas con padecimientos subjetivos para que puedan transitar el mundo con la mayor autonomía posible".¹⁷

Sin embargo, los trabajadores del campo de la salud mental, protagonistas indiscutibles de esta apertura a instancias alternativas, solicitaron a la directora la explicitación de estos 130 dispositivos anunciados, trascendiendo la mera enumeración: *"Los trabajadores de salud y salud mental de ATE solicitamos a la Dirección Provincial de Salud Mental que explicita y socialice información acerca de los más de 130 dispositivos sustitutivos que dice disponer; sus características, ubicación, días y horarios de funcionamiento, población que asisten, cantidad y modalidad de acceso, criterios de admisión, explicitación de equipos de trabajo y condiciones contractuales de los mismos"*.¹⁸

La directora provincial de salud mental respondió en una reunión con los trabajadores de ATE, realizada el 8 de junio del 2018, *"que en breve serán presentados en la página web de la provincia, previa presentación a la ministra de salud"*.¹⁹

En concordancia, cuando le realicé la entrevista a la coordinadora de lo sustitutivo de la provincia, la respuesta brindada frente a "¿cuántos dispositivos hay actualmente en la Provincia de Santa Fe?" fue la misma. En palabras textuales: *"Incluso de cuáles son los dispositivos hay un listado hecho de la provincia, si querés después te lo paso por mail"*. (Marcia, 2017)

El mail nunca llegó, expresan que el listado está siendo armado, o que está armado pronto a ser socializado a los trabajadores, a los usuarios, y a la comunidad en general. Mientras tanto, los 130 solo es un número, un anuncio, una expectativa.

En la ciudad de Rosario podemos reconocer la existencia de los siguientes espacios orientados a sustituir la lógica manicomial reconocidos ministerialmente como "dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial", a partir de la entrega formal de las resoluciones en el año 2015 por parte del Ministerio de Salud de la provincia y de la Dirección Provincial de Salud Mental, excepto la resolución para las residencias compartidas la cual fue en entregada en el año 2013.

¹⁷ Diario "El litoral": "La provincia continúa fortaleciendo sus políticas en salud mental". Disponible en: https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/168991-la-provincia-continua-fortaleciendo-sus-politicas-en-salud-mental-desmanicomializacion-salud.html

¹⁸ Comunicado de ATE salud mental Rosario, realizado el día miércoles 2 de Mayo del 2018, frente al anuncio de los 130 dispositivos que se dio la directora provincial de salud mental en la noticia de "El Litoral". El comunicado se encuentra disponible en el Facebook de "ATE salud mental rosario":

<https://www.facebook.com/notes/ate-salud-mental-rosario/acerca-de-los-130/1413412772138581/>

¹⁹ ATE Rosario: "Trabajadores y trabajadoras de salud mental organizados en ATE Rosario se reunieron con la directora del área en Santa Fe, Liliana Olguin". Disponible en:

<http://www.aterosario.org.ar/trabajadores-as-exigen-un-plan-provincial-de-salud-mental.html>

- Centro de producción e intercambio “Pomelo en el Patio”.
- Centro cultural “Gomecito”.
- Espacio de producción textil “Hilos enredados”.
- Espacio de serigrafía textil “Café con leche”.
- Siete residencias compartidas.
- Taller el “Tocadiscos”.

Orientación

Cada uno de los espacios recién mencionados tienen características propias y particulares, si bien no es el objetivo de esta tesina detallarlas en profundidad, sí es interesante señalar la diferencia que existe en cuanto a la orientación que cada espacio posee: existen espacios vinculados a la cultura, a lo productivo, a lo laboral y a la vivienda.

Que exista variedad de oferta de estos espacios, es fundamental porque comienza a considerarse la capacidad de elección del usuario en base a sus ganas, intereses, gustos, deseos, necesidades. *“Para construir un proyecto de vida, un futuro posible, habrá que dar oportunidad de elegir, oportunidad que se ve coartada cuando el sujeto deja de ser tal para ser tomado como objeto. Quien puede elegir se constituye como sujeto crítico, cuando la elección está enmarcada dentro de los límites inmanentes del cuidado”.* (Ulloa; 2012:208)

Incluso, se pueden encontrar con gustos que se encontraban “dormidos”, a la espera de ser descubiertos: *“Se encuentran con intereses, con cosas que a lo mejor estaban ahí y por falta de posibilidades o de oportunidades... quizá a alguien le encantaba la pintura o descubre en la pintura una vía de expresión y por su historia no había estado a su alcance”.* (Julieta, 2018)²⁰

Estos intereses y deseos forman parte de la singularidad de cada persona, la cual es perdida y avasallada en los procesos de larga institucionalización y la cual se trata de enriquecer y reconquistar una vez alcanzada la libertad. Sin embargo, si los sujetos no se encuentran con posibilidades accesibles para ejercerla, no hay libertad: *“Libertad que es terapéutica si resulta sostenida, ayudada, protegida, construida material y socialmente. En caso contrario, es pura ficción jurídica, forma vacía”.* (Rotelli; 1993:5)

La existencia de espacios orientados a sustituir la lógica manicomial constituyen un pilar indispensable para que esta libertad sea puesta en práctica, ya que las personas que se encuentran aisladas por su padecimiento, al salir de sus casas o al externarse del hospital monovalente, encuentran en estos espacios la posibilidad de participar en actividades que funcionan a puertas abiertas, con la posibilidad de entrar y salir cuando quieran, con orientaciones que brinden la posibilidad de elegir en función de deseos y

²⁰ Julieta, es psicóloga, actualmente trabaja en el centro cultural “gomecito”, como una de las coordinadoras del espacio.

necesidades y no encasillen y obliguen a alojarse en lugares no gratificantes, y sobre todo, son espacios que intentan acompañar procesos desde un enfoque clínico-terapéutico.

Alejandra, coordinadora de “Pomelo en el Patio” refleja en sus palabras lo anteriormente mencionado al definir a “Pomelo” como un espacio que acompaña los procesos de salud de muchas personas, pero no de todas: *“Hay gente que puede no interesarle la oferta de “Pomelo”, o que no le aporta lo que necesita o necesita de otros espacios, por eso es una alternativa real y viable para muchas personas y no para todos. Si borramos singularidades, como en el manicomio, quizá sea viable para todos, porque no aparece la elección, el interés”*. (Alejandra, 2018)

En concordancia, Julieta coordinadora del centro cultural “Gomecito”, sostiene que la modalidad flexible que lleva adelante el espacio, no puede ser sostenida por todos los usuarios, por lo tanto, todos los espacios son necesarios: *“Acá hay gente que viene el lunes y otra semana viene el martes, que un día viene a las diez, y otro a las once, que viene todos los días y después no aparece por dos años. Esa flexibilidad les permite a algunos saber que este espacio está y cuentan de ese modo con esto y que en otros espacios no. A algunos les sirve porque justamente lo que no pueden sostener es cuando algo se pone muy rígido, y a otros no, los espanta, por eso es bueno que haya distintos dispositivos con distintas características que permitan alojar”*. (Julieta, 2018)

La elección de las orientaciones de cada espacio no fueron pensadas al azar. Recordando las palabras de Ayelén (2018) y de Alejandra (2013), las mismas comentaron que en el 2006, cuando trabajaban en la Colonia de Oliveros, había preocupación por los reiterados re ingresos de personas externadas, llegando a la hipótesis que faltaban ciertos lugares por fuera del hospital que alojen a estas personas. En palabras de Ayelén: *“Se detectaba en ese momento una problemática muy importante ligada a lo laboral y ligada a la vivienda, por eso se empieza a pensar en estas dos vías”*. (Ayelén, 2018)

Desde el punto de vista legal, la LNSMYA N°26.657 en su artículo N° 11, sostiene que se debe promover el desarrollo de dispositivos con estas orientaciones, haciendo mención explícita sobre: servicios de inclusión social y laboral, servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia, hospitales de día y cooperativas de trabajo. En cuanto a la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, también deja explícito en su artículo N° 8, la creación de centros de salud mental en la comunidad, casas de medio camino y talleres protegidos.

Si consideramos a la salud desde una perspectiva de integralidad, las orientaciones de estos espacios, refieren a aspectos fundamentales que atraviesan y definen la salud de cualquier ser humano: vivienda, trabajo/producción y cultura. Galende nos recuerda, *“cuando la gente se enferma, se le desorganiza la vida y curarse significa volver a organizar la vida y los aspectos que entran en esta son complejos. Hay que tener trabajo, ingreso económico, familia, amigos, inserción en la sociedad. Hay que entender toda esta complejidad”*. (Galende, 2015)

En relación a esto, Rotelli, De Leonardis y Mauri, sostienen que durante el proceso de desinstitucionalización *“el énfasis ya no se pone sobre el proceso de curación sino sobre el proyecto de invención de la salud y de reproducción social del paciente”*. (Rotelli y otros; 1987:172) El problema no es la curación, sino la producción de vida, de sentido, de sociabilidad, de utilización de las formas de disipación.

Curar significaría ocuparse de transformar los modos de vivir: *“Que se transformen globalmente la vida concreta y cotidiana, que alimenta este sufrimiento”*. (Rotelli y otros; 1987:174) El sufrimiento quizá no desaparezca, pero comienzan a desanudar las causas y cambian los modos y las medidas en que este sufrimiento incide en la vida de la persona. (Rotelli y otros, 1987)

Orientación productiva

Aquí cabe hacer una distinción, ya que existen espacios orientados a sustituir la lógica manicomial con *orientación productiva vinculada al intercambio* y existen otros, con *orientación productiva ligada a lo laboral*. Si bien ambos apuestan a la capacitación y trasmisión de un oficio, en los espacios productivos laborales les usuaries obtienen una ganancia económica mensualmente.

En relación a estos últimos, en Rosario se encuentra el espacio de producción textil “Hilos enredados”, el dispositivo textil “Al divino botón”, el espacio de serigrafía textil “Café con leche” y el emprendimiento gastronómico “El horno está para bollos”.

En lo que respecta a los espacios con orientación productiva vinculada al intercambio, el único en Rosario es el centro de producción e intercambio “Pomelo en el Patio”. Si bien los productos que les usuaries allí producen pueden ser vendidos a través del espacio de venta que oferta la institución o a partir de distintas ferias en las que la institución participa, el foco no está puesto en la ganancia material de la venta del producto, sino en el intercambio y el encuentro con otros que implica el proceso de producción y de venta.

En palabras de sus trabajadoras:

“En “Pomelo” no hay gente con un ingreso mensual y eso está claro desde el primer momento. Se piensa al dispositivo como un lugar que permita encontrarse, aprender a moverse por la ciudad, aprender un oficio, hacerse amigos, el dinero está lejos de ser un eje de trabajo, por eso tiene que estar claro que la venta es una oferta de un taller, y es la cara visible del lazo con otras instituciones. Es pensar la venta lejos del capitalismo del comercio”. (Alejandra, 2018)

“Nosotros bajamos nuestra expectativa respecto a lo laboral porque nos damos cuenta que esto puede ser un proceso ligado a lo artesanal, pero no es un trabajo rentado, lamentablemente no es mucho lo que se puede generar, pero si te ubica en ese ámbito, en ese ámbito de poder producir y vender”. (Ayelén, 2018)

“El eje está puesto en esto de pensar el espacio de venta como una oferta para darle sentido a la producción, pero hay usuarios que piensan la producción para otra cosa, para un familiar, para un amigo y eso también tiene un sentido. Lo que no tiene sentido que suceda es que se acumulen las cosas, que se haga por hacer”. (Alejandra, 2018)

Una vez realizada esta distinción, cabe destacar que en estos espacios con orientación productiva los usuarios llevan adelante primeramente la producción de los productos y posteriormente la venta y comercialización de los mismos (en caso de “Pomelo en el Patio” opcionalmente).

Me parece interesante distinguir el proceso de producción del circuito de comercialización, ya que la persona se implica en dos situaciones de trabajo distintas, si bien están interrelacionadas, impactan simbólica, material, corpórea y subjetivamente de manera desigual.

A la hora de producir, se construye un lugar donde se aprende haciendo junto con otros, el proceso de aprendizaje se comparte con otros compañeros y personas que transmiten el oficio y acompañan el proceso. Es un lugar de vínculo, participación, comunicación y a la vez, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

En lo que respecta al proceso de comercialización, vender implica compartir el espacio con otros a veces no mediatizado por una tarea (la venta no es constante) aflorando la dificultad del lazo con los compañeros; la venta implica presentarse con los otros, con quienes se interesan por el producto, con los compradores; salir por fuera de la institución a vender, encontrarse en otros lugares con otras personas. Ayelén, sostiene que su tarea como coordinadora del espacio de venta en “Pomelo en el Patio”:

“Se trata de acompañar todas estas cuestiones que conlleva el proceso de vender, un lugar de acompañamiento para que esa construcción sea colectiva y propia de las personas que participaban en ese espacio. Así que mi trabajo se trata básicamente en eso, de acompañar en ese proceso de poder ubicarse como vendedor”. (Ayelén, 2018)

“El espacio de venta fue un proceso, nosotros cuando comenzamos con este espacio suponíamos que enseguida íbamos a salir, que nos íbamos a conectar con distintos espacios, con distintas organizaciones, pero la realidad es que no fue así. Tuvimos que primero construir un lugar, el lugar de vendedor y nos llevó dos o tres años salir más cómodamente, que los usuarios quieran sostener el afuera”. (Ayelén, 2018)

Las personas que transitan por estos espacios, son personas con padecimiento subjetivo que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social, esto quiere decir, con dificultades económicas, materiales y fragilidad en sus vínculos. A esto se les puede sumar las relacionadas con el mundo del trabajo: a su improductividad, y este factor se

opone a uno de los principios básicos del funcionamiento del sistema capitalista en el que vivimos. En lo simbólico las personas somos juzgadas, incluidas o excluidas según nuestra capacidad de producir.

Ninguna situación de trabajo es neutral para la salud. Como fuente de bienestar, la actividad laboral permite la realización personal a través del reconocimiento y de la gratificación de la tarea que se realiza. Pero, por el contrario, si no adquiere ese sentido subjetivo, se vuelve un factor patógeno con sus consecuencias graves en la salud de las personas.

En la actualidad el mercado laboral es hostil para cualquier persona, con o sin padecimiento subjetivo, al estar signado por la competencia, el individualismo, la eficacia y la eficiencia, muchas veces sobre exigiendo a los trabajadores. Por lo tanto, que existan espacios que brindan la posibilidad de aprender un oficio, de producir, donde predominan otros valores, como el compañerismo, la espera, donde se acompaña en estos procesos es fundamental en una sociedad donde se tiende a expulsar a los diferentes y más aún en ámbitos donde la productividad es lo que domina.

La importancia que tiene el trabajo en las personas es indiscutible, y sobre todo en quienes tienen algún tipo de sufrimiento subjetivo, ya que cargan cotidianamente con el estigma de incapacidad. En relación a esto, el trabajo logra demostrar que ellos a pesar de su padecer, también tienen la capacidad de hacer y de saber y, además, de tener un ingreso económico a partir del esfuerzo propio.

Conjuntamente, permite demostrar que pueden gozar de un derecho que tenemos todos (aunque no se garantice universalmente su ejercicio): *“No se da un trabajo a pacientes psiquiátricos como resultado o reconocimiento de que ya está mejor (un premio), ni como terapia, sino como condición preliminar para que pueda estar mejor (un derecho), y se le ayuda también a hacer y a vivir ese trabajo”*. (Rotelli y otros; 1987:172)

Además, el trabajo es el principal vector de socialización, aquí su importancia radica como lugar de vinculación social, de encuentro con otros: *“Es en el lugar que ocupa el sujeto en situación de trabajo, donde pasa gran parte del día y donde se desarrolla una parte fundamental de su vida de relación”*. (Casinelli; 2010: 5)

En relación a esto Eloisa De Jong en su trabajo *“Cuestión social, familia y Trabajo Social”*, sostiene que el trabajo *“permite sostener soportes relacionales que posibilitan el desarrollo de la creatividad y de lazos sociales para el crecimiento como sujetos evitando la desafiliación y la desintegración”*. (De Jong; 2000: 14) Es decir, que el trabajo es más que la adquisición de un monto de dinero, tiene una fuerte incidencia en la subjetividad individual y colectiva, como un pasaporte para la pertenencia y reconocimiento social, en una sociedad capitalista donde la improductividad conduce a la exclusión.

No obstante, el garantizar el derecho al trabajo en personas con padecimiento subjetivo, con un sueldo que permita solventar las necesidades diarias, es un desafío pendiente. Los obstáculos no sólo radican en la discriminación social, en la difícil tarea

de vender productos artesanales, en las dificultades que trae aparejado el propio padecimiento, sino también en trabas que ponen las leyes vigentes. En este sentido, Yanina²¹ explica: *“No es posible armar una cooperativa de trabajo con los participantes del “Horno”, las leyes vigentes implican que una cooperativa de trabajo solo puede ser constituida por personas que están en condiciones de ejercer su derecho, y personas con certificado de discapacidad con pensiones no contributivas no pueden superar un determinado porcentaje, no puede haber un cien por ciento de discapacitados construyendo una cooperativa de trabajo”*. (Yanina, 2018)

Orientación cultural

Galende, sostiene que *“la subjetividad es cultura singularizada tanto como la cultura es subjetividad objetivada en los productos de la cultura, las formas de intercambio y las relaciones sociales concretas”* (Galende; 1997: 75) Es decir, que la subjetividad está constituida por la cultura, y por lo tanto, se adquiere, se construye y se reconfigura permanentemente, ya que las personas vamos transitando los cambios que van surgiendo dentro de la cultura y vamos moldeando, reformando, modificando, nuestra subjetividad.

Los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial con orientación cultural en la ciudad de Rosario, son actualmente: Centro cultural “Gomecito”, taller del “Tocadiscos”, “El puente: Arte y Salud” en el hospital Dr. Roque Sáenz Peña, “Club 13” en el centro de salud N° 13 y “Arte 20” en el centro de salud “9 de Julio”.

Estos últimos tres espacios, no están formalmente reconocidos como dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial y orientan su práctica en salud mental desde centros de atención primaria de la salud.

No hay comportamiento humano que no esté atravesado por la cultura, las personas estamos formadas por y vivimos en una determinada cultura. Sin embargo, no todos tienen la posibilidad de acceder al consumo de los productos de la misma, estos espacios ofrecen diversas propuestas artísticas, productivas y audiovisuales que intentan darle inclusión en la cultura a la locura, acercar a los usuarios a aquello que nombramos como cultura, que suele sonar como algo abstracto, pero no es ni más ni menos que ese lazo invisible que nos conecta entre las personas y expone formas de pensar y de vivir.

Julieta, trabajadora del centro cultural “Gomecito”, explicita que se aspira a que el espacio sea permeable a la cultura, desde adentro hacia afuera, como desde afuera hacia adentro: *“Desde la cultura hacia nosotros y como si fuese una membrana, desde los dos lados, que sea algo permeable”*. (Julieta, 2018)

Cuando le comenté a Julieta que era muy interesante el acceso a la cultura que posibilita y brinda el espacio, la misma me relató una anécdota muy significativa que permite reflejar el intercambio cultural y su impacto en las subjetividades:

²¹ Yanina, trabajadora social, coordinadora del emprendimiento gastronómico “El horno está para bollos”.

“Me parece que se abren un montón de posibilidades, de oportunidades, después cada uno en ese recorrido va generando encuentros, o ¿quién sabe? eso es azar, si va a generar algo más o se queda ahí. En este sentido, recuerdo una situación muy interesante donde una de las usuarias, que va a una escuela nocturna, en una de las obras de teatro que se hizo llevó volantes a la escuela y cuando volvió a venir nos dijo “la directora quiere venir a ver la obra como una salida” y le dijimos “buenísimo”. Vino toda la gente de la escuela, y había un chico que después de la obra tenía un brillo en los ojos que a mí me conmovió, en ese pibe había algo del teatro o de la obra que algo le despertó. Esa es para mí la apuesta, eso vale la pena, que alguien le pase algo con esos pasajes y que eso le permite lo que sea. Eso es lo interesante, que alguien pueda encontrar ahí algo que le guste, que lo motive, que lo saque de algo”. (Julieta, 2018)

Las producciones culturales, impactan directamente, llegan más rápido, transmiten más fácil el mensaje que se busca dar. En este sentido, Alberto Sava, psicólogo social fundador del “Frente de artistas del borda”, sostiene que el arte *“trabaja mucho con la subjetividad de las personas, tiene un discurso que otros discursos no lo tienen, trabaja mucho con la emoción, con el sentimiento, con la sensación, y tiene mensajes más llanos, no tan intelectuales, tan científicos”.* (Sava; 2012: 94)

Orientación vivienda: residencias compartidas

Desde la página oficial del gobierno de Santa Fe, se denomina a las residencias compartidas como *“dispositivos integrales de vivienda asistidas terapéuticamente”*. Teóricamente, las define como un *“recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con enfermedad mental severa y duradera con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas o que requieran un mínimo de acompañamiento para ello. Además, es un recurso institucional que brinda un espacio de contención, sostén y orientación tanto en la dinámica interna (vida diaria de los residentes) como en la inserción de los mismos en los diferentes espacios (recreativos, terapéuticos, de salud, educativos, laborales, entre otros)”*. (Gobierno de Santa Fe)

En la entrevista realizada a Yamila²², trabajadora de estas residencias, sostiene que la primer residencia compartida en Argentina surge en el año 2006 en Rosario, a partir de la externación de un usuario de la Colonia de Oliveros: *“Nosotros arrancamos en el 2006 con la primer casa en la Argentina, que fue acá en Rosario. La casa fue recuperada de un usuario que estaba internado en la Colonia, él tenía su casa usurpada y un equipo de la Colonia, donde estaba Eduardo Cuadrado, empieza a acompañar la externación de este paciente y se le recupera su casa con intermedio de abogados y trabajadores sociales”*. (Yamila, 2018)

²² Yamila es auxiliar de enfermería, en la actualidad cumple el rol de operadora en tres residencias compartidas de la ciudad de Rosario.

La oferta de vivienda es fundamental para usuaries de salud mental, ya que luego de internaciones prolongadas, no tienen un lugar donde vivir, ni los recursos económicos ni simbólicos para conseguirlo. El padecimiento condena al sujeto a ser excluido o expulsado de lugares de hospedaje y de su red familiar.

Aquí cabe destacar el papel que cumple en muchas situaciones el manicomio como política social, constituyendo la única alternativa de vivienda para el usuarie: *“Para un importante porcentaje de pacientes el manicomio ante la falta de otras alternativas, se constituye en una suerte de seguro social, frente a la desocupación crónica, a su expulsión del universo familiar, a la falta de ingresos, a la desafiliación subjetiva y colectiva. Política social también para el caso de personas discapacitadas sin cobertura social y con familias con largas historias de pobreza estructural”*. (Alberdi; 2012: 103)

Un informe realizado por el INADI después de la sanción de LNSMYA N°26.657 en el 2010, refleja esta situación: *“Se estima que en nuestro país aún existen alrededor de 20.000 personas en centros de internación en salud mental (66,7% en el sistema público y 33,3% en el privado). Aproximadamente el 70% de las personas internadas continúan en los hospitales psiquiátricos una vez terminado el tratamiento, principalmente por haber perdido sus lazos sociales, encontrarse en situación de pobreza, desamparo social, familiar o bien por la aún insuficiente existencia de dispositivos intermedios”*. (INADI)

Frente al rechazo o incapacidad de la familia para alojar o frente a la escasez de recursos para vivir en un lugar rentado, las residencias compartidas para usuaries de salud mental parece ser la única alternativa posible. No obstante, en la actualidad en la ciudad de Rosario éstas se encuentran agotadas, no logrando saciar la demanda de vivienda.

Yamila, informa que en las tres casas (una ubicada en Avellaneda y Garibaldi, otra en Riobamba N° 4448 y la otra en 3 de Febrero N° 6968) donde ella trabaja como operadora, habitan tres usuaries. Una de las casas cuenta con dos habitaciones, otra con tres y otra con cuatro, sin embargo, la elección del límite de usuaries para habitar las casas no refiere al tamaño de las mismas sino a la dificultad de los trabajadores para desempeñar sus tareas: *“Empezamos a notar límites en cantidades, es imposible de trabajar con más de tres, hemos tenido cinco en la casa de 27 que es grande y se presta en espacio, pero no en manejo nuestro porque la mayoría no tenían acompañante, los equipos no participaban y estallábamos mal”*. (Yamila, 2018)

En lo que respecta a la modalidad de acceso a estas residencias, Yamila y Marcia (coordinadora de los dispositivos sustitutivos de la provincia), sostienen que existe una lista de espera, la cual es organizada por Marcia, en base a los informes que le llegan de los equipos de referencia de les usuaries. Ambas informan que, a la hora de pensar el ingreso de un usuarie, se convoca desde la Dirección Provincial de Salud Mental al equipo de la casa y se evalúa en conjunto la mejor alternativa para le usuarie en cuestión. En relación a esto, en el documento del gobierno de Santa Fe sobre estas

residencias se sostiene que: *“En el ingreso de un nuevo miembro a la casa de medio camino se deberá tener especialmente en cuenta la aceptación de éste por los otros residentes, por lo que deberá permitírseles la previa evaluación de los mismos y la existencia de un período de convivencia para determinar posteriormente su incorporación definitiva o no”*. (Gobierno de Santa Fe)

Respecto a la lista de espera, Yamila sostiene que ayuda a ordenar la demanda: *“La famosa lista, estaría bueno que esté verdaderamente porque ordena muchos pedidos, porque muchas veces nosotras hemos tomado pacientes así al boleo porque eran urgentes y después no se respetan muchas cosas y quedamos nosotros como equipo con el paciente haciendo malabares”*. (Yamila, 2018)

El único requisito que menciona Yamila para ingresar a las residencias es que les futuros usuaries tengan ciertos recursos simbólicos y/o económicos trabajados anteriormente con sus equipos de referencia o en el momento de la externación. Menciona como ejemplo, tener tramitado el certificado por discapacidad: *“Hace poco ingresó una chica que nos detonó la casa porque no tiene ningún recurso, no tiene ni siquiera el pase de colectivo, y todo eso renegando con mis compañeros, y es una locura, no tanto para nosotros, a ella se le torna horrible, porque ve que las compañeras tienen plata, salen pero ella no quiere salir porque no tiene plata, y si no tiene que salir acompañada para que le preste y no lo podes manejar, ya se nos desborda a nosotros, y bueno, intercambian favores por cigarrillos y sabemos que eso no termina bien”*. (Yamila, 2018)

El equipo de trabajo de estas tres residencias está compuesto por un coordinador, que es un psicólogo, y cuatro operadores. Les operadores, así se denominan a las personas que trabajan en las residencias, cumplen la tarea de acompañantes terapéuticos por dentro y por fuera, acompañan en los quehaceres cotidianos como así también en las diversas actividades que les usuaries llevan adelante por fuera de la residencia.

A diferencia del coordinador, quien no visita las residencias salvo que el resto del equipo o les usuaries lo soliciten, les operadores tienen días fijos de visita y están al libre llamado, la labor que desempeñan en la casa consiste principalmente en acompañar la recuperación de la autonomía en la ciudad, resolver situaciones de la cotidianeidad y sostener una asistencia ambulatoria. Además, se apuesta al mantenimiento o el recobro de los lazos sociales en la comunidad, y de los hábitos sobre el cuidado personal.

Cabe destacar, que lo que distingue a las residencias compartidas de cualquier tipo de pensión en la ciudad, no es solo la accesibilidad económica, sino este acompañamiento y sostén que les operadores llevan por dentro con les usuaries. En palabras de Yamila: *“Hay muchos que no toleran la pensión, estos proyectos se sostienen porque que hoy está más fuerte la figura del acompañante terapéutico, se ve que en las pensiones cuando no hay una coordinación o un acompañamiento por dentro, porque el acompañante esta por fuera, las situaciones fracasan”*. (Yamila, 2018)

Contribuciones subjetivas y materiales a les usuaries: desde la perspectiva de las trabajadoras

Las contribuciones a la salud mental que los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial producen, son particulares y diferentes en cada persona que transita este proceso de volver a encontrarse con otras, con una tarea, con el disfrute, con la elección, con la palabra, con la salud.

Estos espacios a través de la producción, el trabajo, el entretenimiento, la cultura, intentan aportar herramientas para que las personas que asisten puedan transitar su cotidiano con la mayor autonomía posible, abandonando el lugar de objeto pasivo, de paciente, para transformarse poco a poco en personas partícipes de su propio tratamiento, de su propia vida: *“La mayoría de las personas que vienen acá, han tenido en su vida un lugar bastante complejo que es el de la patología, el de la enfermedad, el del padecimiento, con suerte, porque si no es el lugar del loco, el de diferente pensado como excluido”*. (Ayelén, 2018)

Aprender un oficio, ser productores y/o vendedores, compartir con otras, participar en las decisiones, ser reconocidas, elegir, salir de sus casas, ganar dinero propio, cuidarse; son procesos y movimientos que tienen consecuencias en el cotidiano de les usuaries que asisten a estos espacios, y que aparecen constantemente en el relato de las trabajadoras.

En relación a la venta, Carolina²³ coordinadora de “Al divino Botón”, expresa: *“Las usuarias²⁴ cada vez se ponen más contentas de vender. Antes mucho pasaba por nosotras, yo me ponía re contenta cuando vendíamos, incentivábamos a nuestro público a que venga, pero por ejemplo ahora, la vez que fuimos a la feria no necesitamos de eso, los productos se vendieron solos”*. (Carolina, 2018)

Por su parte, Ayelén coordinadora del espacio de venta de “Pomelo en el Patio” nos cuenta que hay usuaries que hace muchos años participan de este espacio, lo que permite que se sientan parte y se referencien con la institución: *“Hay algunos usuarios fijos que son históricos y que de hecho tienen de título “los históricos” y yo creo que le da a ellos como cierta identidad en el lugar, esto de “soy el vendedor más viejo” y eso tiene una importancia para lo que significa subjetivamente identificarse con algo, tener un lugar en el mundo y para otros”*. (Ayelén, 2018)

Con “para los otros”, Ayelén refiere al valor que tiene la mirada, que siempre fue atravesada por el “no puede, no es capaz”, y el reconocimiento de les usuaries por parte

²³ Carolina, es terapeuta ocupacional, actualmente trabaja en el área de género de la municipalidad y es coordinadora del dispositivo textil “Al divino botón”.

²⁴ El equipo de trabajo de “Al divino botón” esté conformado por todas usuarias mujeres. Me parece un dato no menor, teniendo en cuenta que las labores vinculadas a la costura están ligadas históricamente a lo femenino. Esto responde a un estereotipo de género, es decir, una práctica asignada socialmente a la mujer por su sexo.

de los familiares, les amigos y de la comunidad en general, a través de sus productos o del lugar que ocupan en la institución. El reconocimiento de lo que hace, resulta motivador, enriquecedor, puede hacer que se sienta parte, que vuelva a ser visualizado como alguien que puede ejercer una vida plena, que puede desarrollar todas sus capacidades: vivir con su familia, desempeñar un trabajo, tener amigos, vivir en sociedad.

“Donde las chicas van saben que ‘ah ¿ustedes son las chicas de Al divino botón?’”. (Carolina, 2018)

“Nos ha pasado mucho esto de la mirada del familiar cuando ve que alguien puede, ‘ah mira lo que puede hacer’”. Es como una faceta que quizá no la podían ver y la de vendedor también, es como para todos los vendedores un lugar”. (Ayelén, 2018)

“Se produce un cambio de mirada, como alguien que puede producir, que puede hacer, que puede”. (Yanina, 2018)

En relación a las residencias compartidas, Yamila comenta que les usuaries que habitan estas residencias, renuevan hábitos perdidos por la larga institucionalización sobre los haceres de la vida cotidiana, y que en el transcurrir del tiempo van dejando atrás “patologías del hospital”:

“Luis por ejemplo murió en su mejor momento, tuvo muchas patologías de hospital, de hecho, entraba Eduardo o algún otro profesional y Luis se tiraba sobre la silla y yo le decía de reojo (mueca haciendo referencia a ‘¿Qué haces?’) Y el me miraba serio y después cuando se iban me decía: ‘yo me tengo que hacer el loco si ellos vienen a ver los locos’”. (Yamila, 2018)

“A nosotros nos ha pasado hasta con la comida, vos te das cuenta que no es que comen así porque nunca comieron o porque son desafortados, muchos sí y otros porque en el hospital vos comiste y te sacaron el plato o sino viene el otro y te lo comió, entonces por ahí vos trabajas eso de relajarse un poco”. (Yamila, 2018)

Todas las actividades de los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial, se dan compartiendo el espacio y la palabra con otros. Apuestan por la apertura de nuevas relaciones y lazos sociales, arrebatados en la institución manicomial, y difíciles de construir en la comunidad debido al imaginario social construido en torno a la locura.

La LNSMYA N°26.657 en el artículo N° 8, aboga por la generación de los lazos sociales: *“El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario (...) se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”.*

A pesar de que actualmente en la sociedad se está avanzando hacia el camino de la disolución de los vínculos y de la subjetividad individualista, romper con el aislamiento, reconstruir la vida con los otros, es fundamental para la salud, ya que nos constituimos a partir de la existencia del otro.

“Es súper interesante las modificaciones sustanciales que se producen en los vínculos, hay uno de ellos que se cortaba el cuerpo y la cara como un mecanismo incluso de placer y estaba muy encerrado en su casa, no salía y estaba conectado más con el mundo virtual que con el real, y hoy impecable, lo encontró con la humanidad de nuevo, con su propia humanidad, se encuentra con sus compañeros, disfruta de ese encuentro, produce”. (Yanina, 2018)

“Le preguntamos a las chicas ¿Qué era para ellas el “Al divino botón”? ¿Qué era para ellas ese espacio? Y está buenísimo porque todas dijeron que es como un lugar de encuentro, un lugar donde se produce y no solo se producen objetos, se producen otras cosas”. (Carolina, 2018)

“Vemos cuestiones más vinculadas a la higiene personal, al registro de su cuerpo, al registro del otro, por ejemplo, acordar con el otro tal cosa, se festejan los cumpleaños, salen juntos, hacen asados, como un grupo de trabajo”. (Yanina, 2018)

“A partir del paso por acá, se van generando lazos nuevos, de amistad, de amor. Así como encuentran el interés por algo, se encuentran con alguien y se genera una amistad que ha permitido en algunos momentos difíciles que se hagan el aguante, y eso también es como encontrar esa paridad, no solo el psicólogo, sino realmente a las tres de la mañana cuando el psicólogo está dormido ¿quién te hace realmente el aguante?, llamas a un amigo. Han salido changas y trabajos a partir de que uno conoce a otro, esto tiene que ver con el lazo y el circuito que se arma, esto de que alguien entre en circulación, porque hay gente que vive encerrada, en su casa, en su pieza, en el encierro de cada uno, entonces esto genera una apertura que permite entrar a alguien en una circulación nueva, y eso me parece re interesante a nivel subjetivo”. (Julieta, 2018)

En lo que respecta al aprendizaje de oficios que ofrecen los espacios con orientación productiva, cabe destacar que este proceso de aprendizaje se produce verdaderamente. Los talleres o capacitaciones son brindados por profesionales que se dedican al oficio.

En relación a esto, Alejandra coordinadora de “Pomelo en el Patio” sostiene que:

“Cuando uno aprende puede tener errores, pero el aprendizaje del oficio es real, no hacen como que aprenden un oficio, es real y cada uno con ese insumo puede hacer lo que quiera, se puede convertir en productores o quizá es un hobby pero ese hobby es

real, no porque no vayas a vender la producción no tiene que ser linda, útil, vistosa. Los talleristas transmiten el oficio de verdad y la gente aprende de verdad". (Alejandra, 2018)

"En "Al divino botón" realmente se busca un producto estéticamente vendible". (Carolina, 2018)

Se trata que los productos sean comprados por su belleza, calidad, utilidad y no por acto de caridad o filantropía: *"Esta característica de igualdad en capacidades y competencias permite un notable refuerzo en la autoestima de la persona históricamente marginada. Simultáneamente, actúa sobre las representaciones sociales de la comunidad al ubicar al loco como alguien que es capaz de crear, producir y trabajar como todos".* (Elvira; 2012 :108)

Carolina, coordinadora de "Al divino Botón", nos cuenta que las capacitaciones que recibieron las usuarias que asisten al espacio fueron dos: *"Las capacitaciones fueron el año pasado en zona sur, y este año es en "Espacio Balcarce". Una de las usuarias, ya hace un año que participa del espacio, pero no sabe coser y hoy está haciendo la capacitación porque quiere aprender".* (Carolina, 2018)

Por su parte, les usuaries de "El horno está para bollos" recibieron una primera capacitación gastronómica en el marco del programa "nueva oportunidad"²⁵ de la municipalidad de Rosario, en el centro cultural "La Toma" los días lunes, miércoles y viernes: *"Los lunes a la mañana era el "tercer tiempo", lo que denomina el programa es que es un espacio áulico corpóreo donde vos te encontrás sin la cuestión de la actividad puramente y exclusivamente de la cocina, pero si para trabajar las relaciones intrínsecas, los vínculos, la constitución grupal, el fortalecimiento individual, personal, subjetivo para el desarrollo colectivo. Miércoles y viernes era la cocina, estaban desde las tres y media de la tarde hasta las siete de la tarde en "La Toma" con el docente y con nosotros, el equipo".* (Yanina, 2018)

Como mencioné con anterioridad, los espacios que mensualmente otorgan un ingreso material a los participantes son aquellos con orientación productiva ligada a lo laboral.

"Ellas cuando vienen firman asistencia y todo lo que entra se divide por mes, de una manera igualitaria según la cantidad de días que vinieron". (Carolina, 2018)

²⁵ "El programa "Nueva oportunidad" convoca a jóvenes de entre 16 y 30 años que hayan dejado la escuela, no tengan empleo ni formación en oficios. Les permite capacitarse y participar de espacios de intercambio y reflexión para que adquieran herramientas de inserción laboral y hábitos de convivencia social" (Municipalidad de Rosario)
Disponible en: <https://www.rosario.gov.ar/web/ciudad/jovenes/programa-nueva-oportunidad>

“En principio todo lo que ingresa se destina en partes iguales a los usuarios, por ejemplo, ahora hay que cobrar un catering que es de ocho mil cuatrocientos pesos y se divide en diez”. (Yanina, 2018)

En “El horno” no se toma asistencia. A partir de la inclusión de estudiantes de economía se va a comenzar a organizar estas cuestiones: *“Ahora hicimos un convenio con la facultad de ciencias económicas que a través de una cátedra puntual que es “economía social” vienen dos alumnas de ciencias económicas que nos van a enseñar un poco a desarrollar la organización material del proyecto”. (Yanina, 2018)*

Además del ingreso por la venta de lo producido, los participantes del emprendimiento gastronómico “El horno está para bollos” reciben becas del programa “nueva oportunidad”. Sin embargo, estas no son sostenidas en el tiempo, aseguran un ingreso fijo mensual mientras los participantes se encuentren realizando la capacitación provista por el programa.

“El “nueva oportunidad” lo que precipita es el docente a través del Ministerio de Educación, las becas de mil doscientos para los usuarios y la compra de insumos y pequeños materiales para el desarrollo de la capacitación”. (Yanina, 2018)

“Este grupo va a percibir en un futuro un ingreso de cinco mil pesos mensuales por cada uno a través del programa “nexo oportunidad”, le pagan una obra social y aportes, pero en realidad no son aportes, son testimoniales porque la gran mayoría esta pensionada por incapacidad laboral”. (Yanina, 2018)

A la hora de preguntar por la situación económica de los usuarios que transitan por los espacios, fue un denominador común las dificultades económicas que atraviesan, la mayoría vive con sus familias, no posee trabajo formal, y no todos tienen tramitada la pensión por discapacidad.

El ingreso mensual que reciben en estos espacios productivos/laborales, no es un monto que permita saciar las necesidades básicas de cualquier persona. Sin embargo, el dinero, además de su incidencia subjetiva, acompaña en situaciones donde no se tiene nada:

“Hay una usuaria que vive con una hermana con la cual tiene muy mala relación y ahí yo creo que el dinero si importa porque pide en la calle para comer, nosotras tomamos la metodología de dar adelantos”. (Carolina, 2018)

“No es más allá del dinero, es más acá, importa. Por ejemplo, las que no tienen pase de colectivo tienen que tener dinero para venir”. (Carolina, 2018)

En relación a esto, Carolina sostiene que si cobraran la mitad las usuarias irían igual porque valoran al espacio como un lugar de encuentro, de compartir con sus

compañeras: *“Pero también está bueno pensar que es un laburo, a veces se presenta esta contradicción que decís, yo te hago firmar, te pago por el día que vos venís, ¿y cuánto te pago por el día que vos venís? A mí se me presentan un montón de contracciones en relación a esto, ¿porque yo las tengo que hacer firmar? ¿O porque tengo q obligar a que vaya a una feria a vender para que circule el producto? Si yo después a fin de mes le doy quinientos pesos, ¿yo vivo con quinientos pesos? ¿Mi trabajo vale quinientos pesos?”*. (Carolina, 2018)

Este malestar que expresa Carolina por la poca ganancia que obtienen a través de la venta de los productos, es resultado de ver el compromiso y el desempeño que llevan adelante las usuarias del dispositivo, y que este trabajo no sea reconocido o acompañado por políticas que conviertan a estos emprendimientos en verdaderas alternativas laborales para las personas con padecimiento subjetivo.

Por otra parte, me parece interesante señalar, que en todas las entrevistas las trabajadoras relatan que les usuaries son partícipes en las tomas de decisiones de los espacios en los que participan. Darle lugar a la palabra, construir conjuntamente el espacio, es fundamental para sentirse parte.

Yanina, coordinadora de “El horno está para bollos”, nos cuenta que se reúnen dos veces por semana con todo el equipo y con les usuaries que participan en este emprendimiento.

Carolina, coordinadora de “Al divino botón”, sostiene que se debate qué trabajos tomar con las participantes del espacio: *“Además de lo que nosotras producimos tomamos encargues del barrio, siempre consultándolo con ellas, la idea no es que nosotras decidamos y ellas hagan las cosas”*. (Carolina, 2018)

Además, nos comenta que hay un momento para que las usuarias reflexionen o charlen sobre el espacio: *“También un momento de recreo donde se debaten y se discute sin nosotras, todas debaten, por ejemplo, el día de la feria de salud mental ¿Por qué se hace esta feria, este encuentro?”*. (Carolina, 2018)

Ayelén, coordinadora del espacio de venta de “Pomelo en el patio”, nos cuenta que se realizan reuniones con les usuaries que transitan por el espacio de venta: *“Hacemos reuniones como equipo de venta y están muy buenas, de hecho, los vendedores la tienen como muy ubicada como momento para decir a veces lo que molesta, la esperan para hablar de lo que no hablan, de las dificultades”*. (Ayelén, 2018)

Por su parte, Yamila quien es operadora de tres casas asistidas en la ciudad, comenta que semanalmente se reúnen en las casas, y sobre las normas de convivencia que estructuran el funcionamiento de la misma sostiene que: *“Las normas de convivencia las arman ellos, sobre la música, las visitas, no tocar las cosas del otro. Muchas veces se cambian, se pone una, se pone otra, vos te das cuenta que las ponen y no sirven, no las respetan ellos mismos, la ponen para molestar al otro”*. (Yamila, 2018)

Para finalizar este apartado, me pareció interesante retomar las palabras de Julieta la cual sostiene que el “Gomecito”, espacio donde trabaja, es un lugar que permite acompañar incluso en situaciones de crisis subjetivas. Ella lo atribuye a un lazo de confianza que construyen los usuarios con algunos trabajadores de la institución:

“He visto mucha gente que en los momentos de mayor crisis vienen acá, a contarte, a decirte, a hacértelo saber, me parece que algo de eso es lo que posibilita a que alguien pueda tratar eso. Obvio que acá no es suficiente, no es que vienen acá y se les pasa, no somos milagrosos, pero bueno ya el hecho que alguien venga y pueda depositar eso acá, te permite acompañar a que retome con las entrevistas que había dejado, o el tratamiento, o hablar con alguien para que eso entre en un tratamiento que a veces de deja o se corta, rearmar algo, eso me parece que es muy importante”. (Julieta, 2018)

Trabajo interdisciplinario, interministerial y en red

Uno de los ejes a preguntar a las trabajadoras en las entrevistas fue sobre la modalidad de trabajo que llevan institucionalmente, en todas las respuestas se destacó el trabajo interdisciplinario al interior de los equipos. Digo interdisciplinario porque los integrantes de los equipos de trabajo de estos espacios no responden a una misma disciplina y llevan adelante un trabajo grupal sostenido y constante: *“La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”.* (Stolkiner; 1987: 313)

La interdisciplinariedad es un posicionamiento que obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, en los equipos podemos identificar a musicoterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores que no poseen ningún título profesional.

Un ejemplo de este último caso lo constituyen los operadores de las residencias compartidas: *“La figura del operador en salud mental remite a la experiencia de desmanicomialización que se produjo en Italia, y amplía la intervención a profesionales y/o operadores que no provienen del campo médico”.* (Elvira; 2012: 108)

Yamila, relata que el incorporar a no profesionales en estas residencias, surge a partir de un pedido de un usuario en el momento en que se inauguró la primera residencia en la ciudad de Rosario: *“Luis, lo que siempre podía manifestar es que no quería ser acompañado por profesionales dentro de su casa, si por afuera, en el circuito se manejaba re bien, pero no quería eso en su casa y el equipo que llevaba adelante su externación le ofrece, que no me acuerdo bien como fue, arreglarle su casa con un como dato de que puedan vivir otros usuarios, y cuando él empieza a plantear todo esto se le ocurre al equipo gente de la comunidad y ahí aparece la figura del operador”.* (Yamila, 2018)

En los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial, el modelo de intervención interdisciplinar se orienta a provocar rupturas con las prácticas “psi”, entendiendo que el padecimiento psíquico no es solo de carácter individual y privado, sino que está enmarcado en procesos socio históricos más amplios y complejos: *“La enfermedad mental produce un desorden en todos los ámbitos de la vida social, amorosa, familiar, laboral, en los vínculos amistosos, es claro que debe ser atendido con recursos interdisciplinarios”*. (Galende, 2015)

La LNSMYA N°26.657, consolida legalmente el cambio de paradigma en la salud mental en nuestro país, principios tales como la imposición de una mirada integral y la necesidad de diálogo entre los distintos saberes, se reiteran y subrayan a lo largo de todo el articulado de la norma.

En estos espacios, las reuniones de equipo son el pilar fundamental del trabajo interdisciplinario, estas se encuentran pautadas en un día y en un horario, constituyen un espacio fijo de construcción y revisión del trabajo con todos los trabajadores de la institución:

“La verdad que puedo contar con los dedos de las manos las veces que no hicimos una reunión, que fue algún verano que éramos pocos porque la mayoría estaba de vacaciones. Las reuniones son semanalmente y siempre son importantes, yo creo que las reuniones hay que hacerlas siempre, obviamente hay veces que son menos productivas que otras, pero siempre nos permiten tener como otra mirada, esto de pensarlo con otros, esto del trabajo colectivo, que uno no quede encismado en lo que le pasa a uno o en algunas cuestiones que alguno no puede ver por estar en el mismo espacio, que un compañero te pueda marcar algo o cuando uno tiene una dificultad podamos construir”. (Aylén, 2018)

“Siempre hay un “nosotros” cuando alguien interviene, nunca es a título personal, eso es lo importante de estos espacios. Las reuniones son parte de nuestro trabajo y son de todo el equipo y participamos todos, y cada uno tiene su mirada porque no es lo mismo la mirada de un tallerista que está dentro del taller acompañando una actividad puntual, que lo que podemos ver nosotras que tiene que ver con la circulación de la persona por fuera de los talleres”. (Alejandra, 2013)

“El trabajo siempre es así, no hay una receta, no es que nosotros tenemos un protocolo de intervención, en realidad vamos construyendo, vamos probando y muchas veces también acordamos algo con el equipo y después tenemos que reevaluarlo y pensar otra cosa, pero eso también es lo rico del trabajo”. (Alejandra, 2013)

“Nosotros ahora nos encontramos tres veces por semana, una vez nos reunimos nosotros solos para pensar y definir, los tiempos son bastantes tirantes, pero bueno”. (Yanina, 2018)

“Yo considero que en este equipo en particular hay gente que es muy valiosa, en el sentido de los aportes que cada uno hace. Es bien un equipo, bien heterogéneo, algunos aportan desde un lado, otros desde el otro, cada uno desde su lugar y su recorrido aporta y hace que en el encuentro haya eso de lo vivo. También en las reuniones de equipo está reflejado el nivel de conflicto que siempre tenemos como grupo, que me parece saludable, y en todo ese intercambio hay un proceso de fundamentación y argumentación que todo el tiempo nos interroga, y eso me parece que está bueno, que es lo que nos permiten no dormirnos ni quedarnos, somos muy críticos de lo que hacemos”. (Julieta, 2018)

Por otra parte, tres de las entrevistadas mencionan que frecuentemente o frente a situaciones puntuales realizan con todos los trabajadores del equipo, supervisiones de su trabajo con una psicóloga que no pertenece a la institución. Incorporar una mirada externa para realizar un proceso de análisis y reflexión sobre ciertas situaciones e intervenciones me parece interesante destacarlo como parte del trabajo interdisciplinario que llevan adelante.

“La verdad que cuando hicimos la supervisión nos marcó cuestiones súper interesantes, que venga alguien de afuera a poder orientarnos un poco en algunas cuestiones que estuvieron buenísimas porque a veces estando adentro hay cosas que no las ves y cuando no podés ver algunas cosas hay veces que obstruyen el trabajo entonces está bueno preguntarse”. (Carolina, 2018)

“Las supervisiones estaban muy buenas por eso también estamos pensando de hacer supervisiones no tan ligadas al usuario que nos esté presentando alguna dificultad, sino a nosotros mismos, como grupo de trabajo”. (Ayelén, 2018)

“Hemos pedido un espacio de supervisión de alguna situación particular que creíamos que no sabíamos por dónde, también hemos contado con un espacio como para intentar ordenar un poco nuestra intervención, como un tercero que pueda aportar otra mirada”. (Alejandra, 2013)

La interdisciplinariedad es un posicionamiento sobre la modalidad de trabajo que llevan adelante cotidianamente estos espacios, corriéndose del lugar del saber absoluto y valorizando el trabajo en equipo. No hay una única voz desde la cual uno pueda dar respuesta a la demanda en salud mental, no hay una persona o una institución que pueda darle respuesta a la locura como históricamente lo hizo la psiquiatría asilar: *“Pero debemos tener presente que el terreno teórico y práctico no estaba vacío, sino ocupado por la psiquiatría que, en sus variantes biológica y fenomenológica, definían su objeto como “enfermedad” y unían a él su pertenencia al campo médico, no al de la salud. De allí que nos encontremos con resistencias a esta ruptura epistemológica, ya que el nuevo objeto, salud mental, debe abrirse camino en ese terreno anterior, es un nuevo objeto*

epistémico, que necesariamente redefine los lugares de las disciplinas existentes, fundamentalmente de la psiquiatría y la psicología". (Galende; 2012: 28)

La LNSMYA N°26.657, al definir y reconocer a la salud mental como: *"Un proceso determinado no solo por componentes biológicos y psicológicos, sino también por componentes sociales, culturales, históricos, económicos"*, no sólo habilita la intervención de otras profesiones y saberes no vinculados a lo médico, sino también recoge el principio de interdependencia²⁶ de los derechos, ya que sólo podrá darse garantizado el derecho a la salud mental si se garantiza el ejercicio del derecho al trabajo, al hábitat digno, a la vida en comunidad, entre otros derechos imprescindibles para los procesos de rehabilitación de las personas con sufrimiento subjetivo dentro de la vida social. Si nos remitimos al texto de la Ley, en su artículo N°36 se explicita la articulación intersectorial: *"La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental"*.

Con dicho objetivo, se formó un consejo interministerial que funcionaba en la jefatura de gabinete de la nación y tenía como función comprometer a otros ministerios en las políticas vinculadas a la desmanicomialización. Este consejo incluía: justicia, educación, trabajo, desarrollo social y vivienda. Sin embargo, a partir del 2015, este consejo se trasladó de la Jefatura de Gabinete de Ministros al Ministerio de Salud, eliminando su carácter intersectorial. (Galende, 2017)

Sin estos recursos intersectoriales es imposible la planificación que requiere el proceso de desmanicomialización, el cual apunta a construir una nueva cultura para con los diferentes, y para que esto se pueda concretar es necesario la intervención activa de todos los sectores de la comunidad, construyendo practicas concretas que posibiliten nuevas alternativas para atender y reinsertar al sufriente mental: *"El desmantelamiento del modelo manicomial no solo implica reformas estructurales dentro del sistema de salud, sino que también requiere de una profunda transformación de otros ámbitos necesarios para la restitución o armado de la vida cotidiana en una comunidad dada. Sectores estatales ligados a la vivienda, al trabajo, a la seguridad social, o a la cultura; tienen por desafío la construcción de estrategias y redes que acompañen al cumplimiento de los objetivos y plazo anunciados en la Ley Nacional de Salud Mental. Se hace necesario el despliegue de una política pública intersectorial que permita la integración de los diversos sectores"*. (Almeida y otros; 2017: 668)

²⁶ *"Entre los rasgos destacados del marco normativo de los derechos humanos figura el reconocimiento de la interdependencia de los derechos, habida cuenta de que el disfrute de algunos derechos puede ser dependiente o contribuir al disfrute de otros. La interdependencia opera respecto de los derechos económicos, sociales y culturales, de una parte, y los derechos civiles y políticos de la otra. Pero también un enfoque holístico o integral es reclamado en el propio disfrute de un derecho cualquiera, sobre todo si se trata de un derecho social"*. (Cunill Grau; 2010:4)

En este sentido, cabe destacar el trabajo interministerial que realiza el equipo del emprendimiento gastronómico "El horno está para bollos". Los trabajadores de este espacio llevan adelante un proceso colectivo con usuaries de salud mental, en el cruce de tres ministerios: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Educación; cruzado por una política que es el "nueva oportunidad" distrito centro y eligiendo como lugar para el desarrollo de las actividades al centro cultural "La Toma".

"Con Martín empezamos a formar el pequeño equipo, a armar y a diagramar lo que era la propuesta de un proyecto gastronómico y a partir de ahí pensamos que un proyecto de estas características no tenía que ser sólo de la Dirección de Salud Mental, que tenía que ser cruzado por los ministerios que tenían que abalar este proceso. Por la experiencia de Martín primero nos reunimos con el "nueva oportunidad" que a nuestra sorpresa nos dijo que si, nos reunimos con Horacio Crespo subsecretario de inclusión de desarrollo social de la provincia que nos dijo que si y nos entrega "asu", que son las ayudas sociales por única vez en el tiempo. Después empezamos a pensar que tenía que ser una cocina en condiciones para poder desarrollar la actividad de la capacitación y de la producción y ahí aparece el centro cultural de trabajadores solidarios en lucha "La Toma", se firmó un convenio de partes entre la Dirección de Salud Mental y "La Toma". Entonces el "nueva oportunidad" lo que precipita es el docente a través del Ministerio de Educación, las becas de mil doscientos para los usuarios y la compra de insumos y pequeños materiales para el desarrollo de la capacitación; desarrollo social de la provincial ponía los "asu", y la Dirección de Salud Mental se comprometía a constituir el equipo para poder desarrollar las actividades". (Yanina, 2018)

"Es una práctica revolucionaria la intersectorialidad, la posibilidad de la interministerialidad, la gestión de conflictos a través del entrecruzamiento de múltiples actores mirando la política pública de un sector. Te da aire, te da tiempo, te da energía para pensar para dónde, cómo, cuándo, con cuántos. Entonces bueno, en la medida en que nosotros crecimos fuimos sumando equipo y ese equipo va tendiente a empoderar "El horno está para bollos" en un lugar real de producción subjetiva vinculada al trabajo no tradicional, que es todo un trabajo colectivo, en un emplazamiento muy particular como es "La Toma" y en un mercado que es muy complejo que es el actual". (Yanina, 2018)

En lo que respecta al trabajo en red de los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial con los servicios del sistema de salud, en las entrevistas se puede identificar el trabajo que les trabadores de estos espacios llevan adelante con los equipos de referencia (pertenecientes a centros de salud, hospitales generales, hospitales monovalentes) de cada usuarie. Algunos equipos de los espacios recurren frente a situaciones puntuales y otros consideran que las reuniones con los equipos de referencia deben darse frecuentemente para poder comunicar ciertos movimientos que les

usuaries van produciendo en el cotidiano institucional y de esa manera poder ir sumando a la estrategia terapéutica.

“Se trata de construir lazos con los equipos porque a veces los usuarios no están muy referenciados. Después nos reunimos con el equipo frente a situaciones puntuales, porque creemos al estar las usuarias externadas, salvo con una usuaria que se encuentra en situación de calle, ahí tenemos mayor trabajo con el equipo”. (Carolina, 2018)

“Es muy loco que el trabajo no sea tan intenso con los monovalentes que es de donde salen los dispositivos, sino con los centros de salud, trabajando más lo preventivo, que esta posibilidad permita no llegar a una internación, que permita ahí entre el equipo de referencia y este espacio y otros, como acompañantes terapéuticos, pensar una estrategia terapéutica”. (Ayelén, 2018)

“Los equipos de referencia, hace un año y medio empezaron a estar más presentes, nos estamos movilizándolo bastante a los centros de salud y hospitales para juntarnos con los equipos. Esto creo que se debe a un cambio de concepción del “Pomelo”, ya no como un lugar ocioso sino como un dispositivo que forma parte de la clínica, de la estrategia terapéutica que se lleva adelante con el usuario”. (Alejandra, 2018)

“Lo que intentamos es trabajar con los equipos de referencia, tener por lo menos una primera presentación y después a demanda”. (Julieta, 2018)

“Los equipos de referencia están abarrotados en los centros de salud y siempre es a la demanda, y después la solución tampoco llega nunca. Nos ha pasado que siempre hay gente que se engancha y quiere, pero el resto no te acompaña y te terminan tirando abajo”. (Yamila, 2018)

“Lo que si te puedo decir, es que cuando los usuarios fracasaron fue por el equipo, tanto el equipo del usuario como nosotros, porque en algún lado está la falla, o no congeniamos o hubo teléfono descompuesto”. (Yamila, 2018)

Yamila, trabajadora de tres residencias compartidas en la ciudad, manifiesta cierto malestar en relación con los trabajadores del circuito de salud, expresa que existe en ellos un “desconocimiento total”: *“Yo no sé si es falta de comunicación o de ganas de que lo que te están comunicando poder entenderlo. Hay gente que está súper predispuesta y de cosas que no sabe, se predispone, pregunta y se interesa. Después hay otras que no, y eso cuesta un montón, te desgasta. A nosotras muchas veces se nos hace más fácil la comunicación con la cajera del supermercado, que es donde tenemos la cuenta, que con los propios compañeros y trabajadores, mira lo que te digo, compañeros y trabajadores”. (Yamila, 2018)*

En este sentido, Julieta coordinadora del “Gomecito”, relaciona este desconocimiento con una actitud defensiva por parte de algunos profesionales de la salud: *“Hay un desconocimiento, pero me parece que también es defensivo, porque es difícil, después de acompañar esas situaciones de crisis uno se va... no es fácil acompañar esos momentos. Yo creo que es defensivo porque yo no puedo creer que en ningún lado lo puedan atender, que en ningún lado tengan turno, hay algo de eso que es un rechazo, puede ser que algo de eso defensivo tenga que ver con el desconocimiento, se desconoce entonces se le tiene miedo”*. (Julieta, 2018)

En relación con esto, Yamila relata una serie de situaciones con diversas instituciones y profesionales de la salud que ejemplifican lo anteriormente reseñado:

“Uno dice “yo soy la operadora acompañante terapéutico” y yo soy la “che pibe” muchas veces. Gente que no va al barrio, acompañantes mismos que tienen acompañamiento con usuarios que no saben llegar”. (Yamila, 2018)

“Tenemos problemas con la farmacéutica del centro de salud. Ella no puede entender que son usuarios de salud mental, un usuario cuando fue no le dieron la medicación porque una vez la perdió, pero ella dice que la vendió porque era droga, y la perdés porque la perdés. Otra vez la perdí yo y tuve que hacer un informe diciendo que la había perdido y eso pasa porque no es una responsabilidad mía, es una responsabilidad que el tipo vaya al centro de salud y se la den como cualquier hijo del vecino y el centro de salud tiene resistencia a eso”. (Yamila, 2018)

“Para mí el fracaso más grande que tuvo el dispositivo fue un muchacho que era una crónica anunciada. Hacía ya un año y medio que venía cambiando de equipo, con recaídas y empezó a detonar la casa, a llevarse mal con los compañeros, a dejar la medicación. Lo derivábamos a la Colonia, la Colonia le daba la medicación y a la semana volvía a la casa sin un llamado previo, ni siquiera un “está yendo”, caía, ni siquiera decirnos “che mira, lo vimos de esta forma, a ver si nos reunimos, a ver si mañana o pasado puede salir, si de forma periódica...” , nada, el caía con el bolso en la casa y nadie nos avisaba nada”. (Yamila, 2018)

“Hay un gran desorden, ni el “sies” nos ha venido a buscar frente a una crisis de un usuario, porque la policía no tenía móvil para acompañarlo, y encima para internarlo el Agudo te pedía que llegara en una ambulancia. Está todo muy desordenado todavía, yo creo que pedimos mucho por la ley y en el camino... Avisamos al Agudo, “mira la ambulancia no está llegando así que lo llevamos en un taxi”, y del otro lado era un, “¿cómo? ¿en un taxi?”, y si, si estaba parado al lado mío, iba porque estaba mal, porque no hay otro lugar que lo acepte, el único recurso que nos queda, que es una porquería, porque, ¿quién sale mejor del Agudo? Pero nosotros no lo podíamos sostener en la casa,

y no tenés ese lugar medio que es el que siempre se le reclama a la Dirección de Salud Mental”. (Yamila, 2018)

“Con un pibe que llevamos al “Carrasco” pasamos una semana con mi compañera espantosa, sin que nos dejaran salir a las dos juntas para fumar porque era paciente psiquiátrico y no nos dejaban dejarlo solo ni para hacer una radiografía y estaba con el médico, no era que estaba con el radiólogo, quería salir a fumar para hablar con ella y me decían, “no, porque es psiquiátrico”, “¿Y por qué vino acá?”, porque pensaron que estaba en una crisis, pero le había agarrado una convulsión, se calló porque estaba mal de la cintura y convulsiono y todos pensaban que se trataba de una crisis”. (Yamila, 2018)

En relación a esta última cita, Julieta relata dos situaciones referidas a la atención de la salud mental en los hospitales generales:

“Me parece, por mi experiencia, que algunas internaciones en hospitales generales no funcionan porque una internación en salud mental, no es una internación en una sala de terapia, se necesitan otros acompañamientos. Me ha tocado a mi acompañar a personas en esa situación y que me digan que, del viernes a la tarde hasta el lunes, el paciente iba a quedar solo, porque estaba el médico de guardia y las enfermeras. Yo entiendo que el médico de guardia no le puede hacer el aguante de “che vamos a charlar”, y la crisis en salud mental tiene que ver con ese acompañamiento, no solo ponerle suero, es otro modo de acompañar, no es del orden de los signos vitales, y si vos no entendés eso, internar a alguien en el hospital general, es lo mismo que nada. Distinto es en otros hospitales generales, como el “Baigorria”, que hay un servicio y una formación de un montón de recursos en salud mental, que pueden acompañar de otro modo. Entonces si vamos a pensar internaciones en hospitales generales me parece que tiene que pensar en darle lugar a la salud mental de otro modo”. (Julieta, 2018)

Estos constituyen ejemplos que muestran la falta de recursos, tanto profesionales como materiales, para que la atención en salud mental pueda darse en la atención primaria. Además, dejan en evidencia un trabajo en red desarticulado y no planificado entre los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial y los servicios del sistema de salud, no logrando impactar en esta lógica e instaurando un modelo mixto de atención: *“Estos espacios son fundamentales en la constitución de una red de servicios, pero hoy son solo subsidiarios de la lógica que pretenden sustituir dada la ausencia de planificaciones, de articulaciones, es decir la ausencia de una política pública que priorice el abordaje de los padecimientos subjetivos”. (Almeida y otros; 2017: 666)*

A pesar de la inexistencia de un plan provincial de salud mental articulado con el sistema de salud pública, el trabajo en red en muchas situaciones es construido desde los trabajadores, renunciando a la respuesta totalizante y manicomial, considerando que no es posible su trabajo sin el vínculo con otros:

“Como trabajadores comprometidos con prácticas éticas clínicas, intentamos hacer construir la red, y la mayoría de las veces lo logramos gracias a nuestros lazos”. (ATE Rosario, 2017) ²⁷

“En estos lugares, el pensar colectivamente es cotidiano, estar acompañando al otro equipo, articular y pensar más ampliamente el laburo con alguien. Hay situaciones donde uno interpela al compañero desde ese lugar, tratando de instalar otra práctica, porque se naturaliza este trabajo de con otros siempre y en muchos lugares no es con otros siempre”. (Alejandra, 2018)

“Muchas veces uno recurre a otros compañeros, como Yanina o Laura que vos sabes que es gente que esta predispuesta, que vos más o menos articulas, porque si no viste la gente está sin nada”. (Yamila, 2018)

“Nosotros como dispositivos tendríamos que tener relación entre nosotros en el sentido de más discusión, saber en qué está cada espacio. En realidad, nos conocemos y hay algo del intercambio personal, donde uno siempre sabe que el otro está en tal cosa, o llamas a alguien por teléfono. Pero es un contacto personal, no es algo que se genera, no hay una direccionalidad que instala que haya un día que nos encontramos los referentes de los distintos dispositivos a discutir, o a hacer una evaluación”. (Julieta, 2018)

Estos espacios se encuentran enmarcados en la red de salud pública, la articulación con los centros de salud y con los hospitales generales de la ciudad, es una condición necesaria e indispensable para que los procesos de salud no sean nuevamente encerrados y dependientes de una lógica que condenó y encerró históricamente al sufriente mental: *“Se suele recaer en la responsabilización de los equipos de APS y sigue vacante la planificación de lo sustitutivo y el abordaje territorial específico en salud mental para que estos equipos tengan con que armar la red. Debido a la falta de revisión de lineamientos y evaluación de la demanda gran parte de las estrategias de atención se terminan reduciendo a la sola asistencia de psiquiatría y medicalización”. (ATE Rosario, 2017) ²⁸*

La cooperación entre los trabajadores y como dice Yamila: *“Que tiren todos para el mismo lado”*, es fundamental pero como en todos los campos hay actores que resisten y entran en conflicto con la propuesta de reforma. El estado debe garantizar que las reformas legales que atañen a la salud mental sean incluidas en la nueva escena, que los efectores de salud cuenten con los recursos materiales y humanos para que la atención

²⁷ Documento diagnóstico realizado por ATE (Asociación trabajadores del estado) seccional rosario. Disponible en: http://www.aterosario.org.ar/web/uploads/catalogue/noticias/2017/Documento_diagn__stico_2017-ATE.pdf

²⁸ Idem anterior.

en salud mental incluya prevención, promoción y tratamiento, en el seno de la comunidad.

¿Espacios alternativos o sustitutivos?

En este apartado primeramente cabe hacer una distinción: por un lado, podemos hablar de *espacios orientados a sustituir la lógica manicomial*, entendiendo que “lo manicomial” es una lógica y no solo el lugar, es decir las instituciones monovalentes de encierro. Por lo tanto, esta lógica se puede entender como una situación donde la persona es cosificada, disciplinada, estigmatizada, más allá del dispositivo del que sea usuaria. En este sentido, la coordinadora de lo sustitutivo en la provincia: *“Que haya gente que sostiene esa lógica tanto en los hospitales psiquiátricos, en los hospitales generales, y a veces, en algunos de nuestros dispositivos... siempre se cuele, eso lo vamos a dejar más a título del profesional”*. (Marcia, 2018)

Es por eso que hablar de desmanicomialización, no refiere únicamente al cierre de las instituciones monovalentes, sino que implica una reforma de las políticas públicas con el consecuente cambio en el imaginario social ligado a las representaciones del sufrimiento psíquico. En este sentido, Amico sostiene: *“Desmanicomializar es más que la abolición del manicomio, supone acciones de liquidación de sus modelos de relación humana, de poder disciplinario”*. (Amico;2005: 79)

Por otro lado, podemos hablar de *espacios orientados a sustituir al manicomio* como institución asilar. Aquí se hace referencia al cierre definitivo del manicomio, tal como lo estipula el texto de la LNSMYA N°26.657 para el año 2020.

Lo ideal sería que ambas cosas se den conjuntamente, que se cierre el manicomio y que con él se extinga la lógica manicomial, no obstante, actualmente convivimos con ambos. Sin embargo, el terreno no es tan desolador, como vengo relatando existen espacios que se orientan a sustituir la lógica manicomial, instaurando una práctica basada en los derechos, el respeto y la dignidad de las personas con padecimiento psíquico.

Para que estos espacios sean reconocidos por el Ministerio de Salud Provincial y por la Dirección Provincial de Salud Mental como dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, como así los definen las resoluciones ministeriales, se deben cumplir ciertos requisitos:

“Son dispositivos armados por trabajadores de la dirección, por trabajadores del ministerio, no son como cualquier dispositivo que anda por ahí, ya que responden a la política pública que viene sosteniendo la dirección en materia de lo que considera sustitutivo, es decir, el abordaje, la población a la que se dirige. Si te vienen y te dicen, “vamos a armar un grupo de psiquiatras que vaya a medicar a la gente”, vos decís “no”, porque no se enmarca en la política pública que estamos sosteniendo”. (Marcia, 2018)

“A veces son propuestas que surgen desde la dirección y desde la coordinación misma, donde uno ubica alguna necesidad o alguna cuestión particular, y a veces son proyectos de los trabajadores de la misma dirección que presentan la inquietud y la posibilidad de desarrollarlos, o también a veces son las instituciones del Ministerio de Salud, que pueden ser centros de salud o los mismos monovalente, que plantean ciertas necesidades de apoyo o de armar algún dispositivo o de transformar la institución”. (Marcia, 2018)

Ahora bien, estos espacios ¿sustituyen la lógica manicomial?

“Lo que si sustituyen es la lógica, porque no hay nada compartido entre estos dispositivos y la lógica monovalente”. (Marcia, 2018)

“Yo creo que muchos de los compañeros de salud mental si sostienen otra lógica hace muchísimo tiempo, anterior a la creación de la dirección, el tema es que no es lo mismo sustituir la lógica, que yo creo que en Santa Fe se sustituyó en muchos de los dispositivos, incluso en los de internación, y que otra cosa es cerrar los hospitales”. (Marcia, 2018)

““El horno está para bollos” es un dispositivo sustitutivo a las lógicas manicomiales, no por su emplazamiento sino porque es una práctica revolucionaria vinculada a la intersectorialidad, a la posibilidad de la interministerialidad”. (Yanina, 2018)

“En estos lugares, el pensar colectivamente es cotidiano, estar acompañando al otro equipo, articular y pensar más ampliamente el laburo con alguien. Lo sustitutivo tiene que ver con eso, eso es lo que hace que se puedan ir modificando determinadas cosas. Lo sustitutivo es una práctica, una definición y una posición en relación a la práctica, es como uno ubica al otro, al usuario, a las instituciones, es todo eso. Si no se apuesta a las legalidades que nos determinan y nos atraviesan, a la autonomía, a los lazos, si eso no se pone en juego, si no se escucha al otro, no hay posibilidades de lo sustitutivo”. (Alejandra, 2018)

“Yo que creo que en “Pomelo” sí se intenta sustituir la lógica manicomial, en tanto intenta construir otro tipo de lógica, no solo por estar afuera, yo creo que el estar afuera del manicomio no hace que sustituya al manicomio, siempre son las lógicas”. (Ayelén, 2018)

“Sustituye cierta lógica que en otro momento no existía, y que de hecho se instaló mucho en los centros de salud trabajando más lo preventivo, que esta posibilidad permita no llegar a una internación, que permita ahí entre el equipo de referencia y este espacio y otros pensar una estrategia terapéutica. Siempre no hay modo de hacerlo, yo

creo que siempre son tratamientos a medida, eso quiere decir que cada situación es única, se piensa en lo que requiere, en relación a su dificultad, a su gravedad o a las dificultades del momento, porque no es solo la problemática subjetiva individual del sujeto, es su situación socio económica, su situación socio afectiva familiar, todo colabora para pensar una estrategia terapéutica que a veces incluye todos estos aspectos, entonces en ese sentido me parece que sustituye". (Ayelén, 2018)

"Yo creo que hay un intento de sustituir la lógica manicomial, que yo entiendo que tiene que ver con lo cerrado, con lo oscuro, con lo que es de un solo modo para todos, yo creo que eso es la lógica manicomial. En ese sentido, yo creo que este espacio lo intenta, después si lo logra, no lo sé, me parece que no es suficiente, debería ser algo más amplio y un solo dispositivo no puede. Que a veces nosotros estemos tomados por esa lógica, si también, yo creo que es fallido, puede ser que caigamos en eso, no lo rechazo, me parece que es el trabajo que todo el tiempo intentamos darnos, cuestionarnos, abrir, revisar, me parece que es lo que nos permite salir de ahí, si es que en algún momento caemos". (Julieta, 2018)

En palabras de las trabajadoras, lo sustitutivo implica otra lógica alejada de la respuesta única y totalizante del manicomio, pensando siempre con otros trabajadores, con otras instituciones a partir de concebir al sujeto desde su existencia, y no desde su diagnóstico clínico.

Si nos remitimos al texto de la LNSMYA N°26.657 no hay una definición sobre los espacios sustitutivos, incluso se los denomina como "alternativos". En cuanto a la provincia de Santa Fe, a pesar de contar con la Ley Provincial de Salud Mental, no se cuenta con un plan provincial que defina y determine políticamente la existencia de los espacios sustitutivos.

La falta de direccionalidad política se evidencia desde la Dirección Provincial de Salud Mental, donde no parece haber una directriz clara de cómo pensar el "afuera" del manicomio, lo sustitutivo no tiene una definición política, un lineamiento que seguir, los trabajadores son quienes cotidianamente sostienen con creatividad las prácticas y quienes construyen y le dan contenido a las mismas: *"La provincia de Santa Fe no cuenta con un plan provincial de salud mental, el cual debería articularse en el diseño de un sistema de salud público integral fundando en perspectiva epistemológica, es decir que contemple cuales son los problemas más incidentes de nuestra población. Esto produce un interrogante de como planificar las políticas en salud mental, de cómo se elaboran los objetivos y las directrices, o en base a que lectura epidemiológica se conforma cada dispositivo de salud mental sin una lectura respecto de las principales demandas de atención, o las problemáticas más emergentes". (Almeida y otros;2017: 666)*

En relación a esto, retomando la palabra de una de las trabajadoras entrevistadas: *"Si yo tengo una crítica, es que falta política y planificación. Siempre estos procesos van acompañados de cierto apoyo político, en el amplio sentido, no solo de lo presupuestario, sino de manera que haya un interés, de reconocer, de querer que eso*

crezca. En ese sentido me parece que es importante la planificación política, por ejemplo, si te pones a leer todo lo que paso en Brasil, había una política que iba organizando, no era, “ah, ¿que se te ocurrió? ¿hacemos un taller de tango? Dale acá tenemos un dispositivo sustitutivo”, porque mañana vos te vas y el taller de tango desaparece”. (Julieta, 2018)

Hasta ahora hablamos de sustituir la lógica manicomial, ya que para que estos espacios puedan sustituir y no ser alternativos al manicomio, se deben abrir otros dispositivos o servicios que logren asistir las demandas de salud mental articulados con la red de servicios del sistema de salud:

“La transformación del paradigma manicomial no es posible de sostener sin recursos o sin las condiciones adecuadas de trabajo, tienen que estar los presupuestos y las políticas que abonen a un marco más amplio, una red de servicios. No creemos que nosotros solos podamos sostener esto, entendemos que las experiencias son válidas y son fundamentales para que esto se empiece a llevar adelante, pero sin el ordenamiento que permite una política en ese sentido, es muy precario, se queda en un lugar residual”. (Coll, 2017)²⁹

“A la problemática de la salud mental no la podemos sustituir solo con “Pomelo”, creo que respecto del sufrimiento psíquico y de las crisis es necesario pensar otros dispositivos y hasta dispositivos que impliquen la internación, una persona que está en una crisis subjetiva necesita salir de su ámbito, necesita tener otro lugar que le ofrezca otra cosa diferente al manicomio, que lo aloje de otro modo para pasar el momento, de un modo acotado, con otra lógica. Esto no sustituye el manicomio, esto no es un tratamiento en sí mismo, es una apoyatura a una problemática que atraviesa a las personas con problemáticas de salud mental, por eso si creo que esto es una pata más de una serie de dispositivos que tendrían que existir, y que de hecho no existen, para abordar la problemática en su totalidad”. (Ayelén, 2018)

Conjuntamente, las puertas de los manicomios deben ser cerradas, ya que mientras las puertas estén abiertas, mientras no haya apertura de salas de internación en hospitales generales, siempre va a ser el lugar que “aloje” las crisis subjetivas: *“Hay que tener un sistema de atención desde los problemas más graves y complejos hasta problemas cotidianos, para lo cual hay que tener una integralidad de recursos, los servicios tienen que contar con recursos amplios. Porque lo que sucede en países con*

²⁹ Revista digital “Las almas repudian todo encierro” de IDEP salud mental argentina – ATE argentina: “Centro cultural “gomecito”: una puerta abierta hacia la salud mental”. Disponible en: <http://idepsalud.org/centro-cultural-gomecito-una-puerta-abierta-hacia-la-salud-mental/>

hospitales psiquiátricos, es que lo que no se resuelve en el primer nivel de atención revota en esos niveles y va pasando lo que Basaglia llamo “la carrera de los enfermos mentales”, van pasando a otras instancias institucionales”. (Galende, 2017)

En relación a esto, la coordinadora de lo sustitutivo en la provincia expresa: *“La etapa final de Santa Fe es el cierre porque hay mucho menos gente internada, en la Colonia no llegan a doscientos y en el Agudo son sesenta”. (Marcia, 2018)*

Sin embargo, sostiene que el cierre del manicomio no es un tema fácil de resolver: *“Lo del cierre no es sencillo porque todo empieza a resistir cuando vos hablas del cierre. Hoy desliza, por ejemplo, la precarización y el vaciamiento del hospital, desliza a el trabajo de un montón de trabajadores, desliza a las cuestiones más imaginarias de “bueno entonces no va a haber un lugar donde mandar todo lo que no sabemos dónde poner”, es la presión de los jueces, la presión de los medios, entonces es como más allá, incluso de la dirección”. (Marcia, 2018)*

Por otra parte, Marcia explicita que los hospitales psiquiátricos de la provincia están lejos de perpetuar la lógica manicomial: *“Con la historia que tenemos en la provincia el manicomio estaría cerrado porque yo creo que los monovalentes de la provincia no trabajan en el sentido más manicomial del término hace muchos años. Yo creo que antes de la Ley Nacional los compañeros que trabajan en el monovalente no trabajan con la perspectiva monovalente”. (Marcia, 2018)*

No obstante, las demás trabajadoras entrevistadas relatan situaciones que evidencian lo contrario:

“Lo que a mí me paso es que quise hacer un montón de cosas en relación a la guardia del Agudo, que es un trabajo que me gusta mucho porque me parece un lugar re interesante, pero necesité irme porque no pude hacer nada. Me re compenetre y mis compañeros me re acompañaron en un espacio que era una salita, pero no se pudo, empezaron a desaparecer cosas, entonces cuando vos decís yo pongo más de lo que tengo que poner y me voy totalmente vacía”. (Carolina, 2018)

“El Agudo tendría que estar en condiciones, ¿por qué se trabajan así?, un loco está tomando mates en el patio y viene uno que está regando y te manguerea las piernas, ¿por qué estás loco te la tienen que manguerear? Son los mismos trabajadores, es una interna más sindical, más política, pero bueno yo no lo puedo creer. La Colonia y el Agudo son una cárcel, nadie sale bien de ahí”. (Yamila, 2018)

“El proyecto de “El Horno” se había pensado en el proceso de transformación del monovalente pero como existen intereses muchos más complejos, en sí de los profesionales mayoritariamente, no estamos hablando ni siquiera de enfermería ni de limpieza, los profesionales no quieren que esa institución se modifique. En un primer momento, la idea era poder armar un proyecto sustitutivo en el pabellón tres en la planta baja que da a calle santa fe y readecuarlo poniendo otras actividades, pero bueno, no se

pudo, primero por lo que te dije recién, la resistencia importante de los trabajadores; segundo porque en el ámbito de la salud no se considera presupuestaria estas cuestiones. Yo no considero que sea la monovalencia una instancia de intervención puntualmente en salud mental, creo que es tremendo ver las condiciones en las cuales se aloja". (Yanina, 2018)

"El manicomio y su estructura facilitan que la lógica manicomial se instale, uno puede intentar en lo micro hacer otras cosas, pero es muy difícil, yo creo que después de casi catorce años de trabajar en la Colonia, casi quince, creo que la estructura no te lo permite por más que uno intente hacer otra cosa". (Ayelén, 2018)

Las reformas no pasan solo por las leyes y los documentos, pasa también por las acciones prácticas que les trabajadores van realizando, prácticas que deben adaptarse a este paradigma ético y de derechos. No se puede trabajar la restitución de derechos si no se habla de responsabilidad, cada uno tendrá que hacerse responsable de si sus acciones reproducen la lógica del propio encierro.

No obstante, como relata Ayelén, la propia propuesta asistencial del manicomio no ayuda a que no se reproduzca la lógica manicomial, tanto en los trabajadores como en los usuarios. Esta lógica institucional que es manicomial, construye subjetividad, trata de automatizar las prácticas, pero hay que resistir, hay que estar atentos, hay que reflexionar sobre ellas y con las personas con las que se trabaja.

Acerca de las condiciones de trabajo

La transformación del paradigma manicomial no es posible de sostener sin recursos o sin las condiciones adecuadas de trabajo. Depende de cuales sean las condiciones en que se encuentre el funcionamiento de los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial y de las condiciones de sus trabajadores, las condiciones de asistencia a los usuarios.

La coordinadora de los dispositivos sustitutivos de la provincia sostiene que el presupuesto destinado a cada espacio es acorde a las necesidades de cada uno, que por supuesto, son variadas: *"Tratamos de que todos tengan un presupuesto similar lo que sí es verdad es que hay algunos que tienen muchos más talleres y hay otros que tienen menos actividad. El presupuesto varía según la cantidad de recursos que tengan trabajando y de talleres". (Marcia, 2018)*

En el relato de las trabajadoras, se puede constatar que en algunos espacios alcanza el presupuesto asignado y en otros no. En lo que respecta al emprendimiento gastronómico "El horno está para bollos" el dinero proviene también de otros ministerios y el lugar donde desempeñan las actividades "La Toma", es gratuito.

La Dirección Provincial de Salud Mental, aporta en este caso:

“Con la dirección el “El horno” solo tiene un subsidio para lo que son elementos de limpieza, que no es plata, sino que llamamos y hacemos el pedido de un presupuesto ínfimo para el desarrollo de algunas actividades que se necesiten; y la dirección se comprometió a constituir el equipo para poder desarrollar las actividades, que son: uno, dos, tres, cuatro, cinco personas que trabajan, trabajadores profesionales de la salud”. (Yanina, 2018)

En relación a los espacios que dependen exclusivamente del dinero provisto por la Dirección:

“El año pasado a nosotros nos compartían presupuesto porque “Al divino Botón” no tiene resolución ministerial. “Hilos” y “Café con leche” nos donaba parte de su dinero y teníamos un presupuesto de quinientos pesos. Recién en este último tiempo tenemos nuestro propio presupuesto, no dependemos de plata de los otros”. (Carolina, 2018)

“Las casas tienen un presupuesto fijo y ellos van viendo para los que les alcanza y para lo que no les alcanza. En realidad, nunca alcanza, nunca termina siendo un presupuesto blanqueado y legalizado. Nosotras estamos haciendo malabares desde que esta la plata, ya hace siete años que todo el tiempo es factura trucha y llega un momento en que es imposible, hoy tampoco todo el mundo tiene un facturero, hasta tenés que juntar tickets de colectivo para hacer viáticos truchos. No tenemos blanqueados los teléfonos de la casa, tienen unos celulares que llevamos nosotros y también la carga, después tenemos que andar buscando facturas”. (Yamila, 2018)

“En relación a lo presupuestario hay un reconocimiento del dispositivo. Lo presentamos, hacemos estimativos e incluye no solo la plata de los materiales, sino que también se conforma con el pago del alquiler, la señora de la limpieza”. (Alejandra, 2018)

“A partir de la resolución empezamos a contar con un presupuesto que para nosotros era re importante, nunca contamos con un presupuesto propio que nos permitió decidir cómo administrarlo, pero bueno después se empezó a quedar un poco corto, después hubo algunas dificultades con cierta precariedad de los recursos. Empezamos con 5.000 y ahora estamos en 6.500, no creció mucho”. (Julieta, 2018)

Por otra parte, en dos de las entrevistas las trabajadoras se manifiestan sobrecargadas, cumpliendo horarios y tareas que no les corresponden: ¿Hasta dónde trabajadoras asalariadas con una determinada tarea y con un cumplimiento horario determinado deben hacerle frente a demandas y situaciones que exceden sus tareas? Seguramente ésta sea una pregunta difícil de responder, que en el cotidiano del trabajo se va naturalizando.

“Hay movidas que no nos corresponden, pero vos decís, en el medio está el usuario, sino me vuelvo un trabajador del Agudo Ávila, es lo que yo digo siempre, no

estamos laburando con sillas, son personas. Por eso te digo, muchas veces uno dice, “yo soy la operadora acompañante terapéutico”, y no, yo soy la “che pibe”” (Yamila, 2018)

“Creo que lo sustitutivo garpa un montón, pero bueno si vos tenés treinta horas fijate si podés barrer, limpiar y atender lo sustitutivo, después está en uno decir, “bueno hasta acá”. Creo que hay un apoyo, pero dentro del apoyo también tiene que entrar las condiciones de los trabajadores”. (Carolina, 2018)

En lo que respecta a las resoluciones ministeriales entregadas por el Ministerio de Salud de la provincia y la Dirección Provincial de Salud Mental, como reconocimiento político y legal de estos espacios como espacios orientados a sustituir la lógica manicomial, cabe destacar que en la actualidad no todos los espacios cuentan con esta resolución, ni se cuenta con información sobre los mecanismos administrativos para la obtención de la misma: *“A través de esas resoluciones lo que se asegura es una definición formal, una pertenencia formal de estos dispositivos al ministerio y la asignación de un presupuesto para los dispositivos”*. (Marcia, 2018)

“Estamos reconocidos por todos, pero no tenemos resolución ministerial, está en trámite”. (Carolina, 2018)

“Tenemos resolución ministerial pero bueno después millones de trabas todo el tiempo, de la dirección, pero tampoco todo depende de la dirección”. (Yamila, 2018)

“Yo creo que “El horno” no necesita la resolución, nos harían un favor si no nos las dan, porque vuelvo a decirte, no es un proyecto de la Dirección de Salud Mental, es un proyecto que se gesta desde la dirección, pero es un entrecruzamiento de muchos ministerios. De todas maneras, más allá de una resolución si quieren hacer pelota los dispositivos lo pueden hacer igual, dependerá de los trabajadores, dependerá de los usuarios, en el modo y de los mecanismos de confrontación y de resistir”. (Yanina, 2018)

“La Resolución del “Pomelo” salió el 29 de octubre del 2015, y es un marco legal que formaliza”. (Alejandra, 2018)

“Después de la resolución se genera un presupuesto que para nosotros era re importante, nunca contamos con un presupuesto propio, y fue el acto político que nos permitió también hacer esa intervención de cerrar la puerta que nos conecta al “Agudo”, que no fue cualquier intervención y generó todas sus consecuencias. Además, la resolución le da una existencia política y formal que permite que no sea un trabajo solo a voluntad de quienes lo llevan adelante, que tenga una existencia y que el día de mañana puedan venir otros, pero que el espíritu de lo sustitutivo pueda mejorar y continuar”. (Julieta, 2018)

La resolución ministerial para las residencias compartidas fue otorgada en octubre del año 2013. En cuanto a las resoluciones del centro de producción e intercambio “Pomelo en el patio”, del centro cultural “Gomecito”, del emprendimiento de producción textil “Hilos enredados” y de producción en serigrafía “Café Con Leche”, fueron entregadas en un acto formal realizado el día 22 de diciembre del 2015. En este contexto el ex ministro de salud Miguel González, expresó el apoyo a las políticas en marcha en salud mental en la provincia y consideró que: *“Las resoluciones se hacen a partir de la modificación de pequeños hechos y de pequeñas construcciones colectivas. Muchas veces para existir en el estado hay que tener un documento formal que lo diga y eso es lo que les entregamos”*. (González, 2015)³⁰

Recordando las palabras de Marcia, la misma sostiene que estas resoluciones aseguran un presupuesto y una pertenencia formal de los dispositivos al ministerio. Sin embargo, respecto al presupuesto, como se puede apreciar en las palabras de las entrevistadas, hay espacios que no cuentan con la resolución ministerial e igualmente tienen un presupuesto asignado, y hay otros, que si son reconocidos pero el presupuesto no alcanza, o no esta blanqueada en su totalidad. Entonces, esta pertenencia formal: ¿Qué asegura, que formaliza, que provee, que avala? Al parecer esta pertenencia no trascienden la mera formalidad de ser reconocidos políticamente como “dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial”.

En relación a eso, les trabajadores de ATE salud mental: *“Los servicios o dispositivos sustitutivos que prevé nuestra ley provincial y nacional de salud mental siguen pendientes administrativa e institucionalmente. Solo cuentan con una resolución ministerial que no ha dado lugar a la institucionalidad que promete. No existe proyecto de formalización de los mismos, la cual implicaría el reconocimiento de las funciones, estructura orgánica funcional, presupuesto formalizado. Prevendría respecto que cada cambio de gestión o coordinación pueda disponer de los cargos desarmando lo armado”*. (ATE Rosario, 2017)³¹

Apertura a la comunidad

No es suficiente contar con el respaldo político y legal para instalar espacios y prácticas comunitarias en salud mental, es indispensable construir una comunidad activa y responsable en la participación de los procesos de prevención y recuperación de la salud.

³⁰ Noticia del gobierno de Santa Fe (2015): “Formalizaron dispositivos sustitutivos en salud mental para la promoción de la inclusión social”.

Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/223234/>

³¹ Documento diagnóstico realizado por ATE (Asociación trabajadores del estado) seccional rosario.

Disponible en:

http://www.aterosario.org.ar/web/uploads/catalogue/noticias/2017/Documento_diagn__stico_2017-ATE.pdf

La salud mental depende de la vida en comunidad, dejando atrás el encierro, los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial en la ciudad de Rosario tratan de construir lazos más allá del campo de la salud. Partiendo del punto que la mayoría de ellos se encuentran localizados por fuera de las instituciones de salud, constituyéndose en espacios donde las personas con sufrimiento subjetivo transitan los procesos de salud en el seno de la comunidad: *“Lo abierto” tiene que ver con ir contra una lógica manicomial, que la lógica manicomial para mí es lo cerrado, cerrado en todo sentido, incluso prácticas en las que nadie pregunta, nadie interroga. Por ejemplo, esto, que vos vengas y me preguntes y hablo de lo que hago, y que pueda ser puesto cuestión*. (Julieta, 2018)

La apertura de los espacios con orientación productiva se da sobre todo a partir de los procesos de comercialización:

“Los días miércoles y viernes por la tarde se produce y comercializa acá en el “Espacio Balcarce”, más la feria de economía social que empezamos a ir a fin de mes con las chicas de “Hilos”. Rearmamos el packaging, etiquetas, participaron las chicas y para ellas está buenísimo esta oportunidad de abrirse a la comunidad. También hicimos el “abc”³² de economía social y participar fue tener una idea propia y levantarse y leerla e incentivar al otro, nosotras siempre acompañando porque que hay usuarias que solas no pueden esa instancia, así que eso fue súper interesante para nosotras”. (Carolina, 2018)

“Una de las usuarias que no cose, es la que hace las relaciones sociales, actualmente está yendo a una feria privada que consiguió, donde se paga doscientos pesos. Primero se armó una asamblea, consultamos con las demás chicas que conforman el grupo para ver si estaban de acuerdo de sacar los doscientos pesos del fondo, todas dijeron que sí, así que se saca del fondo y ella va a esa feria y nosotros no tenemos nada que ver, nosotros solo le damos los productos y me parece bárbaro”. (Carolina, 2018)

“Desde que nos hicimos conocidas en el barrio una te lleva una cosa, le gustó el trabajo y te lleva otra y otra, entonces además de lo que nosotras producimos tomamos encargos del barrio, almohadones, arreglos, siempre consultándolo con las usuarias, la idea no es que nosotras decidamos y ellas hagan las cosas. El barrio nos está convocando y lo que pensamos que podemos hacer lo hacemos”. (Carolina, 2018)

“Cuando el “Pomelo” arranco con el afuera lo que hacíamos era participar de eventos, sobre todo teníamos un lazo muy importante con la facultad de psicología,

³² El “ABC” es un ciclo formativo integrado por cinco talleres teórico-prácticos, de 3 hs. cada uno, en el que se brindan herramientas para modelar la visión general del emprendimiento y adquirir nociones y conocimientos de sus principales componentes (visión general del negocio, marketing y comercialización, cálculo de costos y fijación de precios, diseño y comunicación y elaboración básica del proyecto final).

había un grupo de estudiantes que siempre nos convocaban a charlas y a cualquier evento que hicieran, y sobre todo si estaban ligadas a la salud mental. También lo que hacíamos en ese momento, fue relacionarnos con algunas cooperativas, con una veta súper interesante porque es pensar el mercado políticamente de otro modo, el tema de la venta, del mercado, del intercambio con el otro, entonces tuvimos relación con “Poriaju” que son de Bermúdez, después tuvimos relación con la gente del “Trocadero”, tuvimos relación con la gente de “Minka” que era otra cooperativa que ahora no existe más. Fue muy interesante en relación al lazo porque no era gente del ámbito de la salud mental, entonces fue una inclusión súper interesante de los usuarios. Y bueno, eso lo sostuvimos durante muchos años y después empezamos a tener más lazo con la municipalidad, con economía social y dejamos de participar de ese espacio, fuimos a ver otras puertas, otras ferias, otros lazos y ahora estamos retomando ese lazo con la gente del “Trocadero””. (Ayelén, 2018)

“El mercado comercial de “El horno” son los eventos del municipio de la provincia que convocan a producir, y bueno después la idea es ir a algunas ferias muy puntuales, no a todas porque la verdad que no es el público al cual está dirigido el catering. Hemos hecho catering para el “nueva oportunidad”, para la Dirección de Salud Mental, para la facultad de psicología en la presentación de una revista, después hicimos para el colegio de psicólogos también para presentación de una revista, después hicimos para la municipalidad, variado”. (Yanina, 2018)

En el caso de “El horno está para bollos” cabe destacar su lugar de funcionamiento, desarrolla sus actividades de cocina en el centro cultural “La Toma” (Tucumán N° 1349). Me parece interesante porque es un establecimiento público no estatal, con un abanico de actores y actividades (talleres, espectáculos, capacitaciones, charlas, cooperativas, mercado popular, locales de venta), que acompañan la lucha obrera y convocan activamente la participación de la comunidad. Además, “La Toma” es un lugar que se construye conjuntamente con todos sus participantes: *“Hay reuniones consorciales de “La Toma” en donde vamos todos y en este momento participa uno de los usuarios”*. (Yanina, 2018)

Yanina, coordinadora de “El horno”, comenta que luego de verse frustrado el proyecto en el proceso de transformación del monovalente (por razones anteriormente reseñadas), y considerando que necesitaban un lugar que tenga una cocina en condiciones para poder desarrollar la actividad de la capacitación y de la producción:

“Empezamos a pensar posibles lugares, así llegamos a conocer la experiencia de la Dirección de Niñez que le da de comer a los chicos en “La Toma” con un convenio y a conocer la experiencia del comedor universitario de “La Toma” y dijimos, “¿Por qué no “La Toma”? Si es un lugar que está abierto”, y a partir de ahí empezamos a hacer la

gestión, hablamos con Carlos Yoli, y se firmó un convenio de partes entre la Dirección de Salud Mental y “La Toma”. (Yanina, 2018)

Por su parte, “Pomelo en el Patio” como espacio con orientación productiva ligada al intercambio, tiene una apertura no sólo por fuera a través de la circulación y comercialización de los productos sino también por dentro de la institución:

“Nosotros pensamos el intercambio a todo nivel, en el adentro y en el afuera, lo que pasa es que la cara visible es el espacio de venta que hace mucho más notorio el intercambio y que es un pilar fundamental de este lugar, como el lazo. Pero después hemos logrado el intercambio de talleres con otro tipo de talleres de cultura, también que vengan estudiantes acá es un modo de intercambiar con el afuera, que no quede cerrado a la salud mental y a los dispositivos de salud. Nos pasa que los estudiantes que vienen tienen una mirada de afuera y eso también nos permite construir colectivamente, porque somos una institución que obviamente después de tantos años, los trabajadores quedamos como empantanados”. (Ayelén, 2018)

Esta apertura hacia afuera y hacia adentro, también se da en el centro cultural “Gomecito”, donde a partir de actividades vinculadas al arte, sus producciones trascienden las paredes de la institución. Su orientación cultural, habilita grandes intercambios:

“Uno de los talleres del presupuesto participativo, que es baile latino, de la municipalidad se da acá como centro cultural; después con la secretaria de cultura en algún momento hemos hecho algunos lazos particulares apoyando algunos de los productos de acá; con la gente de la sala “lavardén” tenemos cierto intercambio; con señal “santa fe” que pasa algunos de los programas que se hicieron desde acá; después con casi toda la comunidad artística, por todos los pasajes, por todas la gente que fuimos invitando y en general los artistitas tiene esa sensibilidad particular y los lazos siempre prosperan, continúan y generan cosas nuevas; todo esto por fuera de lo que es salud. Y después la universidad, desde el proyecto “derribando muros” que es de extensión universitaria, hasta los estudiantes que hacen sus prácticas acá o que vienen a hacer sus trabajos”. (Julieta, 2018)

“Se tomó la decisión de abrir la puerta hacia la calle y fue generando toda una apertura, invitamos a mucha más gente de la cultura a participar, armamos lo que en su momento se llamó “infusiones culturales” donde venían artistas, salimos de la modalidad solo de taller y armamos esta modalidad que era más del evento cultural, que una vez al mes se hicieran movidas, que venga gente a cantar, obras de teatro y de títeres, de danza, y eso fue armando toda una red con la cultura”. (Julieta, 2018)

Respecto a la apertura a la universidad: *“Fue una definición política abrir a los estudiantes, porque también nos interesa incidir en la formación, porque después vienen*

recursos que vos decís... pero bueno si el recurso está formado únicamente en la universidad, y no tiene ninguna interlocución o paso con cierta experiencia que tiene que ver con la práctica, es difícil y toma un tiempo. Además, algo que tengo claro, es que nosotros no vamos a estar acá para siempre y es importante que haya gente que vaya conociendo estos lugares y estas prácticas". (Julieta, 2018)

En lo que respecta a las residencias compartidas, Yamila expresa que la apertura con el barrio es primordial tanto para el equipo de trabajo como para les usuaries:

"Al principio, se habla con el barrio, se trabaja. Cuando presentábamos los alquileres en la dirección y le comentábamos que se nos vencía alguno, nos decían, "pero nosotros tenemos una casa en el centro", y nosotros le decíamos que no íbamos a funcionar ahí porque ya han fracasado un montón de dispositivos porque el rechazo es notable, no hay un alojo y si no es un encierro, gente que no sale de adentro de la casa. Y además el barrio para nosotros es una comodidad, nosotros nos acomodamos en esa y de ahí no nos queremos mover, más cuando vos empezás a encontrar un circuito donde te podés mover, es otro el beneficio y el manejo de los usuarios". (Yamila, 2018)

Este fortalecimiento de redes comunitarias a partir de procesos participativos, no solo es importante por su incidencia en la salud mental, sino también porque permite llegar a personas y lugares que no tienen conocimiento respecto de lo sustitutivo y sobre todo que tienen desconocimiento acerca de las personas con padecimiento subjetivo.

En este sentido, Julieta sostiene: *"Un poco la idea fue abrir e incidir en la comunidad, que la comunidad conociera, y era también obstaculizar un poco los estigmas que tiene la locura, sin desconocer, sin negar la locura y los padecimientos subjetivos que pueden tener algunas de las personas que aquí concurren y haciendo un trabajo donde podamos convivir con eso".* (Julieta, 2018)

Como reseñé reiteradas veces, existen estigmas vinculados a la locura que necesitamos deconstruir si queremos sustituir el manicomio como lógica y como política: *"Disminuir el impacto del estigma de la enfermedad mental es uno de los mayores desafíos para mejorar la atención de las afecciones en la comunidad. Resulta necesario implementar diversas estrategias que tiendan a modificar las actitudes de la población, del sistema educativo, de los medios de comunicación y de diferentes profesionales de la salud".* (Elvira; 2012: 105)

Multiplicar los intercambios sociales es esencial para modificar la imagen social de la enfermedad, en cuanto más se puedan abrir estos espacios, más pueden abrir las concepciones que encerró en nuestras cabezas el manicomio. Amico, cita a Cohen (1994), quien nos dice: *"La desmanicomialización debe destruir muros y rejas llegando hasta la transformación de nuestras propias mentes, las acciones para reducir el estigma social y la discriminación son claves para la desmanicomialización".* (Amico; 63: 2005)

Reflexiones finales

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

Cuando comencé mis prácticas en el centro de producción e intercambio “Pomelo en el Patio”, me interesé más allá. Siempre quise conocer qué otros espacios sustitutivos existían en la ciudad, qué actividades ofrecían, cuáles eran sus modalidades de trabajo, por quiénes estaban conformados, cómo funcionaban, entre otras cosas propias de las instituciones.

De allí radico mi interés en hacer (o al menos intentarlo) una reconstrucción, no tanto ligada a la historia, sino basada en un trabajo de indagación y relevamiento sobre cuáles son los espacios y en qué estado se encuentran.

Al plantearme el tema de investigación de la tesina, volvió a aparecer algo que apareció en el trascurso de mis prácticas, la falta de información oficial desde la provincia. Siempre la información provenía desde las páginas de Facebook creadas por los trabajadores de los espacios, desde noticias que lanzaban los trabajadores de ATE salud mental, desde lo que escuchaba en “Pomelo”, desde charlas y jornadas por el día de la salud mental, etc. Nada certero que me permitiera conocer de qué se trataba (y si se trataba) de una serie de espacios orientados a sustituir la lógica manicomial.

Esta falta de información, habla de la existencia de una política provincial en salud mental poco clara que no logra transmitir los avances o retrocesos en la materia. Evidencia la falta de una política que planifique, direcciona y llene de contenido a estos espacios, una definición política que permita que éstos surjan y avancen con más firmeza, que brinde y estipule ciertos “requisitos” o “lineamientos” que los espacios tendrían que cumplir para poder ser reconocidos como espacios sustitutivos a la lógica manicomial.

La LNSMYA N°26.657, constituye un marco legitimador e instrumento de defensa de estas prácticas. No obstante, se encuentran resistencias corporativas y personales para su implementación; parte de la ley no ha sido reglamentada; se ha derogado la resolución 1484/13, la cual se refería a la habilitación de instituciones de salud incluyendo dispositivos intermedios y establecía plazos claros para la adecuación y cierre del manicomio; y su inclusión no siempre ha estado acompañada de la adecuada formación y capacitación, lo que ha obligado a muchos equipos profesionales a aventurarse en “lo comunitario” guiados por la intuición, la improvisación y el

compromiso por brindar una atención a la locura en el seno de la comunidad y respetando los derechos y dignidad de las personas. En la provincia, a pesar de contar con la Ley Provincial de Salud Mental, no contamos con un plan provincial de salud mental que contemple lo comunitario, la atención primaria, dispositivos sustitutivos en relación a lo poblacional y lo territorial, transformación de los monovalentes, articulación intersectorial, etc.; que se articule de manera integral con la red asistencial y con la coherencia interna que un sistema de salud público requiere. (ATE Rosario, 2017)

Actualmente los espacios conviven con el manicomio, pero intentan día a día sustituir la lógica manicomial. Sin duda son experiencias valiosas que contribuyen al proceso de desmanicomialización, pero sostenidas principalmente con la voluntad y el compromiso de los trabajadores, quienes construyen cotidianamente la política. En general el manicomio, es un lugar donde se violentan todos los derechos humanos, donde muere el deseo, la pasión, los vínculos; estos espacios generan y potencian todo eso, vuelve la gente a tener ganas, a tener deseo, voluntad, a vincularse con otros, sale de esa posición de objeto a sujeto.

En todos los ejes resultados de las entrevistas, aflora el valor y la necesidad de trabajar con otros, tanto por dentro, como por fuera. Se considera al otro como un recurso indispensable para poder acompañar los procesos de salud, no desde una única respuesta, desde un solo lugar y desde una sola mirada.

Por dentro de los espacios, se vislumbran equipos heterogéneos, cooperativos, dispuestos, formados, propositivos, y comprometidos en el sostenimiento de sus prácticas. En una sociedad donde predomina la competencia individual y los tiempos personales son exigentes, cabe destacar una y otra vez que las reuniones de equipo se mantienen y se consideran un pilar fundamental a la hora de pensar el trabajo.

Por fuera, es muy precario el modo en que se insertan en la red de salud, las instituciones de la salud y los profesionales que las habitan, no parecen estar preparadas para la atención de las problemáticas referidas a la salud mental. La responsabilidad es política, es el estado quien debe invertir en recursos materiales y humanos para que esta red funcione, para que el manicomio deje de ser el único recurso (precario y nefasto) que exista para alojar a los usuarios de salud mental.

El trabajo interministerial es un desafío complejo y difícil de llevar a cabo si los diversos sectores implicados no vislumbran entre sus prioridades el tema de la salud mental. Las entidades públicas de vivienda, cultura, desarrollo social, trabajo, educación, justicia, deben incluir en sus agendas esta problemática que trasciende el campo exclusivo de la salud. No se debe relegar el tratamiento de las personas con padecimiento subjetivo al encierro, al tratamiento farmacológico; el tratamiento incluye vivir en sociedad, trabajar, socializar, habitar, y para esto el trabajo interministerial es menester. Se debe superar la parcelación y la separación en las estructuras del estado para trabajar en los temas que los demandan, conjuntamente.

En lo que respecta a la apertura a la comunidad es algo que se logra desde los espacios. Sería interesante que este movimiento sea también a la inversa, que la comunidad se interese por conocer y participar, que deje su rol pasivo, que se interrogue, que participe.

Es paradójico ver como las personas se creen ajenas a las problemáticas referidas a la salud mental, cuando continuamente estamos expuestos a situaciones y vivencias donde nuestra salud mental se ve implicada. La idea lejana y desconocida que se tiene sobre la locura está atravesada por el desconocimiento y creencias las cuales debemos poder superar como sociedad y avanzar hacia una construcción conjunta de algo que nos atraviesa a todos.

En este punto, me parece interesante que estos espacios se ofrezcan y sean propuestos por la universidad, como lugares donde transitar las prácticas profesionales. Si bien no todos podemos transitar por éstos, es interesante pensarlo como una oportunidad que pueda trascender lo individual, que podamos contar nuestra experiencia, que podamos ser un poco interlocutores del trabajo que se lleva adelante en estos espacios, que podamos dar a conocer (por lo menos un poco), de qué se trata lo sustitutivo y mucho de lo que se hace allí. Esto también forma parte de los objetivos de mi tesina, la cual ojalá pueda circular, el dar a conocer estos espacios es parte de mi aporte, y espero que no sea el último.

En lo que respecta al trabajo social, en el primer capítulo de la tesina me refiero a realizar una lectura y aporte, desde el trabajo social, sobre el estado actual de los espacios orientados a sustituir la lógica manicomial en la ciudad de Rosario. Recuerdo cuando planteé este tema en la electiva “taller de tesina” y el profesor me interpeló con una pregunta: “¿Entonces creés que el trabajo social tiene una mirada distinta al resto de las profesiones que intervienen en el campo de la salud mental?”. La respuesta fue un “sí”, pero allá por el 2016 ese “sí” fue un poco dudoso, no tenía bien en claro cuál era esa “mirada” que nos diferencia y qué aporte realiza el trabajo social en este campo.

El último año de las prácticas, lo realicé con dos residentes de psicología, a simple vista se evidenciaban sus miradas clínicas para la cual fueron formados y la cual me pareció necesaria e incluso me hizo sentir ajena al campo, a las prácticas. Con el transitar del tiempo, fui encontrando mi lugar, fui valorizando los saberes adquiridos en los años de formación y fui, sobre todo, poniendo en acción esa “mirada” que nos diferencia y nos hace necesarios.

Esta “mirada”, en el campo de la salud mental, escapa de la lógica manicomial, de la respuesta totalizante, intenta aportar en el marco del encuentro con otros, abrirse y pensarse junto a otros.

Es una “mirada” que complejiza, que interroga, que duda sobre lo que aparece como dicho, dado. El Trabajo Social aporta una “mirada” diferente, más amplia, no reducida al cuerpo, al padecimiento, pensando todo el entrecruzamiento cultural, simbólico, colectivo, económico, individual, pensando al sujeto inscripto en un contexto.

El aporte también viene desde una perspectiva de derechos, aquí la “mirada” es más política. Se trata que quienes hayan sido marginados, encerrados, privados, sean sujetos que puedan acceder y practicar los derechos que tenemos todos. No debe haber persona que, por tener un padecimiento o una enfermedad, tenga que perder sus derechos ciudadanos, su libre albedrío, su inclusión social. Ser diferente no tiene por qué significar ser segregado, y es responsabilidad de todos encontrar el modo de conseguir que esto se realice y se sostenga.

¿Qué abrir para cerrar el manicomio? Me parece una buena pregunta para retomar y repensar: *“Es la pregunta con la que decidimos insistir, en nuestras interpelaciones y luchas por las políticas públicas que garanticen derechos. Esto en materia de salud-salud mental y de otros derechos sociales fundamentales como educación, trabajo, vivienda, acceso a la cultura, para abordar el problema de fondo: la desigualdad social que se encubre en los manicomios. Políticas que garanticen condiciones de trabajo y asistencia dignas para nuestras poblaciones; políticas que definitivamente le den forma a un Estado garante de derechos. Pregunta que también nos interpela en nuestras prácticas, con nuestros compañeros, pero nos permite fundamentalmente interpelar las políticas”*. (Amarante; 2018: 1)

Y no olvidar, que cerrar el manicomio no significa privatizar, vaciar, precarizar. En el contexto actual, el cierre de camas en los monovalentes no va por el lado del cuestionamiento al manicomio, sino por el lado del vaciamiento del estado. ¡Desasistir también es manicomial!

Bibliografía

Libros

- AMARANTE, Paulo. (2006) *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- AMICO, Lucía del Carmen. (2005) *La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- BOURDIEU, Pierre. (1980) *Algunas propiedades de los campos, en Sociología y Cultura*. México: Ed. Grijalbo.
- CASTEL, Robert. (2004) *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- FREIRE, Paulo. (2008) “Practica de la pedagogía critica” en Idem *El grito manso*. Argentina: Siglo XXI editores. Cap. II.
- GALENDE, Emiliano. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- GALENDE, Emiliano. (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- KUHN, Tomas. (2004) *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Argentina: Breviarios del Fondo de Cultura Económica. pp. 13.
- MONTAÑO, Carlos. (2000) “La reproducción de la naturaleza y legitimidad del servicio social”, en: Idem *La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. Brasil: Cortez editora. Cap. II.
- RICCIARDI, C., OJEDA, M. y otros. (2006) “El rol del Trabajo Social en la salud mental infanto juvenil”, en: BARG, L. (Comp.) *Lo interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Buenos Aires: Ed. Espacio. pp. 104.
- ROTELLI, Franco. (2014) “8+8 principios, para una estrategia de psiquiatría comunitaria, colectiva, territorial (versus salud mental)”, en: Idem *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Ed. Topía. Cap. X.
- SAUTU, Ruth. (2005) *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

- STOLKINER, Alicia. (1987) "De interdisciplinas e indisciplinas", en: ELICHIRY, N. (Comp.) *El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- ULLOA, Fernando O. (2012) "Barriletes en Bandana", en: Idem *Salud elemental: Con toda la mar detrás*. Buenos Aires: Libros del Zorzal. Cap. IV.
- ULLOA, Fernando. (1995) *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Artículos

- ALBERDI J., COLL L. y otros. (2005) "La problemática de la institucionalización crónica y el fenómeno de "Revolving Door" en pacientes y usuarios del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila", en: *Revista Cátedra Paralela* N°2. Rosario: UNR Editora. Disponible en: http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00026f001t1.pdf
- ALBERDI, José María. (2012) "Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley nacional de salud mental. El caso de la provincia de Santa Fe", en: *Revista debate público. Reflexión de trabajo social* N°4. pp. 94 -105.
- ALMEIDA V., CHIDICHIMO M. y otros. (2017) "Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial: que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el estado", en: *Revista crítica de humanidades, Cuadernos de CEAS*. Salvador de Bahía. pp. 657-671.
- CAZZANIGA, Susana. (2002) "Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud", en: *Revista Margen Ed. N°27*. Entre Ríos.
- CHIARVETTI, Silvia. (2008) "La reforma de salud mental en Argentina: una asignatura pendiente", en: *Revista Argentina de clínica psicoanalítica Vol. XVII*. Buenos Aires. pp. 173-182.
- CUNILL GRAU, Nuria. (2010) "Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública", en: *Revista del CLAD Reforma y Democracia* N° 46. Caracas.
- DE JONG, E.E. (2000) "Cuestión social, familia y Trabajo Social", en: *Revista Margen*. Argentina, Entre Ríos.
Disponible en: <http://www.margen.org/social/jong.html>
- ELVIRA, Mirta. (2012) "Participación en salud mental comunitaria", en: *Revista Salud Mental y Comunidad Año 2, N° 2*. Argentina, Buenos aires Lanús: Ediciones de la UNLa. pp. 105-109.

Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-2.pdf>

- GALENDE, Emiliano. (2012) "Construcción de la subjetividad en salud mental", en: *Revista Salud Mental y Comunidad Año 2, N° 2*. Buenos aires Lanús: Ediciones de la UNLa. pp. 23-29.
Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-2.pdf>
- LODIEU M., YACOBASSO S. (2012) "Entrevista a Alberto Sava y Liliana Cobre", en: *Revista Salud Mental y Comunidad Año 2, N° 2*. Buenos aires Lanús: Ediciones de la UNLa. pp. 93-104.
Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-2.pdf>
- ROTELLI, Franco., DE LEONARDIS, Ota., MAURI, Diana. (1987). "Desinstitucionalización: Otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados)", en: *Revista Asociación Española Neuropsiquiatra Vol. VII N° 21*. España.
- STOLKINER, Alicia. (2005) "Interdisciplina y salud mental", en: *IX jornadas nacionales de salud mental I jornadas provinciales de psicología "Salud mental y mundialización: estrategias posibles en la argentina de hoy"*. Misiones.
- ULLOA, Fernando. (2004) "Prologo del Dr. Fernando Ulloa", en: *Topía, un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*.
Disponible en: <https://www.topia.com.ar/content/pr%C3%B3logo-del-dr-fernando-ulloa>
- VEGA, Natalia. (2009) "La entrevista como fuente de información: orientaciones para su utilización", en: *Memoria e Historia del Pasado Reciente. Problemas didácticos y disciplinares*. Buenos Aires: Universidad Nacional del Litoral.

Videos online

- GALENDE, Emiliano. (2017) Primer congreso provincial de salud mental y adicciones. Buenos Aires: Tandil. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Fmi3UZiQlu0>
- GALENDE, Emiliano. (2015) "Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes a la salud mental". Librandi J. Entrevistador. Buenos Aires: Universidad de Lanús, instituto de salud colectiva. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qG77-ss10jA&t=1s>

Documentos oficiales

- ATE Asociación trabajadores del estado seccional Rosario. (2017) Documento diagnóstico. Disponible en:
[http://www.aterosario.org.ar/web/uploads/catalogue/noticias/2017/Documento diagnostico 2017-ATE.pdf](http://www.aterosario.org.ar/web/uploads/catalogue/noticias/2017/Documento%20diagnostico%202017-ATE.pdf)
- INADI. Informes Inadi: “Salud mental. Buenas prácticas en la comunicación pública”. Disponible en:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aHBcsFyh_T4J:www1.rionegro.com.ar/blogs/invisibles/wp-content/uploads/2011/10/Informe-Salud-Mental-27-de-septiembre-ULTIMA-VERSION1.doc+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946), Carta constitucional. Ginebra.
- ROZAS PAGAZA, Margarita. (1998). *Informe Final de Consultoría (FOMECE): Propuesta de modificación curricular de la Carrera de Trabajo Social*. FCPyS. U.N.Cuyo. Mendoza.

Sitios oficiales

- ATE ROSARIO, “Cerrar el manicomio no es achicar el estado”. 31 de Julio 2017. Disponible en: <http://www.aterosario.org.ar/cerrar-el-manicomio-no-es-achicar-el-estado.html>
- Comunicado de ATE SALUD MENTAL ROSARIO, “Acerca de los 130 dispositivos sustitutos a la lógica manicomio”. 2 de mayo del 2018. Disponible en el Facebook de ATE salud mental Rosario: <https://www.facebook.com/notes/ate-salud-mental-rosario/acerca-de-los-130/1413412772138581/>
- Comunicado de ATE SALUD MENTAL ROSARIO, “Trabajadores exigen un plan provincial de salud mental”. 8 junio del 2018. Disponible en: <http://www.aterosario.org.ar/trabajadores-as-exigen-un-plan-provincial-de-salud-mental.html>
- GOBIERNO DE SANTA FE, “Casas de medio camino/ viviendas asistidas/ residencias compartidas”. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Estructura-de-Gobierno/Ministerios/Salud/Instituto-Autarquico-Provincial-de-Obra-Social-IAPOS/Archivos-IAPOS/14-Casas-de-medio-camino-Vivienda-asistida-o-residencias-compartidas>

- GOBIENO DE SANTA FE, “Formalizaron dispositivos sustitutivos en salud mental para la promoción de la inclusión social”. 23 de diciembre 2015.
Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/223234/>
- GOBIENO DE SANTA FE, “Se formalizaron nuevos espacios de atención en salud mental”. 9 de septiembre 2016.
Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/240556/>
- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO, Programa “Nueva oportunidad”.
Disponible en: <https://www.rosario.gov.ar/web/ciudad/jovenes/programa-nueva-oportunidad>

Leyes

- LEY nacional N° 26.657. Buenos Aires, 2010: Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- LEY provincial N°10.772. Santa Fe, 1991. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>

Notas en periódicos y revistas

- “Centro cultural “gomecito”: una puerta abierta hacia la salud mental” (2018), en: *Las almas repudian todo encierro*. IDEP salud mental argentina – ATE argentina. Disponible en: <http://idepsalud.org/centro-cultural-gomecito-una-puerta-abierta-hacia-la-salud-mental/>
- Entrevista a Paulo Amarante “Hay un desafío que es cerrar los manicomios” (2018), en: *Las almas repudian todo encierro*. IDEP salud mental argentina – ATE argentina. Disponible en: <http://idepsalud.org/hay-un-desafio-que-es-cerrar-los-manicomios/>
- “La provincia continúa fortaleciendo sus políticas en Salud Mental” (2018), en: *El litoral*. Santa fe. Disponible en: https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/168991-la-provincia-continua-fortaleciendo-sus-politicas-en-salud-mental-desmanicomializacion-salud.html

Tesinas

- CASSINELLI, M.M. (2010) “El trabajo hoy: algunas incidencias en la subjetividad”. Buenos Aires: Universidad de Belgrano, Facultad de Humanidades, Licenciatura en psicología.