



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Título: Abrir para cerrar: Acerca de un dispositivo sustitutivo de las lógicas manicomiales.

Modalidad de Presentación: Estudio de caso

Autor: Federico Cervi

Legajo: C-3208/5

Docente Responsable: Noelia Casati

Año: 2019

Índice

Resumen.....	3
Palabras clave.....	3
Introducción.....	4
Sobre el dispositivo <i>El Tocabiscos</i>	6
Objetivo.....	8
Acerca del encierro y la locura.....	9
Ley Nacional de Salud Mental y surgimiento de dispositivos sustitutos en Rosario.....	12
<i>El Tocabiscos</i> en dos centros de salud. Interpretaciones del caso.....	15
Conclusión.....	20
Bibliografía.....	21

Resumen

El presente estudio de caso indaga las condiciones que posibilitan el funcionamiento de El Tocadoiscos como un dispositivo sustitutivo de las lógicas manicomiales. Se realiza un análisis interpretativo de la información recogida durante la participación en el mismo en dos centros de salud de la ciudad de Rosario, uno perteneciente a la provincia de Santa Fe y el otro dependiente de la municipalidad de Rosario, durante los años 2017 y 2018.

Partiendo de un cuestionamiento al encierro en instituciones monovalentes como práctica efectiva para el tratamiento de situaciones de padecimiento mental, plantea un breve recorrido por la historia de la locura y sus diversos tratamientos.

Se aborda la creación de la Ley Nacional de Salud Mental, poniendo de relieve los aspectos novedosos que la caracterizan como una ley anti manicomial y se describen algunos dispositivos sustitutivos de las lógicas manicomiales surgidos en Rosario contemporáneos a la sanción de la ley.

En cuanto a El Tocadoiscos, se realiza un recorrido por su historia y se describe su funcionamiento en dos de las instituciones que lo alojan. Para su interpretación se utilizan categorías teóricas como esquemas de organización, trabajo interdisciplinario, prevención, transversalidad y asistencialismo.

Por último, se plantea que en el primer centro de salud, donde la organización no apuntaba a la interdisciplinariedad, el dispositivo funcionaba ligado a tareas de prevención primaria y que la organización en equipos de referencia del segundo centro de salud permitía al dispositivo poner el foco en la socialización de los usuarios y la formación de lazos.

Palabras clave

Desmanicomialización – Ley Nacional de Salud Mental – Salud Mental – Tocadoiscos
–Equipos de referencia

Introducción

El siguiente trabajo recoge algunas observaciones tomadas durante el cursado de la Práctica Profesional Supervisada de la carrera de Psicología, de la Universidad Nacional de Rosario, durante los años 2017 y 2018. El mismo se propone interrogar el funcionamiento de un dispositivo sustitutivo de las lógicas manicomiales llamado *El TocaDiscos*, que funciona en distintos centros de salud de la ciudad de Rosario.

El principal interrogante va a girar en torno a las características organizativas de las instituciones que lo alojan y cómo éstas pueden contribuir a que el mismo funcione de diferentes formas, en su objetivo de sustituir las lógicas manicomiales.

La construcción de conocimientos sobre dispositivos que reconozcan a las personas con padecimientos mentales como sujetos de derecho resulta de gran importancia ya que contribuye con los objetivos de la Ley Nacional de Salud Mental, que propone el cierre de los hospitales monovalentes y la reducción de los tiempos de internación.

Según el Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (MSyDS, 2019) llevado a cabo durante los años 2018 y 2019, existen en Argentina 12.035 personas internadas en hospitales psiquiátricos, con un promedio de permanencia de 8,2 años. De esas 12.035 personas sólo el 28,5% firmaron un consentimiento informado, y el 40,4% de ellas refirió no haber hecho salidas en el último mes. En cuanto a los hospitales monovalentes, cuyo cierre definitivo se planeaba para el año 2020, se encuentran en funcionamiento 162, de los cuales 41 son instituciones públicas.

La ley plantea el cierre de los manicomios ya que el encierro como respuesta única a las situaciones de padecimiento mental no sólo carece de eficacia sino que constituye una violación a los derechos humanos según distintos tratados internacionales. La Declaración de Caracas (1990), según el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, señala, por ejemplo, que:

(...) la confianza exclusiva en la internación en hospitales psiquiátricos como forma de tratamiento aísla a los pacientes de su ambiente natural, y genera mayor discapacidad. La Declaración establece un nexo fundamental entre servicios de salud mental y derechos humanos, al concluir que los servicios de salud mental anticuados ponen en peligro los derechos humanos de los pacientes. (Drew, 2006, p.16)

Goffman (1972) piensa las instituciones monovalentes como modelos de lo que él denomina instituciones totales. Para el autor, estas instituciones tienen como principal característica la ruptura con la vida ordinaria del paciente en diversos ámbitos. Por un lado, todos los aspectos de la vida se desarrollan en un mismo lugar, controlados por una misma autoridad. A su vez, en todas las actividades existe la compañía de otros individuos que reciben el mismo trato. Por último, todos los aspectos de la vida diaria son programados previamente en secuencias impuestas por algún tipo de autoridad. El autor concluye que el hecho de haber estado internado suele suponer para el paciente un estigma indeleble.

Una descripción de esta situación de estigmatización y de los alcances para la vida de la persona internada se puede encontrar en el libro *Frente de Artistas del Borda: una experiencia desmanicomializadora. Arte, lucha y resistencia*, en el cual participaron integrantes del Frente de Artistas del Borda (FAB), un grupo de artistas internados y externados en el Hospital Borda que desde 1984 integran este frente con el objetivo de producir arte como herramienta de denuncia y transformación social. En este libro se caracteriza a los manicomios como lugares

(...) proclives a agregar un padecimiento adicional al que ya sufren las personas que ingresan a la institución. La fragmentación de los lazos sociales,

junto con el temor permanente, conlleva a la resignación y el desinterés frente a una situación que se percibe como sin salida, lo que suele dar paso al aislamiento y a la paulatina desaparición de la conciencia crítica. En estos lugares, las personas van siendo sometidas a una serie de despojos: la pérdida de su identidad, la fragmentación de los lazos sociales y afectivos, el arrasamiento de sus deseos, la privación de su intimidad, el menoscabo de sus derechos civiles y políticos, entre otras. En fin, de todo aquello que es propio y singular de un ser humano. Estas privaciones cobran tal valor de naturalidad que quienes forman el sistema institucional pierden sensibilidad, pensamiento crítico y, por sobre todo, capacidad creativa.

Por otro lado, la situación exterior de exclusión social hace del caer en la institución una trampa de muy difícil salida, ya que a la dificultad de volver a vivir fuera del hospital se agrega la situación desventajosa del estigma social, con lo cual la institución cambia en muchos casos del rol para el cual se dice que ha sido creada: asistir, atender, acompañar. Se convierte en el único medio de vida para personas que sufren, entonces, un doble desamparo: el de su propio padecimiento y el de la exclusión social. (Saba, 2008, p.12)

A pesar de haber sido el método preponderante en el tratamiento de personas con padecimientos mentales durante los últimos siglos, el uso del encierro no ha sido la única opción a lo largo de la historia, sino que se pueden detectar diversos tratamientos, así como diversas formas de pensar *la locura*.

El estudio de este tipo de dispositivos contribuye a la creación y el perfeccionamiento de nuevas lógicas para el abordaje de estos padecimientos y a la puesta en valor de la historia de aquellos movimientos que buscaron alternativas al manicomio como respuesta.

Sobre el dispositivo *El Tocabiscos*

El dispositivo *El Tocabiscos* surge alrededor del año 2009, enmarcado en la discusión sobre la Ley de Salud Mental N° 26.657, gracias al trabajo de un grupo de operadoras en salud mental y de usuarios del centro de salud Pablo Sexto de la ciudad de Rosario.

Según las palabras de las propias profesionales que conformaron el dispositivo, los principales objetivos que se plantearon a la hora de formar el dispositivo giraban en torno a la inclusión social, la atención en salud mental comunitaria, el fomento de lazos sociales y familiares de los usuarios y la facilitación del abordaje colectivo de las distintas problemáticas que fueran surgiendo.

Actualmente el dispositivo funciona en diferentes centros de salud (CS) de la ciudad de Rosario, CS N° 17 Cáritas Guadalupe, CS N° 16 Pablo Sexto, CS N° 9 San Francisquito, CS N°22 Gonzalez Loza, CS N°25 FONAVI, en el Espacio Balcarce y en el centro de salud Juan B. Justo. Así como también en Beltrán en la Posta Sanitaria Centro de Salud JB Cairo, en Villa Gobernador Gálvez en el Hospital Gamen, en Roldan y también finales de 2017 se dio apertura a un nuevo espacio en San Lorenzo.

El Tocabiscos está conformado por un Equipo de Profesionales pertenecientes a la Dirección de Salud Mental Nudo Rosario del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. El equipo está coordinado por un psiquiatra y en los diferentes espacios participan operadoras en salud mental y una psicóloga. Los grupos se encuentran conformados por usuarios de la red de salud y familiares. También se invita a participar a los diferentes trabajadores de la red salud y a la comunidad en general que esté interesada. Este espacio es pensado como productor de salud para todas las personas que lo integren.

Cada encuentro se realiza una vez por semana durante dos horas. Si bien cada espacio funciona con la impronta del lugar y grupo, la consigna es escuchar una canción, elegida previamente por los participantes y hablar sobre la letra, esta consigna funciona como disparador para posibilitar las conversaciones, reflexiones y los debates generando cada encuentro un espacio en el que predomine la recreación.

El equipo de profesionales del dispositivo trabaja con la idea de que las instituciones funcionan como productoras de subjetividad, pensando a la subjetividad como algo dinámico cuyo proceso de constitución responde a múltiples condiciones. Esto los habilita a pensar la problemática de la salud mental desde una perspectiva crítica, en términos de entramados complejos que invita necesariamente a recurrir a un trabajo interdisciplinario. Siguiendo a Bleichmar (2010) se puede afirmar que conciben a la subjetividad como atravesada por los modos históricos de representación con los cuales cada sociedad determina aquello que considera necesario para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior. Así como las instituciones van mutando, también lo hacen las formas de organizar la vida, de habitar los espacios colectivos y de constituirse los itinerarios subjetivos, según las coordenadas socio-históricas.

El Tocabisco es pensado como un espacio en el que se ponen en juego modos posibles de recomposición a las formas de des-subjetivación en las cuales se inscriben los padecimientos actuales de quienes participan del dispositivo. En este espacio la música está presente como facilitadora de encuentro, de lazo, de denuncia y de transformación social. Las personas se encuentran a través de la música creando un espacio en el que reflexionan sobre la vida, las emociones, los conflictos y la salud.

En escenarios en los cuales la libertad está limitada, la música es un medio que da voz a quienes socialmente están silenciados, estigmatizados y marginados. Este espacio promueve la conformación de lo colectivo desde la ternura.

Las artes pueden ser el vehículo para resistir ante la crueldad del mundo, generando valores de solidaridad, de no violencia y de diálogo. Es un proceso vivo de creación y dinamismo, de sueño, de utopía, de emociones, convirtiéndose a

veces en el único idioma posible. No sólo describe el mundo, sino que lo reinventa, lo transforma, invitando a la reflexión y generando preguntas para la vida. La música es también un medio de comunicación y de sensibilización del público ante los retos del mundo (...) también un medio de unión, donde se crea un sentido de pertenencia a alguna unidad. (Sanfeliu, 2013, p.1).

Objetivo

Indagar las condiciones que posibilitan el funcionamiento de *El Tocado* como dispositivo sustitutivo de las lógicas manicomiales.

Acerca del encierro y la locura

Amarante (2009), siguiendo a Foucault, plantea que en la edad media se le atribuía al *loco* diversos significados, muchas veces antagónicos: se los endiosaba o demonificaba, se les atribuía la verdad absoluta o el más completo yerro, se los miraba a través del cristal de la comedia o la tragedia. A su vez se lo podía encontrar en diversos lugares, desde la calle, guetos y hospicios hasta cárceles, iglesias y hospitales.

Esto comienza a cambiar a partir del siglo XVII, acompañando modificaciones en la institución del hospital, que hasta ese entonces era una institución filantrópica de caridad que alojaba, alimentaba y daba abrigo a pobres, desamparados, enfermos y mendigos. El hospital comienza entonces un lento proceso de cambio hasta convertirse en el Hospital General, el cual despega su función de lo filantrópico para desarrollar tareas de orden social y políticas más explícitas. Foucault denominó a este tipo de Hospitales como el “gran encierro” o la “gran internación” (Amarante, 2009, p. 25) ya que a los directores del hospital se les había delegado un poder absoluto que podía ejercer sobre toda la población, en el sentido de que todo ciudadano era susceptible de ser internado. Es, según el autor, el tercer orden de la represión, entre la policía y la justicia. Este cambio en la figura institucional del hospital dio lugar a la definición de un nuevo lugar social en la cultura occidental para el *loco*, relacionada con la segregación y el aislamiento.

A fines del siglo XVIII, el espíritu de la modernidad y la revolución francesa, instó a los médicos a humanizar esta institución, dando como resultado una medicalización de la misma. El hospital comienza a tener una nueva función: ya no se trata exclusivamente del control social ni de la caridad, ahora asume la función de atender a los enfermos. El lema de Igualdad, Libertad y Fraternidad lleva a una democratización de los espacios sociales y el hospital gira hacia la medicalización a partir de una tecnología política que es la disciplina. Comienzan a aparecer diferencias en la distribución de los individuos en el espacio, control sobre el desarrollo de las acciones, vigilancia perpetua y constante, y registro de todo lo que ocurre en la institución, que son algunas de las características de esta tecnología política que va a llevar a los hospitales a convertirse no sólo en espacio de examen y tratamiento de las enfermedades, sino también un espacio de reproducción del saber médico.

En este contexto en donde el modelo médico implicaba una relación con la enfermedad como un objeto abstracto y natural, donde no se tenía en cuenta el sujeto de la experiencia de la enfermedad, surge quién, para Bercherie (1984), fue el fundador de la psiquiatría: Philippe Pinel. Este médico francés encontraba las causas de la alienación mental presentes en el medio social, por lo tanto el aislamiento constituiría una forma de resguardo del individuo de aquello que lo perjudicaba. De esta forma Pinel se propone liberar a los locos del yugo de la alienación a través de un tratamiento asilar basado en el aislamiento.

Pinel no sólo estableció una primera nosografía, es decir una clasificación de las enfermedades mentales, sino que además precisó un concepto de alienación cuyo alcance podemos encontrar haciendo efecto hasta el día de hoy. Pensó la alienación mental como un “disturbio en el ámbito de las pasiones, capaz de producir desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad” (Amarante, 2009, p. 31). De esta concepción de alienación se desprende la idea de la peligrosidad que representa el alienado, no sólo para la sociedad, sino también para él mismo, ya que, al no poder percibir la realidad correctamente, puede perder la capacidad de distinción entre error y realidad, entre el bien y el mal.

El hospital se constituye, de esta manera, como el espacio terapéutico por excelencia ya que, por un lado, alejaba al alienado de la causa de su mal, y por otro lado ejercía una función disciplinaria a través de lo que se denominaba el tratamiento moral: se reeducaba la mente del alienado a través de una serie de medidas que trataban de alejarlo de los delirios e ilusiones y acercarlo a la realidad.

Esta concepción de peligrosidad inherente a la alienación y de tratamientos a través del aislamiento nutre a la psiquiatría de principios del siglo XX que dilapida sus recursos en el perfeccionamiento de nuevas y cambiantes taxonomías, con la esperanza de encontrar correlatos anatómicos que hicieran del diagnóstico una verdad objetiva, al tiempo que se consolida a nivel social la representación de enfermedad en cada anomalía psiquiátrica.

Sin embargo se pueden encontrar movimientos en la psiquiatría del siglo XX que trataron de trabajar en el campo de la salud mental a través de otras definiciones y otras herramientas, cuestionando principalmente la institución asilar y el aislamiento.

Galende (1991) toma como principal factor contribuyente a la reforma institucional de lo psiquiátrico a las consecuencias de la guerra a partir del año cuarenta y cinco. Por un lado, el aumento exponencial de la necesidad de atención psíquica como secuela de la guerra y la destrucción de las organizaciones de salud en los países europeos, dio paso a sistemas de autogestión de grandes cantidades de establecimientos y la organización de sistemas públicos solidarios que derivaron en diversas reformas en el sistema. Por otro lado, tras el horror de la guerra, hubo un crecimiento de las posiciones humanistas, en movimientos de intelectuales, con mayor participación en los procesos sociales y que revalorizaban las problemáticas inherentes a la subjetividad. Esto tuvo a su vez una expresión política reflejada en el ascenso de partidos de corte progresista, democráticos y populares a los gobiernos de diversos países occidentales.

Surge así, en Inglaterra, las denominadas Comunidades Terapéuticas basadas en las ideas de Bion y Rickman en el Hospital Northfield y de Maxwell Jones en Mill Hill, donde trabajaban con soldados con distintos padecimientos mentales que se organizaban en grupos y participaban en la organización y toma de decisiones de la institución a través de discusiones colectivas. En este tipo de organización cobraba relevancia el aprovechamiento de los recursos de la institución, que era pensada como un conjunto desjerarquizado compuesto por pacientes, médicos y personal. Algunas de las características del funcionamiento de estas instituciones comprendían la abolición de las estructuras jerárquicas, permitiendo mayor libertad de comunicación de los distintos niveles; el predominio de espacios terapéuticos grupales y no bipersonales; la generación de espacios de reconocimientos recíprocos como bailes y fiestas; y finalmente la creación de asambleas comunitarias como órgano de gestión, organización y evaluación de las actividades. Este tipo de organización apuntaba a la democratización de la institución, otorgando el mismo valor a la opinión de cada integrante.

Otro movimiento que apuntaba a la democratización de las instituciones psiquiátricas surgió en el sur de Francia y es conocido como la política del Sector. Este movimiento se gestó en el Hospital Saint-Alban a través de la influencia de Tosquelles, un médico Catalán, refugiado de la Guerra Civil Española, que había fundado previamente una experiencia llamada Las Comarcas Catalanas, de gran influencia para la política del Sector. Esta política derivó en un vasto movimiento socio-psiquiátrico-político con distintas ideas sobre la constitución de un dispositivo social de Salud Mental. Entre algunas de esas ideas se puede mencionar: El rechazo a toda forma de segregación de los enfermos; la integración de los mismos en su conjunto social, implantando el equipo de Salud Mental en el territorio donde habita la persona con padecimientos; el abordaje a través de estrategias terapéuticas que tiendan a la unificación de las tareas en una sola red o cadena; y la capacidad del equipo de Sector de diseñar programas e implementarlos tomando las demandas de la población. El principal problema con el que se encontró la política del Sector estuvo relacionado con el aparato administrativo que no permitía el surgimiento de estructuras horizontales y que ubicaba a los hospitales psiquiátricos como el centro administrativo y financiero del sistema.

Estados Unidos tuvo, a su vez, un movimiento que propuso el cierre de las instituciones psiquiátricas y su consecuente reemplazo por distintos dispositivos como

centros comunitarios. Este movimiento es conocido como la psiquiatría comunitaria estadounidense y tuvo su expresión en la denominada Ley Kennedy que proponía el abordaje de los tratamientos a través de terapéuticas comunitarias en reemplazo de las formas institucionales de la psiquiatría, materializadas en los hospitales psiquiátricos. Este movimiento tomó las ideas de Lindeman sobre la intervención en crisis, un tipo de intervención que consiste en actuar sobre el grupo familiar y social o sobre la institución en donde se encuentra la persona afectada, en el momento en que surge alguna situación difícil que puede llegar a ser patológica. Piensa a la crisis como una oportunidad para resolver los conflictos y promover el desarrollo de los grupos. Considera también, las ideas de Caplan sobre prevención, cuya innovación consiste en pensar una prevención primaria relacionada con las condiciones sociopolíticas que favorecen los procesos de salud; una prevención secundaria que incluye las acciones asistenciales clásicas sobre aquellas personas con padecimientos; y una prevención terciaria que consiste en aquellas acciones tendientes a abordar las consecuencias de las enfermedades.

Además de la resistencia de los profesionales de la salud y del aparato político-administrativo, este movimiento vio impedido su éxito principalmente por la falta de respuesta de la sociedad norteamericana que se mostró reticente al abordaje comunitario de los padecimientos mentales.

Otra experiencia que cuestionó las lógicas manicomiales de la psiquiatría positivista fue la política de desinstitucionalización en Italia. Galende (1991) comenta que esta experiencia encabezada por Basaglia, psiquiatra italiano, fue un proceso que produjo no sólo el cierre de numerosos establecimientos asilares y una ley de avanzada sobre Salud Mental sino también un cambio en la conciencia social sobre las significaciones respecto al padecimiento mental.

La política de desinstitucionalización italiana plantea una visión del enfermo indisociable de su contexto sociopolítico, lo que la lleva a cuestionar la competencia técnica de los profesionales y tomar una postura crítica de desinstitucionalización.

A través de la experiencia en el Hospital de Gorizia y del Hospital Psiquiátrico de Trieste, ambos dirigidos y cerrados por Franco Basaglia, se fueron delineando las principales características de la ley de Salud Mental en Italia, que fue sancionada en el año 1978. Esta ley determina el cierre de los hospitales psiquiátricos, estableciendo la prohibición de admisión de nuevos pacientes y de la reinternación de aquellos previamente externados. Establece un período de diez días como plazo máximo de internación y a realizarse en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. En casos de internación obligatoria, estipula que la necesidad de tratamiento tiene que estar certificada por dos médicos y una autoridad civil y prioriza el tratamiento comunitario a través de los centros locales de Salud Mental.

Sin duda esta ley italiana y todos los movimientos críticos a las instituciones manicomiales fueron fundamentales en la discusión para la elaboración de la nueva Ley de Salud Mental en Argentina, la cual deroga a la ampliamente criticada ley N° 22.914. Esta última reproducía lo que Stolkiner (2005) reconoce como el núcleo duro del campo de la salud mental: la desubjetivación del paciente como base del tratamiento del padecimiento.

Ley Nacional de Salud Mental y surgimiento de dispositivos sustitutivos en Rosario

Si bien la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es promulgada el 2 de diciembre de 2010 como resultado de un proyecto presentado ante la cámara de diputados por el psicólogo Leonardo Gorbacz, la discusión sobre el tratamiento de los padecimientos mentales estaba instalado en el país desde hacía tiempo. Según Hermosilla (2012) Esto se refleja en las distintas leyes provinciales que sirvieron de modelo para la elaboración de la misma, en especial la de la provincia de Río Negro, considerada como un programa de desinstitucionalización en salud mental. De estas leyes provinciales, la ley nacional toma por ejemplo el uso casi general de la denominación sufrimiento o padecimiento mental, que trata de hacer énfasis en los componentes históricos, socio-económicos y culturales presentes en los procesos de salud mental. Toma, además, la reglamentación del régimen de internaciones y su consideración como recurso excepcional. En algunas de estas legislaciones antecedentes se puede encontrar también consideraciones respecto al consentimiento informado como la delimitación de ciertas acciones para la protección de dicho derecho.

El surgimiento de esta ley se enmarca en un contexto político en el que el estado había vuelto a asumir un rol preponderante en la garantía de derechos y en el manejo de la economía, a través de políticas de generación de empleo y el aumento del mercado interno.

Con respecto a la ley que deroga, se pueden destacar distintas innovaciones. Por un lado, la ley nueva enfatiza la interdisciplina equiparando a los distintos actores con respecto a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Establece, también, la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.

Por otra parte, la nueva ley, entiende a las internaciones como el último recurso terapéutico, con un carácter restrictivo. Es decir que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de la internación hospitalaria y, de no poder evitarse tal internación, debe promoverse el mantenimiento de los vínculos del usuario con su entorno social y afectivo. Además establece la obligación de contar con la firma de al menos dos profesionales del servicio para realizar la internación, de los cuales uno debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

Propone, además, la creación de un órgano de revisión, en el marco del Ministerio Público de Defensa con el objetivo de defender los derechos de los usuarios. Modifica además el Código Civil sustituyendo la noción de peligrosidad por la de peligro cierto e inminente como criterio de internación involuntaria.

Carpintero (2011) resalta el fuerte espíritu anti psiquiátrico de la ley destacando cuatro conceptos que la integran: los derechos humanos en relación a los pacientes, la prioridad al trabajo interdisciplinario e intersectorial, las modificaciones de las estructuras manicomiales y el incremento en las relaciones de igualdad con respecto a los diferentes profesionales del área.

Contemporáneo a la discusión de la ley, surgen en Rosario distintos dispositivos cuyas propuestas incluían funcionar como herramienta para sustituir las lógicas manicomiales de encierro. Entre estos dispositivos se pueden nombrar *El Tocado*, *Pomelo en el patio* e *Hilos enredados*, entre otros.

Pomelo en el patio es el nombre que un grupo de usuarios eligió para el dispositivo que surge como parte del Programa Sustitución de Lógicas Manicomiales de la Dirección Provincial de Salud Mental de la provincia de Santa Fe. Geller (2006) lo describe como un taller orientado a la producción de objetos a través de distintas técnicas como la costura, el bordado o el reciclaje. Estos objetos son luego vendidos o intercambiados en el mercado, promoviendo la inserción productiva de los participantes desde el trabajo colectivo.

Hilos enredados es un espacio que surge con la finalidad de convertirse en una fuente de trabajo a través de la confección de toallas, toallones, repasadores, manteles, carteras y delantales. Este dispositivo funciona en una *casa asistida*, donde se alojan usuarias en proceso de externación del Centro Regional de Salud Mental Agudo Avila. Ellas, con la ayuda de una trabajadora social y una psicóloga, montaron un taller en una habitación de la casa donde confeccionan sus productos. Forneo (2010) comenta que, además de acompañar el proceso de externación, a través de este dispositivo las usuarias pueden reinsertarse en el mercado laboral y generar lazos con los vecinos del barrio.

En cuanto a *El Tocadoiscos*, es un dispositivo que se forma a través del trabajo en conjunto de un grupo de operadoras en salud mental y de usuarios, que idearon un formato de encuentro que se fue replicando a lo largo de la ciudad llegando, inclusive, a ciudades vecinas.

Las operadoras que fundaron este espacio habían sido seleccionadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe con el fin de trabajar con problemáticas de salud mental en distintos territorios. La convocatoria de las mismas surge ante la detección de ciertas dificultades en usuarios del sistema de salud mental para acercarse a los centros de salud, principalmente en los barrios de menores ingresos. Muchos de los usuarios que eran externados de instituciones psiquiátricas no continuaban con el tratamiento, además de presentar problemas para la reinserción en su ámbito social luego de la internación. De esta manera el criterio para la selección de las operadoras estuvo determinado por la capacidad de las mismas de conocer y manejarse en los barrios. Como ellas mismas comentan, buscaban referentes barriales. Durante los primeros años las operadoras recibieron capacitaciones en salud mental y atención primaria en salud, y sus principales actividades estaban relacionadas con el acompañamiento de usuarios durante la internación y el seguimiento de los mismos una vez que salían. Además de servir como un nexo entre algunos centros de salud dependientes de la provincia y los usuarios, el equipo de fortalecimiento, como lo habían denominado, se encargaba de detectar la existencia de personas con padecimientos mentales que no supieran de la existencia de los centros de salud o tuvieran algún inconveniente para concurrir.

El dispositivo comienza a formarse, entonces, en uno de los centros de salud, donde uno de los usuarios, a través del trabajo de las operadoras, concurría a escuchar música luego de una externación. La música había funcionado, en este caso, como un nexo entre el usuario y el centro de salud, logrando que el usuario encuentre en ese centro un lugar de contención. A las operadoras les pareció interesante invitar a otros usuarios que estuvieran referenciados a ese centro para escuchar música grupalmente y compartir el espacio. Fijaron, entonces, un horario semanal y propusieron la consigna de elegir una canción cada uno y comentar entre todos qué les producía esa canción.

Este formato se fue replicando en distintos centros de salud, con características particulares en cada uno. Al equipo de las operadoras se les sumó, además, una psicóloga y una acompañante terapéutica, coordinadas todas por un psiquiatra. Los encuentros comenzaron, entonces, a ser pensados como un dispositivo, es decir, y siguiendo a Barembly (2005), como un artificio con la capacidad de producir innovaciones y generar acontecimientos, además de poder actualizar potencialidades e inventar nuevas perspectivas.

Los objetivos planteados, entonces, por los participantes de *El Tocadoiscos*, están relacionados con la conformación de procesos colectivos de participación grupal, puesta en común de problemáticas barriales, regionales y de personas que transitan el sistema de salud, haciendo eje en padecimientos subjetivos abordados de un modo complementario a las terapias y formas de abordaje individuales. A su vez facilita la participación de los integrantes en diferentes espacios de intercambio. Este espacio ayuda a los efectores de salud a escuchar las necesidades poblacionales, construyendo, a través de lo colectivo, lógicas alternativas al encierro manicomial.

Actualmente el dispositivo funciona en seis centros de salud de la ciudad de Rosario, en un centro cultural y la experiencia se comenzó a replicar en ciudades como Beltrán, Villa Gobernador Gálvez, Roldán y San Lorenzo.

***El Tocado* en dos centros de salud. Interpretaciones del caso**

Para indagar las condiciones de funcionamiento de este dispositivo se toman observaciones recogidas en el marco de la Práctica Profesional Supervisada, instancia correspondiente al último año de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, durante los años 2017 y 2018. La primera mitad de la misma transcurrió en el dispositivo *El Tocado* dentro de un centro de salud dependiente de la provincia de Santa Fe y la segunda en el mismo dispositivo alojado en un centro de salud dependiente de la municipalidad de Rosario.

El primer centro de salud está ubicado en un barrio afectado por la pobreza y la precarización. Depende de la provincia de Santa Fe y cuenta con atención médica diaria, diagnóstico y tratamiento. No admite internaciones y entre las prestaciones especiales que brinda se pueden mencionar: Clínica médica, enfermería, ginecología, medicina general, obstetricia, odontología, pediatría y psicología.

Al consultar con los trabajadores del centro de salud por la forma de organización y los objetivos propuestos en cuanto a atención, la mayoría coincidía en nombrar los lineamientos básicos de la Atención Primaria en Salud propuestos en Alma Ata (1978): accesibilidad de los servicios sanitarios que ofrecen; integralidad, es decir tender hacia la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida; y longitudinalidad, es decir el seguimiento en el tiempo de los distintos problemas de salud de los pacientes.

En cuanto a la organización, los profesionales referían no tener un espacio fijo para tratar de manera interdisciplinaria las distintas problemáticas de los usuarios referenciados a ese centro, es decir y siguiendo a Stolkiner (2005) el acento no estaba puesto en la importancia de la multirreferencialidad teórica en el abordaje de las distintas problemáticas ni en el reconocimiento de la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Los espacios de trabajo interdisciplinario permiten, siguiendo a la autora, el reconocimiento de la historicidad y relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, favoreciendo la comprensión de la complejidad de las problemáticas del campo de la salud. Sin embargo, y a pesar de no tener un espacio para el trabajo interdisciplinario, los trabajadores del centro comentaban que se generaban momentos de intercambio entre los profesionales, por ejemplo, cuando realizaban derivaciones.

En lo referido a reuniones de personal, los profesionales comentaban que, por lo general, las que se realizaban, tenían como temática la organización de horarios.

Al momento de participación en el dispositivo en este centro, el mismo no contaba con directivos por inconvenientes gremiales y las decisiones eran tomadas, en general, por un médico generalista.

En cuanto al área de salud mental, contaba con dos profesionales, una psiquiatra y un psicólogo. Ambos tenían libertad para distribuir las horas mensuales asignadas, de manera que la psiquiatra asistía los lunes, día en que cumplía la totalidad de las horas asignadas, y el psicólogo lunes y martes.

El equipo correspondiente al dispositivo de *El Tocado* estaba compuesto por una psicóloga, una operadora en salud mental y una acompañante terapéutica. Los encuentros eran semanales y se convocaba a los usuarios, principalmente, a través de carteles pegados en las paredes del centro de salud. Al no tener un espacio fijo asignado para las reuniones, las mismas se realizaban en el patio, donde se sacaban sillas distribuidas en ronda, inclusive los días de bajas temperaturas. Los materiales con que contaba el equipo eran un equipo de música con reproductor de discos compactos y parlantes que se podían conectar al teléfono celular.

En las reuniones no participaban los profesionales del centro ya que referían no disponer de tiempo suficiente para asistir. Por otra parte, tampoco derivaban usuarios a las mismas. Las operadoras del dispositivo entendían que el hecho de que los profesionales no derivaran usuarios al dispositivo constituía un gran inconveniente que repercutía en la concurrencia al mismo. Sin embargo, y a pesar de haber hablado con

distintos profesionales del centro, no lograban que los mismos derivaran usuarios al dispositivo.

La cantidad de usuarios que asistían era más bien escasa. Algunas veces iba sólo una persona y otras veces llegaban a ser cinco los usuarios que asistían, presentando problemas de consumo, inconvenientes familiares, falta de recursos económicos o, simplemente, se acercaban a merendar al centro con el equipo del dispositivo. En algunas ocasiones el equipo consideraba necesario pasar a buscar por la casa a algunos de los usuarios que, por distintos motivos, no tenían constancia con la asistencia.

En las reuniones realizadas en este centro de salud, por lo general, no se llevaba a cabo la consigna de elegir canciones, escucharlas y comentar al respecto. Se dificultaba, principalmente, por la falta de medios para hacerlo. Si bien había un equipo de música, el equipo contaba con pocos discos compactos y la mayoría no funcionaba. Por momentos se intentaba escuchar música con algún celular pero el sonido no era bueno y no había internet. El espacio funcionaba, más bien, como un lugar donde los usuarios se podían acercar al equipo para conseguir asesoramiento sobre distintas cuestiones. Era habitual que las trabajadoras consiguieran turnos para análisis o distintas especialidades como oncología, dermatología, etc. o que realizaran un seguimiento del derrotero de los usuarios por los distintos espacios del sistema de salud por los que transitaban. También asesoraban sobre pensiones, programas para conseguir materiales para ampliar la vivienda, programas de acompañamiento terapéutico provinciales y pases para el transporte público. En algunos casos sólo informaban sobre cómo hacer estos trámites y en otros casos, incluso, acompañaban a los usuarios para realizarlos.

En cuanto al segundo centro de salud, se encuentra a diez cuadras aproximadamente del primer centro, dentro del mismo barrio. El mismo depende de la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Cuenta con atención médica diaria, diagnóstico y tratamiento. No admite internaciones y entre las prestaciones especiales que brinda se pueden mencionar: Clínica médica, enfermería, ginecología, inmunizaciones, medicina general, obstetricia, odontología, pediatría.

En lo relativo a la organización de este centro de salud, los profesionales refirieron que tomaba los lineamientos generales de un esquema para el trabajo en el campo de la salud llamado *equipos de referencia*. Este esquema de trabajo es descrito por Sousa Campos (1998) y surge en la década de los noventa en algunas ciudades del estado brasileño de São Paulo con la finalidad de reformular los sistemas de atención en distintos servicios de salud.

El trabajo a través de equipos de referencia fue creado, comenta el autor, tras detectar falta de compromiso y alienación en la mayoría de los trabajadores de los servicios de salud. La crítica principal se enfocaba en el sistema de poder verticalizado, con toma de decisiones centralizadas de los centros de salud, pensando que un reordenamiento del trabajo, orientado al vínculo entre equipo de profesionales y usuarios, generaría otro tipo de involucramiento en la coproducción de salud. Así, se pensaron nuevas formas de relación entre usuario y profesional, ampliando y reformando la clínica a través de un sistema de referencias entre los mismos.

Pensaron, entonces, una nueva organización donde cada centro de salud esté conformado por distintos grupos llamados equipos de referencias, compuestos por profesionales de distintas áreas y organizados según las características de la institución. Los usuarios referenciados a dicho centro de salud serían divididos en grupos bajo la responsabilidad de distintos equipos de referencia. Además todos los profesionales y especialistas formarían una red de servicios matriciales de apoyo a los equipos de referencia, ofreciendo una lista de actividades y procedimientos cuya utilización dependería del usuario, del profesional del equipo de referencia y del profesional del equipo matricial.

Este tipo de organización pretende generar otro tipo de lazo entre los usuarios y el equipo de referencia disminuyendo la distancia entre el poder de los técnicos y de los pacientes, y una distribución más eficiente de las responsabilidades. Con respecto a esto último indica el autor:

El Proyecto Terapéutico es de responsabilidad de todo el Equipo de Referencia y no solamente del médico, esto tanto cuando se hace el diagnóstico (evaluación de los riesgos) como el tratamiento (varios profesionales trabajan la múltiples dimensiones de cada caso). Esto estimula otra dinámica de relación dentro del Equipo, al estimularse el proceder comunicativo ya que un profesional depende del otro para el éxito del trabajo. En el interin, al mismo tiempo que cada Equipo de Referencia desarrolla una práctica lo más integral posible, considerando la biología, lo subjetivo y lo social imbricado en cada caso, ningún profesional sabría sobre todo y ningún Equipo completaría toda la potencialidad de un trabajo interdisciplinario. Por esta razón, se utilizará el recurso de apoyo especializado matricial el cual posibilitaría, teóricamente, un enriquecimiento de los Proyectos Terapéuticos. (Sousa Campos, 1998, p. 5)

En el segundo centro de salud, los equipos de referencia estaban formados por médicos generalistas y enfermeros, y los servicios matriciales de apoyo contaban, además, con psicólogas, trabajadoras sociales y odontología. Esta dinámica de trabajo requería la apertura de canales de comunicación constante entre los profesionales, por lo que se realizaban reuniones entre los equipos de referencia y los matriciales una vez por semana, además de una reunión semanal en donde participaban todos los trabajadores del centro, donde se tomaban las decisiones referentes al centro en conjunto y para la cual debían cerrarlo por dos horas. Por otra parte, la mayoría de los profesionales tenían dedicación exclusiva, ya que, según referían, las horas que se les asignaban eran numerosas y tenían, además, que estar distribuidas de manera tal que asistan de lunes a viernes.

En cuanto al equipo de *El Tocadoiscos*, a este centro asistían una psicóloga y una operadora, a veces alternándose. El dispositivo tenía asignado un lugar fijo, un consultorio que contaba con una computadora conectada a internet y parlantes, por lo que no era necesario para el equipo del dispositivo llevar material. Participaban además tres profesionales del centro: un médico generalista, una psicóloga y una residente de medicina. Los usuarios que asistían eran, por lo general, derivados al dispositivo por algunos de los profesionales del centro. Asistían con regularidad unos cinco aproximadamente, todos con historias de internaciones en instituciones monovalentes, y participaban, de manera irregular, cinco más aproximadamente.

Durante la reunión cada participante, tanto usuarios como profesionales, elegía una canción que era escuchada y comentada por todos. Al finalizar la canción el que la había elegido contaba el porqué de su elección y qué sentimientos le generaban. Generalmente los usuarios traían preparada con anticipación la elección de la canción y la razón por la cual la elegían. Algunos, incluso, lo traían escrito en papel. Era, casi siempre, el puntapié para comentar algún conflicto cotidiano, algo que causara malestar, o algún recuerdo del pasado. Además de las intervenciones de los profesionales, tanto del equipo del centro de salud como los de *El Tocadoiscos*, había un intercambio fluido entre los usuarios que se aconsejaban y hacían chistes en un clima respetuoso.

Aun siendo variable el nivel de participación de los usuarios, se podía percibir que entre los que integraban el dispositivo, ya sean profesionales o usuarios, se conocían tanto en su historia como en sus gustos. Si alguno faltaba, otro sabía la causa de su ausencia. Si alguno participaba menos de lo habitual, otro le preguntaba si le pasaba algo.

Las intervenciones por lo general estaban a cargo de la psicóloga del centro de salud y del médico generalista, y tendían, casi siempre, a animar a que los usuarios

contaran sus historias de vida y compartieran aquello que les causa malestar, alegría o preocupación.

Las trabajadoras del equipo del dispositivo participaban menos ya que priorizaban la asistencia a otros centros de salud donde se necesitaba más de su presencia. De hecho, durante los meses de verano de 2018, las trabajadoras del equipo de *El Tocado* anunciaron que no iban a poder asistir a ese centro por lo que se propuso cerrar temporalmente el dispositivo. El equipo del centro de salud junto con los usuarios que asistían al dispositivo decidió, a través de una votación, seguir con el dispositivo en verano a pesar de la ausencia de las trabajadoras del mismo.

Siguiendo a Guattari (2006), se puede afirmar que la subjetividad y la cultura de cualquier organización son producidas socialmente, es decir que son el resultado de cierto tipo de estructura y organización específica de los procesos de trabajo. En este sentido *El Tocado*, como dispositivo alternativo a las lógicas manicomiales, no es ajeno a la institución que lo aloja, en este caso, los centros de salud.

La organización del primer centro de salud, donde no había un marcado acento en el trabajo interdisciplinario y un sistema más bien verticalizado de toma de decisiones, permitía a *El Tocado* funcionar como un nexo entre algunos usuarios referenciados al centro y el sistema de salud en general ya que sólo a través del dispositivo estos usuarios conseguían acceso al mismo y en algunos casos, también, seguimiento. Al trabajar tomando medidas sobre los factores que podrían resultar potencialmente patológicos, como problemáticas relacionadas con las viviendas, el transporte o la salud directamente, se puede pensar que su funcionamiento estaba ligado a la prevención, sobre todo aquel tipo de prevención que Caplan denominó prevención primaria, es decir intervención en las posibles condiciones de formación de padecimiento. En este accionar preventivo se puede detectar, también, vestigios de una política asistencialista enfocada, no tanto en el riesgo de desafiación o aflojamiento de lazos como propone Andrenacci (2009), sino más bien en la mitigación de las carencias materiales de los usuarios. Este tipo de funcionamiento se ajusta más a los objetivos del dispositivo referidos a la inclusión social y a la atención comunitaria.

La organización en equipos de referencia con apoyo matricial del segundo centro de salud permitía, en cambio, un tipo de funcionamiento que favorecía los procesos de socialización de los usuarios, creando lazos entre ellos y posibilitando esquemas nuevos de relaciones con los profesionales donde se acortaba la distancia entre ambos. Se generaban, además, espacios de integración y respeto a las distintas subjetividades, donde los usuarios podían apropiarse del lugar e historizar y socializar su padecimiento, participando activamente en la construcción de los procesos de salud. Esto se puede pensar como un alto coeficiente de lo que Guattari (1976) definió como transversalidad, un concepto que el autor piensa como

(...) una dimensión contraria y complementaria a las estructuras generadoras de jerarquización piramidal y de los modos de transmisión esterilizadores de los mensajes (...) es el lugar del sujeto inconsciente del grupo, el más allá de las leyes objetivas que la fundan, el soporte del deseo del grupo.

Esta dimensión no puede ser puesta de relieve sino en ciertos grupos que, deliberadamente o no, intentan asumir el sentido de su praxis y de instaurarse como grupo-sujeto, poniéndose así en posición de tener que ser el agente de su propia muerte. (p. 105)

Además de definir la transversalidad en oposición a la verticalidad de las estructuras piramidales y a la horizontalidad que se podría encontrar, por ejemplo, en un patio de hospital, el autor destaca que la modificación de este coeficiente depende casi exclusivamente de la organización, es decir de redefiniciones a nivel estructural de las instituciones que modifiquen desde la cúspide hacia la base de la misma. En ese sentido el autor propone que

La consolidación de un nivel de transversalidad en una institución permite que se instituya en el grupo un diálogo de nuevo tipo: pudiendo el delirio y cualquier otra manifestación inconsciente, en el seno de la cual el enfermo permanecía hasta entonces cerrado y solitario, alcanzar un modo de expresión colectiva. (Guattari, 1976, p. 104)

Por otra parte, este tipo de funcionamiento, tal vez más cercano a las consignas y a los objetivos planteados en relación al fomento de los lazos sociales, trabaja sobre aquello que Guinsberg (2001) considera como generador de sufrimiento psíquico en las poblaciones cuyas economías tienden al neoliberalismo. El autor plantea que en este tipo de modelo económico, el hombre queda supeditado a la economía de mercado, generando una exacerbación del individualismo donde cada uno lucha de manera despiadada por conseguir sus objetivos en contextos en que los recursos parecen no alcanzar para todos. Esto provoca climas de indiferencia y alienación, donde declinan los valores públicos, aquellos que dan sustancia al cuerpo social.

Conclusión

La Ley Nacional de Salud Mental constituye un avance en cuanto a garantías y derechos para los usuarios del sistema de salud mental. Sin embargo existe un déficit grande en su cumplimiento que se refleja en los altos porcentajes de internaciones involuntarias o en la cantidad de hospitales monovalentes abiertos en el país.

A pesar del trabajo arduo de asociaciones, tanto de usuarios como de profesionales, para *abrir* nuevos espacios de construcción de salud mental y *cerrar* los hospitales monovalentes, esta meta sigue aún sin concretarse. En este contexto, *El Tocadoiscos* y los distintos dispositivos que fueron surgiendo contemporáneos a la discusión de la ley, se plantean a sí mismos como herramientas para terminar con las lógicas de encierro y ofrecer una alternativa para el tratamiento del padecimiento mental. En estos dispositivos se puede apreciar como comparten algunas características en común, como la innovación en las propuestas de funcionamiento a partir de la inclusión de las ideas y deseos de los usuarios, además de la recuperación de formas de abordaje del padecimiento mental que a lo largo del siglo XX desafiaron al paradigma manicomial.

En el caso particular de *El Tocadoiscos*, y en cuanto a las condiciones que posibilitan su funcionamiento como un dispositivo sustitutivo a las lógicas manicomiales, se puede pensar que la organización del primer centro de salud, donde la toma de decisiones tendía a la verticalidad y la organización de los profesionales no priorizaba el trabajo interdisciplinario, el dispositivo funcionaba ligado a tareas de prevención primaria con algunas características asistencialistas, acercándose al cumplimiento de sus objetivos de inclusión social y atención comunitaria. En cuanto al segundo centro, organizado, en cambio, utilizando el esquema de trabajo en equipos de referencia, el dispositivo podía enfocarse en la socialización de los usuarios y en la formación de lazos a través de un funcionamiento grupal con coeficientes altos de transversalidad. El funcionamiento en este caso, permite al dispositivo acercarse al cumplimiento del objetivo de trabajar fomentando la formación de lazos y contrarrestar los efectos de la declinación de ciertos valores del marco de la esfera pública.

En ambos centros de salud, el trabajo colectivo de *El Tocadoiscos* aporta a la creación de aquello que Amarante (2009) entiende como nuevas formas de tratamiento del sufrimiento mental, formas en que se respetan y cuidan efectivamente a los sujetos participantes y que contribuyen a la creación de un nuevo lugar social que aloje la diversidad, la diferencia y el sufrimiento mental.

Sin embargo, y aun entendiendo que *El Tocadoiscos* constituyen una alternativa de fundamental importancia en la contribución a la concreción de lo dispuesto por la Ley de Salud Mental, se puede compartir una preocupación que expresaba Basaglia (2005) con respecto a la institución asilar: "aún actualizado, humanizado, 'medicalizado', el hospital psiquiátrico, al continuar existiendo, induce y sanciona, en relación a las antiguas y nuevas necesidades de asistencia, toda una serie de círculos concéntricos de contagio, correspondientes a otros tantos aparatos institucionales". (p. 246) En este sentido queda el interrogante de si, ante el no cierre de las instituciones monovalentes, este tipo de dispositivos funcionan de manera suplementaria o como complemento a dichas lógicas.

Bibliografía

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial/Saúde mental e atenção psicossocial*. Buenos Aires. Topia Editorial.

Andrenacci, L. (2009). Notas acerca de la política asistencial en América Latina. *Cátedra Paralela*, (6), p. 7.

Barembliitt, G. (2005). *Compendio de Análisis Institucional y otras corrientes. Teoría y Práctica*. Buenos Aires. Madres de Plaza de Mayo.

Basaglia, F. (2005). *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Garamond.

Bercherie, P. (1984). *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires. Manantial.

Bleichmar, S. (2010). *El desmantelamiento de la subjetividad y los estallidos del yo*. Buenos Aires. Topia Editorial.

Carpintero, E. (Enero de 2011). La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas. Buenos Aires. *Topia*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-analisis-y-perspectivas>

Drew, N., Funk, M., & Saraceno, B. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación: Sí a la atención, no a la exclusión*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

Fornero, P. (14 de marzo de 2010) Una casa para la libertad. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/18-22722-2010-03-14.html>

Galende, E. (1991). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires. Paidós.

Geller, Y. (21 de diciembre de 2006) Centro de producción e Intercambio. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-6697-2006-12-21.html>

Goffman, E. (2001). *Internados*. Buenos Aires. Amorrortu.

Guattari, F. (2006). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Madrid. Traficantes de Sueños.

Guattari, F. (1976). *Psicoanálisis y transversalidad*. Argentina: Siglo XXI Editores.

Guinsberg, E. (2001). *La salud mental en el neoliberalismo*. Madrid. Plaza y Valdés.

Hermosilla, A. M., & Cataldo, R. (2012). *Ley de Salud Mental 26.657: antecedentes y perspectivas*. PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4(2), 134-140.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSyDS). (2019). *Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf

Sanfeliu, A. (2004). *La música y la paz*. Recuperado de <https://studylib.es/doc/8594873/la-m%C3%BAsica-y-la-paz---escuela-de-cultura-de-pau>

Sava, A. (2008). *Frente de Artistas del Borda. Una experiencia desmanicomializadora. Arte, lucha y resistencia*. Buenos Aires. Editorial Madres de Plaza de Mayo.

Sousa Campos, G. (1998) *Equipos Matriciales de Referencia y apoyo especializado*. Recuperado de <https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>

Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental, IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización*. Misiones. Federación de Psicólogos de la República Argentina y Colegio de Psicólogos de Misiones.