



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social

Trabajo Integrador Final:

Los dispositivos sustitutivos como lugar de encuentro con la singularidad de lxs  
sujetxs participantes. La experiencia del dispositivo "Hilos Enredados"

Rosario, junio de 2025.

Autora: Flores, María del Mar.

Directora: Osella, María Pilar.

Codirectora: Guirado, Carla.

## *Agradecimientos*

A mis compañerxs de cursado y de militancia, por cada mate compartido que hizo del cansancio laboral una trastienda. Por los abrazos, las charlas, las reflexiones, enseñanzas, aprendizajes y el aliento a seguir.

A mi familia, a lxs amigxs por serlo también, por el aguante, la escucha, la apuesta y el afecto.

A Juan, por aprender a darme ánimo sin presiones, por creer en mí, por el amor.

A Agustina, por ese diván saca chispas que invitan a ver la vida menos pesada.

A mis compañeras de trabajo, incondicionales, por ser equipo .

A las protagonistas, las entrevistadas, por cada aporte cotidiano, por su grandeza y ternura.

A Pilar y Carla, por su tiempo, dedicación y acompañamiento.

A la Universidad Pública, por haberme enseñado el sentido de lo colectivo.

Este Título no es sólo mío. En soledad dudo haber llegado hasta acá.

Porque nadie se salva solx.

Y hasta que todo sea como lo soñamos.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
Fundamentación:.....	5
Objetivos:.....	6
Enquadre metodológico y capitulado:.....	6
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>9</b>
<b>Breve recorrido histórico del campo: conceptos, categorías, modos de tratamiento.</b>	
<b>Paradigmas en pugna.....</b>	<b>9</b>
Algunos elementos del proceso de construcción del campo de la Salud Mental: terminología y cosmovisiones.....	9
El desarrollo del modelo asilar.....	11
Críticas, rupturas y reformas.....	15
El entramado que allanó el camino: movimientos de reforma, legislación y documentos nacionales e internacionales.....	21
Emergencia de prácticas sustitutivas locales: obstáculos, avances y desafíos.....	28
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>32</b>
<b>Desmanicomializar: sustitución de lógicas y prácticas instituidas. Un desafío     constante.....</b>	<b>32</b>
El escenario de la transformación: tensiones entre paradigmas.....	32
Prácticas contrahegemónicas: primeros emergentes, evolución y construcciones actuales.....	33
Trascender la mirada exclusivamente sanitaria. Apuestas sustitutivas en Santa Fe....	36
Trabajo y salud mental.....	38
Hilos Enredados, la experiencia. Historia, constitución y funcionamiento actual.....	42
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>48</b>
<b>Singularidad y reconocimiento. Construcción de lazos sociales para la existencia...48</b>	
Hilos que enlazan y dan lugar a la singularidad.....	48
En búsqueda de lógicas de trabajo alojadoras.....	51
Afecciones de lo vincular.....	53
<b>Reflexiones finales.....</b>	<b>57</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>61</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente escrito se enmarca en el Trabajo Integrador Final (TIF) de la Licenciatura en Trabajo Social, dictada en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

El tema abordado versa en torno al lugar de la singularidad en un dispositivo socio-laboral en Salud Mental vinculado a la producción textil. El mismo funciona en la ciudad de Rosario, bajo la órbita de la Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM, en adelante) de Santa Fe. Se buscará ubicar cómo, en el marco de una práctica no hegemónica, el sujeto podría desplegar su singularidad para ponerla a jugar en un proyecto colectivo.

El dispositivo se llama Hilos Enredados<sup>1</sup> (Hilos en adelante), es un taller de producción textil que ha sido pensado en pos del fortalecimiento de los lazos sociales fragilizados y/o perdidos a causa de padecimientos subjetivos. Este se constituye en un espacio grupal, generando sentimientos de pertenencia y donde la posibilidad de tomar algún tipo de decisión aflora. Todo ello no es posible en soledad, sino con otrxs. Sotolano hace referencia a que “Estar solo no es nada. Lo malo es no tener a quien contárselo” (Sotolano, 2014, p.7).

Las tareas de acompañamiento y coordinación que desarrollo (como parte de un equipo) en Hilos fueron la motivación a la hora de definir el campo y el tema al cual dedicar este trabajo. Por lo tanto, como trabajadora de la salud y estudiante de la Licenciatura en Trabajo Social, fui agendando preguntas, armando y desarmando certezas, las cuales considero, han establecido las bases de los objetivos que planteo en el TIF.

De este modo surge un interrogante vinculado al lugar que ocupa lo singular y lo propio en estos espacios con otrxs, ¿Cómo identificar en las historias singulares, poniendo en escena las vivencias, elementos que permitan generar movimientos,

---

<sup>1</sup> Es un espacio de producción textil con lógica cooperativa.

contenido y sentido “otro” a las intervenciones? Desde un lugar que potencie proyectos, fomente la autonomía y la construcción de lazos.

El plan de trabajo se inscribe entonces en el campo de la salud mental. Tal es así que al momento de abordar esta problemática, se propone entender la noción de salud mental según Alicia Stolkiner, quien se refiere a ella como un proceso y no como un estado, que expresa un elemento opuesto a la delimitación objetiva de la enfermedad. Esta es la dimensión subjetiva de quien la padece. La consideración de este proceso subjetivo da lugar al concepto de “sufrimiento psíquico” (Stolkiner, 2013).

En esta línea, tomando en consideración que proponemos analizar la experiencia de Hilos, resulta fundamental hacer referencia a la construcción de los dispositivos sustitutivos y la importancia de estos a la hora de pensar en la inclusión comunitaria de personas usuarias del servicio de salud mental. Para hablar de dispositivo nos valemos fundamentalmente de aportes de Michel Foucault, quien entiende el concepto como un conjunto heterogéneo conformado por discursos, instituciones, leyes, enunciados escritos, proposiciones filosóficas, decisiones reglamentarias, medidas administrativas, disposiciones arquitectónicas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho (Foucault, 1977).

El concepto de sustitutivo se refiere a que han sido ideados como instancias cuya función se dirige a reemplazar las prácticas y lógicas características de la institución manicomial por otra basada en los derechos humanos y anclada en la comunidad.

### **Fundamentación:**

En el campo de la salud mental, el manicomio es leído como la institucionalidad hegemónica que ha generado la pérdida de identidad, de la libre elección de las personas internadas/encerradas en instituciones totales. Esto genera, no sólo un proceso de pérdida de la condición de sujeto (su transformación en objeto), y por esto mismo de su condición humana, sino también la de ciudadanx, lo cual se constituye en obstáculo al momento de acceder a sus derechos y vivir en comunidad (CELS, 2008).

Ante la pérdida de esa singularidad, se considera que es necesario analizar otros abordajes posibles. Ponderar que hay diversos modos de hacerlo, que exceden las

instancias del consultorio y las entrevistas individuales, como lo son los espacios grupales. Cuestionar las lógicas que imprimen las instituciones totales forma parte de la dimensión ético-política del trabajo social como disciplina que hace a las incumbencias de la misma.

En lo específico del campo, estimamos que esta reflexión puede abonar al desarrollo de proyectos terapéuticos singulares y colectivos que permitan generar medios/estrategias que posibiliten por un lado una mayor participación de lxs sujetxs afectadxs, y por otro una efectiva inclusión social, cultural y comunitaria de lxs mismxs. Es decir, propiciar restituciones subjetivas y sociales.

Finalmente, adherimos a las palabras de Noelia Sierra, quien parafrasea a Ulloa (1995) y afirma que “nos referimos a construir escenarios cuidadosos para organizar un sujeto esperanzadamente deseante, otorgándole posibilidades de fortalecer lazos sociales, de anudar proyectos personales o colectivos y de tramar junto a otros” (Sierra, 2016, p.39).

### **Objetivos:**

*General:* Indagar sobre el lugar de la singularidad de lxs sujetxs usuarixs en el tránsito por el dispositivo sustitutivo productivo Hilos enredados.

### *Específicos:*

1. Analizar el valor de las historias singulares de las personas a la hora de pensar las intervenciones.
2. Indagar en la vinculación del deseo, la identidad y la propia historia con el trabajo en el dispositivo Hilos Enredados.
3. Analizar la potencia de la conformación de espacios que posibiliten el fortalecimiento de lazos sociales y el acceso a derechos.

### **Encuadre metodológico y capitulado:**

Así la propuesta se basa en una investigación cualitativa, tomando insumos desde un enfoque biográfico (Freidin, 2004), a modo de activar el sonido y hacer lugar a la voz

de lxs sujetxs haciendo foco en los “procesos” que dan forma a los cursos de vida. Por lo tanto, desde el enfoque biográfico se propone analizar las experiencias de las personas que participan en la actualidad (año 2024/25) en el Dispositivo Hilos, sus propias vivencias y saberes tal como ellxs lo procesan e interpretan.

Para ello las técnicas a utilizar serán entrevistas semi- estructuradas (4) a personas que asisten al mencionado dispositivo, observaciones, y registros como fuentes de primera mano.

Las integrantes de Hilos con las que hemos dialogado son mujeres cuya edad ronda entre los cuarenta (40) y sesenta y cinco (65) años las cuales se referencian a efectores de salud pública, y sostienen un tratamiento ambulatorio en salud mental. Previamente todas ellas han pasado por períodos de internación en instituciones monovalentes de las ciudades de Rosario y Oliveros, provincia de Santa Fe.

Para el desarrollo de este TIF, además, apelaremos a la búsqueda de antecedentes de investigaciones, una lectura crítica de bibliografía específica para articular con los emergentes del trabajo de campo obtenido en las entrevistas y registros escritos de las trayectorias, tanto singulares como grupales que han sido elaboradas durante los últimos tres años de funcionamiento del dispositivo propuesto.

La presente investigación se organiza en tres (3) capítulos. En el primero, haremos referencia al campo a través de una breve historización, incluyendo el análisis de conceptos y categorías pertinentes así como también los movimientos de fuerzas en lucha que hacen a su construcción. Se incluyen en este apartado, legislaciones y documentos internacionales.

En el segundo capítulo, ubicamos cómo fue el surgimiento del paradigma sustitutivo, las diferentes miradas y cómo, a lo largo de la historia del campo, se vinculan con las categorías de salud, terapia y trabajo. Además, realizamos un breve recorrido por las experiencias sustitutivas que se registran en la provincia de Santa Fe, entre ellas la de Hilos, indagando qué lugar ocupan dentro las políticas públicas.

El tercer capítulo incluye la recuperación y análisis del contenido de las entrevistas realizadas a las mujeres que son parte del dispositivo actualmente, y

aceptaron hacerlo. Los ejes/categorías en los que haremos foco, teniendo presente la dinámica del dispositivo y el objetivo del trabajo, se refieren al lugar de la singularidad de las participantes, a lo vincular y lo laboral.

Finalmente a modo de cierre se presentan reflexiones finales continuando con interrogantes y desafíos abiertos posibles en el campo.

## CAPÍTULO I

### **Breve recorrido histórico del campo: conceptos, categorías, modos de tratamiento.**

#### **Paradigmas en pugna**

#### **Algunos elementos del proceso de construcción del campo de la Salud Mental: terminología y cosmovisiones**

El campo de la salud mental ha sido objeto de lucha y construcción de diferentes paradigmas. Consideramos fundamental, a los fines de este trabajo, poder indagar en algunas categorías centrales que estructuran y dan sentido a la praxis cotidiana.

En este punto, resulta necesario hacer referencia a los diversos actores, sus intereses y argumentos puestos en juego, los cuales dieron cuerpo a los acontecimientos, a la vez que reconstruyeron algunos movimientos del campo. Retomando así la idea de Stolkiner (2013) quien introduce la idea de que la salud mental se halla enmarcada en el campo de la medicina social/salud colectiva y comunitaria y en los derechos humanos. Introduce la categoría de “sufrimiento psíquico” en contraposición a la terminología propia del paradigma médico hegemónico que utiliza denominaciones tales como “enfermedades mentales” o “trastornos”, para referirse a este tipo de padecimiento subjetivo.

Si optamos por la categoría “sufrimiento psíquico”, dejamos de centrarnos de manera exclusiva en las llamadas “enfermedades mentales” para indagar en las diversas maneras en que el dolor forma parte de los procesos vitales y en los efectos que pueden derivar si se reducen los abordajes al ámbito de la psicopatología (Stolkiner, 2013). En esta línea de pensamiento es que la autora ubica el concepto de salud mental incorporando la idea de proceso, es decir, ya no estaríamos hablando de un estado, ni de cuestiones dicotómicas, causalistas ni dualistas (salud-enfermedad; individual-social; biológico-mental) sino de incluir la posibilidad de movimiento, actividad, y transformación, desvinculando el concepto de lo estático, lo pasivo y lo inmodificable.

Esta idea de salud mental queda plasmada en la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) cita en el capítulo dos, ARTÍCULO 3°:

- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso. b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona. c) Elección o identidad sexual. d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.”

Y amplía en el ARTÍCULO 5º lo siguiente “- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

En este marco, cabe citar a Paulo Amarante (2007), referente brasilero, quien considera el campo de la salud mental y de la atención psicosocial como “un proceso complejo que debe recuperar la condición de ciudadanía y de sujeto de derecho de las personas que han sido atrapadas en los dispositivos manicomiales” (p.11). Más aún, dicho autor nos invita a pensar este campo como polisémico, lo que dificulta su delimitación, al mismo tiempo que plantea una imposibilidad de reducirlo al estudio y abordaje de las enfermedades mentales. Es así que postula la necesidad de pensarlo en términos de complejidad, simultaneidad, transversalidad de saberes, de construccionismo, de flexibilidad (Spink, 2004 en Amarante, 2007).

Entendiendo que no es posible separar el pensamiento de las condiciones en que se produce y por ende, dentro de ello, tampoco escindir de sujetos y movimientos o fuerzas sociales, es que proponemos un breve recorrido histórico por el campo de la salud mental.

### **El desarrollo del modelo asilar**

Comenzaremos este apartado caracterizando las lógicas que regían las prácticas en los abordajes de la salud mental, observar cómo durante estos siglos se van consolidando y difundiendo, en Occidente, diversas modalidades de tratamiento que se basaban en la coerción y el aislamiento de los sujetos. La condición que los reunía se basaba en su condición de excluidos (Foucault, 2021), en esta categoría se incluía a mendigos, vagabundos, personas sin trabajo, prostitutas, locos, alcohólicos, etc, lo cual generaba mayor protección pero a cambio de menor visibilidad social (de Lellis, M. 2018).

Desde esta perspectiva podemos observar cómo prácticas de encierro y reclusión reforzaban y reproducían estigmas y prejuicios, manipulando, de algún modo, al sujeto sin posibilidades de cuestionamientos. Una protección aparente, que acababa en el aislamiento y deterioro de quienes representaban un escollo para el resto de la sociedad. Fueron emergiendo instituciones cuya modalidad principal de intervención era el encierro. Estas, comulgaban con valores tales como la caridad y la beneficencia, precediendo a lo que luego se conforman como instituciones especializadas de encierro terapéutico (de Lellis, 2018).

Como emblemas de esta institucionalidad surgieron e las “colonias de alienados”, las cuales desarrollaron un vínculo particular con la idea de trabajo. Se trató de la vinculación entre parientes de las personas diagnosticadas en estado de locura, que residían lejos de ellos, y aldeanos a los cuales estos familiares les pagaban por cuidar de ellas. La comunidad fue acogiendo a lxs alienadxs “...que, para sorpresa de los alienistas, pasaron a trabajar con hoces y palas y a recuperarse...” (Amarante, 2007:41). Así comenzó a tomar fuerza la idea de que esa recuperación había sido posible gracias al trabajo terapéutico.

Estas colonias fueron instituciones que se replicaron en zonas rurales abocadas al trabajo agrícola. Allí lxs alienadxs encontraban su lugar de residencia, de cuidado y permanecían bajo ciertas reglas que lxs sometían a lo que se denominó trabajo terapéutico. Este tipo de actividad podríamos pensarlas bajo la idea de “trabajo forzado

en las instituciones de encierro que conjugó la idea de redención por el trabajo con la condena moral de base calvinista, acerca de la ociosidad “ (de Lellis, 2018:9).

El tipo de lógica que aparece en esta época resulta, quizá, posible de entender si postulamos como las representaciones cobran protagonismo en el ámbito social, y como éstas nos configuran en roles e identidades, vinculadas a la vez a representaciones de género, clase, edad, etc:

(...) se trata de un conocimiento práctico. Al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la construcción social de nuestra realidad (Jodelet, 1984:473).

Previa existencia de los hospitales psiquiátricos, según de Lellis (2018), las personas con necesidad de tratar la locura, quedaban a cargo de las redes domésticas de cuidado, es decir de los vínculos de filiación, los de mayor cercanía. Según el grado de “peligrosidad” se les dejaba vagar o recluía en las mencionadas instituciones que fueron emergiendo como uno de los modos de abordar los problemas socio-sanitarios que iban aconteciendo.

A mediados del siglo XIX, debido al aumento de la racionalización y medicalización referidas a la asistencia, se consolida una modalidad institucionalizada, protagónica, para dar respuesta al problema que representaba la locura, modalidad que se encarna en lo que llamamos hospicio.

Surgidos en Francia como respuesta a las necesidades de aislar a quienes se juzgaba una amenaza para el orden social y en un contexto de fuerte disciplinamiento propio del período pre y post revolucionario, se irán constituyendo institucionalmente los Asilos u Hospicios de Alienados como una herramienta asistencial específica para el tratamiento del padecimiento mental<sup>2</sup>. De esta manera puede inferirse que las prácticas basadas en el encierro institucional, denunciadas por las condiciones de extrema crueldad y degradación de la condición humana que allí se producían resultaron una de las tantas

---

<sup>2</sup> Este concepto corresponde a una perspectiva que, hasta el momento, no estaba constituida. Analógicamente se utilizaba el término enfermedad mental, propio del paradigma médico hegemónico. Más adelante se sitúa el motivo de la introducción de otros modos de nombrar, que ubican a las personas con este tipo de necesidades de atención en un lugar diferente.

modalidades de intervención ante los problemas sociales y sanitarios emergentes (de Lellis, 2018:4).

En este momento histórico, cabe destacar los aportes realizados por uno de los médicos alienistas más reconocidos de la época, Philippe Pinel, localizado en Francia, quien introdujo otros modos de abordar a las personas afectadas en su salud mental. Como ejemplo de esos aportes se registra que las prácticas ya no se orientaban exclusivamente a lo orgánico, abriendo más lugar al psiquismo, a través de la observación y sistematización de las conductas. Por otro lado, marcaron una importante diferencia al posicionarse en contra de los maltratos y humillaciones, acciones que eran muy habituales en las terapias aplicadas hasta entonces.

El escenario comenzó a teñirse con los aires de la Revolución Francesa, circunstancia crucial para pensar las transformaciones económicas, sociales y políticas que resultaron claves para el área de la medicina y el campo de la salud, y particularmente para la historia de la psiquiatría y de la locura (Amarante, 2007).

La lectura hasta este momento, radica en la existencia de movimientos referidos a las lógicas de abordaje, siendo estas menos deshumanizadas, brindando a la vez cierta protección y cuidado. Sin embargo, las instituciones permanecían aisladas de las urbes, en colonias, mencionadas en párrafos anteriores, dónde se fomentaban variadas actividades vinculadas a lo laboral y educativo. Por lo tanto, podríamos decir que la idea de exclusión seguía presente, primaba una función más de tipo residencial o custodial que terapéutica, los tratamientos morales, y la idea de trabajar la autonomía de las personas, el sujeto como centralidad y su historia no aparece como objetivo principal en los tratamientos.

Es posible afirmar, entonces, que las instituciones asilares desempeñaban una función de carácter tutelar, asociadas al control del orden social. No resulta casual que se hallaban alejadas de las ciudades, ubicadas generalmente en zonas rurales. De esta manera mantenían a las personas residentes alejadas de situaciones que pudieran resultar perturbadoras, agitadoras y peligrosas para la tan deseada paz social.

Este escenario propició que la especialización médica se desarrolle de manera hegemónica en el campo y abonando al proceso de fortalecimiento de cierta

institucionalidad específica, gracias a sus fundamentos técnicos que sustentaron la instalación de nuevos asilos “...y porque facilitaron la constitución del enfermo y/o el discapacitado mental como sujeto del campo científico y no simplemente moral” (de Lellis, 2018: 8).

El concepto de enfermedad mental fue acuñado y consolidado con la creciente hegemonía de la medicina. Representantes pioneros de la neurología y la psiquiatría, portadores de legitimidad científica, resultaron de gran influencia introduciendo una importante cantidad de clasificaciones de síndromes con características específicas. Lo cual decantó en sistemas clasificatorios que rápidamente fueron incluidos en las modalidades de tratamiento, marcando así, una huella que perduró y perdura en el tiempo.

Pinel, a través de sus prácticas e investigaciones, consolidó el concepto de alienación mental, diferente al de enfermedad. Creemos que es menester la diferenciación de los mencionados conceptos, ya que el significado se asocia directamente con las representaciones y por ende los modos de intervención. De esta manera la alienación se define como un disturbio en el ámbito de las pasiones, afectando al individuo en su percepción de la realidad, también se habla de alguien “de afuera”, de estar fuera de la realidad, fuera de sí, del control de sus propias voluntades y deseos. Es así que esta condición de alteridad sería un potencial peligro para la sociedad, por perderse la capacidad de discernimiento entre el error y la realidad. Por lo tanto quien ingresara, según sus características, bajo esta categoría se lo asociaba con la idea de peligrosidad (Amarante, 2007). Tal es así que dentro de las funciones terapéuticas, el binomio seguridad/peligrosidad adquiere un rol destacado.

Podríamos decir entonces que, en una época en la que se pregonaba la estabilidad o también llamada “paz social”, el apelativo de peligrosidad representaba una amenaza al mencionado objetivo. En esta línea, todo sujeto que no se hallara dentro de los cánones consensuados socialmente como “normales”, una de las intervenciones posibles era mediante el aislamiento. No obstante, este ser “anormal”, era portador de una enfermedad considerada incurable y de un estado inmodificable ¿Qué otro destino podría encontrar un sujeto catalogado como loco?

Por lo tanto, a las personas consideradas peligrosas, se las excluía y encerraba, situación que fue decantando en el surgimiento de los hospitales monovalentes, o psiquiátricos o instituciones totales, como las definió Goffman quien, desde su mirada, cuestionaba las prácticas individualizadas y organicistas propias de la psiquiatría hegemónica. El autor las denomina de este modo al concebirlas como lugares en los que el paciente internado experimentaba una pérdida de control y la posibilidad de interactuar con sus redes sociales externas. Modalidades que conducían a una disolución de la individualidad del sujeto y a la incapacidad para adquirir hábitos que corrientemente son requeridos en la sociedad general (Goffman, 1961 en Guerineau. J y Matusevich, 2022).

Este proceso, de la mano del enfoque pineliano y las concepciones filantrópicas, afianzó modos de atención que permanecieron sin ser cuestionados en una vasta cantidad de países. Además de representar una respuesta efectiva, de aparente mejora de la salud de los sujetos, revestida de un “bien” para el paciente pero, que al mismo tiempo no contemplaba lo que ello significaba para este.

### **Críticas, rupturas y reformas**

El campo de la salud mental se ha ido constituyendo a lo largo de la historia en devenir de acontecimientos, críticas, teorías, conflictos e intereses que fueron modificando el campo. Se observan cuestionamientos, el desvanecimiento de verdades absolutas y ni un saber positivo, neutro e incuestionable. Diversas cosmovisiones fueron permeando y estructurando las maneras de pensar a los sujetos, las prácticas y políticas llevadas adelante en las instituciones.

Podemos afirmar que durante el siglo XX, emergieron fuertes cuestionamientos a las lógicas encarnadas por el hospital psiquiátrico a escala internacional. Surgieron lecturas críticas al visible arrasamiento de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, así denominadas en ese momento histórico.

Algunos acontecimientos cruciales, como lo son las experiencias de las dos Guerras Mundiales generaron que las sociedades reflexionaran acerca de la condición humana, sobre valores como la solidaridad y el fenómeno de la crueldad. Estas

circunstancias crearon las condiciones históricas propicias que inauguraron un momento transformador en el campo de la psiquiátrica (Amarante, 2007).

En este contexto la atención se enfocó hacia los hospicios, quedando en evidencia las condiciones inhumanas en las que lxs internadxs pasaban sus días, resultando comparables a las vividas en los campos de concentración. Este dato significó el comienzo de las reformas psiquiátricas.

Diversas experiencias impulsaron los movimientos de reforma, sin embargo algunas han calado e influenciado de manera más profunda en las miradas contemporáneas. Para introducirnos en su análisis es posible realizar la distinción de tres grupos.

En primer lugar ubicamos a un grupo integrado por la Comunidad Terapéutica y por la Psicoterapia Institucional, quienes compartían la necesidad de transformar el hospital en una institución terapéutica. Por aquellos tiempos de posguerra el registro de los daños psicológicos, sociales y físicos se tradujo en una enorme población urgida de atención, cuidados, y excedía la cantidad de profesionales disponible. Este panorama llevó a los profesionales del Monthfield Hospital de Inglaterra, a pensar en utilizar el potencial de los propios pacientes, lo cual resultaba innovador para la época. Así los modos de abordaje se traducen en reuniones y asambleas donde se discutían y compartían dificultades, proyectos, propuestas de trabajo donde se involucraron pacientes y empleados. Según Jorge Rosen, es en este contexto surge la expresión “psicosocial”, la cual hace referencia al vínculo entre las transformaciones sociales y el psiquismo (Amarante, 2007).

La mencionada experiencia fue representada por Maxwell Jones, a finales de la década del cincuenta, quien le imprimió mayor dinamismo y sistematización. Su objetivo era generar un espacio de democratización y horizontalización de la relaciones, ello implicaba una organización social igualitaria dejando de lado las jerarquías.

Otra de las experiencias alternativas de transformación fue la denominada Psicoterapia Institucional desarrollada en Francia en 1944 y cuyo referente fue François Tosquelles. Este autor observó que la situación económica y social vivida por la población, agravada por las ocupaciones de ejércitos nazis, era devastadora. Fue así que

concluyó en la necesidad de recuperar y reinventar la función terapéutica de la psiquiatría. Para lo cual propuso, entre otras cosas, ampliar las referencias teóricas, ponderar el trabajo en equipo y la institución, a fines de constituir un soporte que aloje a las personas allí internadas (Amarante, 2007).

Esta experiencia fue desarrollada en el hospital de Saint-Alban, donde el trabajo terapéutico se basaba en ofrecer actividades que involucraron a lxs pacientes desde la participación y toma de responsabilidades. Aquí se interactuaban técnicxs e internxs, organizando encuentros, fiestas, ferias de productos allí elaborados, etc. En este proceso es posible identificar un rasgo común con la Comunidad Terapéutica ya que el fin era luchar y cuestionar la verticalidad y violencia institucional.

Hasta aquí se mencionan dos experiencias que conforman parte de un mismo grupo. La siguiente es conocida como Psiquiatría Preventiva, surge en Estados Unidos y también se la denominó Salud Mental Comunitaria. Su mayor exponente fue Gerald Caplan (Amarante, 2007).

Como dijimos anteriormente, no es posible analizar los procesos desconectados de sus contextos. Por lo tanto, resulta imprescindible hacer referencia a que la Psiquiatría Preventiva se inicia en un periodo teñido por los efectos de la Guerra de Vietnam, y otras cuestiones sociales como el aumento de juventudes dañadas por el consumo de drogas, el movimiento Black Power (ciudadanxs afroamericanxs en la lucha por sus derechos), etc. Estas situaciones, consideradas problemáticas sociales y políticas de gran magnitud, exigieron una respuesta estatal. Así, la atención de la salud mental fue una prioridad para el gobierno de Estados Unidos a cargo de Kennedy, en 1963.

Una de las propuestas innovadoras pensada con el objetivo de prevenir y disminuir las internaciones y recaídas, consistió en el trabajo por fuera del manicomio, es decir, continuar con estrategias externas luego de las altas. Para ello se crearon Centros de Salud Mental ubicados en las distintas regiones según la densidad poblacional de cada una. La implementación de estos Centros regionales permitían que, el mismo equipo realizara el acompañamiento terapéutico, lxs pacientes estuvieran cerca de sus afectos, de los lugares ya conocidos, y consecuentemente organizar actividades en torno a ello. Por otro lado, cabe destacar que se establece el abordaje del trabajo en equipo, como dato

relevante. Esto se traduce en que la tarea ya no sería de la órbita exclusiva del médico, sino que todos de los profesionales intervinientes (enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, etc.) poseen palabra autorizada en el diseño, dirección y acompañamiento de los tratamientos. En palabras de Paulo Amarante estos actores toman “un nuevo protagonismo en el contexto de las políticas en salud mental” (2007:48).

Durante el transcurso de esta experiencia se desarrollaron dos conceptos fundamentales provenientes de la sociología que caracterizan los modos de intervención: crisis y desviación. El primero, directamente relacionado con las nociones de adaptación y desadaptación social, y que según Amarante (2007), gracias a este concepto “(...) la Psiquiatría Preventiva asumió la característica de propuesta de salud mental comunitaria, y que se generaron estrategias de trabajo *de base comunitaria* (...)” (Amarante, 2007:51). El segundo, también basado en la adaptación -o no- a las normas socialmente establecidas, lo cual se traducía en anormalidad o pre patológico.

En este momento es que aparece el concepto de *desinstitucionalización*<sup>3</sup>, que aún sigue vigente. De este concepto nos interesa destacar el objetivo de reducir las internaciones como único recurso de tratamiento de la salud mental, a través de medidas de *deshospitalización*, creando dispositivos alternativos externos al hospital psiquiátrico para alojar las situaciones, como parte de nuevos modos de atención con anclaje territorial.

Para finalizar este recorrido por las experiencias de reforma psiquiátrica, haremos mención a otro grupo, cuyos representantes tomaron aspectos de experiencias anteriores, cuestionando fuertemente algunos y reformulando otros. El paradigma de la Antipsiquiatría surge en Inglaterra a fines de los años cincuenta, con auge en la década del '60, sus fundadores fueron David Cooper y Ronald Laing. Ambos expresaron una crítica radical a los tratamientos tradicionales y a la patologización de la diferencia, partiendo de la premisa de que “la enfermedad mental sólo puede entenderse desde su raíz social” (Cooper, 1986:2 en Guirado y Gil, 2021).

La tesis de Cooper y Laing resulta, en cierto modo, provocadora para la época, ellos comenzaron a ubicar que a los considerados locos, se los oprimía y victimizaba, no

---

<sup>3</sup> Este concepto, si bien emerge en el ámbito de la Psiquiatría Preventiva, posteriormente, ha sido tomado por diferentes líneas de pensamiento ampliando su significado.

únicamente en sus estadias institucionales sino también en su entorno. Tal es así que el foco estaba puesto en las relaciones sociales del individuo con la sociedad, y por ello la marcada crítica a la psiquiatría hegemónica, infiriendo que “(...) a su marco teórico-conceptual, al adoptar el mismo modelo de conocimiento de las ciencias naturales, producía un enorme equívoco metodológico (...)” (Amarante, 2007:53). Esta postura se diferencia bastante de lo que Caplan (Psiquiatría Preventiva) planteaba acerca de la idea de locura como historia natural de la enfermedad, traduciéndose en una caza de potenciales enfermos. Por otro lado tampoco acuerda con la medicalización del desorden social. En consonancia con esta lectura emerge también la idea de que las instituciones manicomiales eran reproductoras de opresión y conductas patologizantes.

Retomando el concepto de desinstitucionalización, es posible afirmar que, a partir de estas nuevas corrientes de pensamiento y producción de conocimiento, adquiere una dimensión más compleja que la simple deshospitalización propuesta por los modelos estadounidenses.

En este marco conceptual es importante situar la referencia a Franco Basaglia, quien en los años sesenta desde el hospital psiquiátrico de Trieste, Italia, junto a Antonio Slavich y otros jóvenes psiquiatras, impulsa la experiencia conocida como Psiquiatría Democrática (Amarante, 2007), la misma se constituyó en uno de los procesos de reforma más relevantes. De este modo, comenzó un proceso de desinstitucionalización, en el cual no se pretendía sólo el cierre o vaciamiento del manicomio, sino que “es un trabajo práctico de transformación que desarticula la solución institucional existente para desmontar (y remontar) el problema” (Rotelli, 2014:33).

Cuando comienza la experiencia, Basaglia, toma rasgos de los movimientos anteriores, tanto de la Comunidad Terapéutica como de la Psicoterapia institucional. Pero pasaron los años y comprobó que no bastaban medidas administrativas ni de humanización. El contacto con pensamientos como los de Goffman y Foucault, abonó a su trabajo, a poder elaborar una matriz de pensamiento e implementar una práctica muy diferente a las que antecedieron, a partir de registrar que el hospicio era mucho más que una estructura edilicia. En dicho proceso evidenció que su esencia era todo lo que albergaba, producía y reproducía de manera sistemática, es decir, un conjunto de saberes

y prácticas, científicas, legislativas y jurídicas, entramadas en un sitio de aislamiento que segrega y patologiza la vida humana (Amarante, 2007).

En la década de 1970, la experiencia de Trieste se intensificó. Basaglia propuso la construcción del manicomio, transformaciones radicales en el campo de la psiquiatría contemporánea y así resultó una gran inspiración para el resto del mundo.

Concretamente se procedió a cerrar salas y pabellones, y en simultáneo se crearon servicios y dispositivos sustitutivos al manicomio, anclados en la comunidad, como Centros de Salud Mental regionalizados con base territorial. A la vez que se propiciaban estrategias que posibilitaron la inclusión real social, a través del trabajo, de la constitución de cooperativas, de viviendas para quienes al salir puedan habitar y desarrollar sus actividades en la misma ciudad (Amarante, 2007).

Al fallecer Franco Basaglia en 1980, Franco Rotelli fue asignado para su reemplazo continuando con la misión de deconstruir las lógicas manicomiales y enriqueciendo aún más el trabajo emprendido por Basaglia en el norte de Italia.

De este modo es que fueron surgiendo, en Europa y Estados Unidos, diferentes movimientos que luchaban por una reforma cuyo motor era el cierre de las instituciones psiquiátricas, proponiendo un tipo de abordaje basado en lo comunitario, en el lazo social y no en el encierro. Como efecto, podríamos afirmar que se produjo una fuerte ruptura con las teorías, las prácticas y las políticas de salud mental implementadas hasta el momento.

Este camino de transformación detallado en “Superar el Manicomio”, de Paulo Amarante, hace referencia a la emergencia de prácticas innovadoras que pretendían la sustitución del modelo asilar. Las mismas fueron constituyendo una forma clave de dar respuesta a los problemas de la salud mental desde un modelo basado en lo comunitario. Por lo tanto, podríamos decir que lo sustitutivo viene a proponer estrategias de abordaje que superen las lógicas manicomiales de exclusión, y a poner en juego la integración, la autonomía, y la reconstrucción de proyectos para una vida en comunidad.

*El entramado que allanó el camino: movimientos de reforma, legislación y documentos nacionales e internacionales*

En este apartado haremos referencia a los aspectos que han ido estructurando este complejo proceso en vías de la desmanicomialización, dando lugar a una vasta cantidad de experiencias, reformas judiciales, tratados y emergencia de nuevos actores sociales. Todo ello se ha constituido en insumo para el diseño e implementación de políticas sociales en materia de salud mental, tanto en América Latina como en nuestro país.

Si hablamos de reformas, resulta pertinente destacar la idea de su carácter procesual, donde se ponen en juego dos dimensiones que, como dice José Alberdi (2003), pueden definirse en términos gramscianos:

Una “estructural” y otra “coyuntural”. La primera “estructural”, de largo plazo, constituida por los arreglos históricos y las variables configuradoras que determinaron el propio campo psiquiátrico, y la segunda, “coyuntural”, la de corto plazo, constituida por los factores desencadenantes de la crisis o denuncia y/o reconversión del orden manicomial de la propia interacción de los distintos actores intervinientes en la formación de sus orientaciones de reforma (Alberdi, 2003:110).

Continuando la línea histórica, nos acercamos a experiencias latinoamericanas. Durante las décadas del '60 y '70 distintos movimientos de reforma en el campo de la salud mental generaron repercusiones, especialmente en Argentina y Brasil. Se desplegaron dispositivos y conceptualizaciones en sintonía con lo acontecido a nivel mundial, tales como Hospitales de día, Comunidades, tratamientos de salud mental en hospitales generales, etc. En nuestro país, de la mano de Enrique Pichón-Rivière se registró una de las experiencias pioneras: la “Experiencia Rosario” en el año 1958. Destacamos también las experiencias llevadas adelante por Goldenberg en el Servicio de Psicopatología del Policlínico Evita de Lanús (Carpintero y Vainer, 2018).

Este florecer de experiencias que venían a romper con las prácticas hegemónicas, y como todo proceso histórico, se vio atravesado por el contexto político de la época. Fue así que la dictadura cívico-militar acontecida en el año 1976 interrumpió el desarrollo de las transformaciones en Argentina, ya que numerosos profesionales, trabajadores de

diferentes áreas vinculadas, fueron perseguidxs, desaparecidxs, detenidxs y muchxs otrxs exiliadxs. Las voluntades políticas estatales apoyaban la continuidad del sistema manicomial (Carpintero y Vainer, 2018), predominó un modelo asilar, donde el encierro se daba de manera indiscriminada, se exsacervaron los métodos mas horribles de tortura y los lineamientos de intervención respondían a métodos conservadores, medicalizantes, dejando por fuera las ideas que propusieran lo contrario.

A partir de 1983, comienza el camino de retorno a la democracia, contexto que propició la reconstrucción de movimientos organizados en búsqueda de la conquista y recuperación de derechos. Es así que entre mediados de los años 80 y la década de los 90 varias provincias promovieron el inicio de una reforma legislativa en materia de salud mental. Dicha reforma pretendía la progresiva desinstitucionalización, entre otras cosas incluía la creación de dispositivos sustitutivos.

Las provincias Río Negro y Santa Fe fueron pioneras en la reforma de salud mental Argentina. Tal es así que nuestra provincia para fines de la década de 1980 va delineando nuevos modos de abordajes que en el transcurrir de esos años se sintetizan en la Ley Provincial N° 10.772 (1991):

(...) un nuevo abordaje epistemológico, metodológico y jurídico de asistencia pública al sufrimiento psíquico que se plasmó en la Ley Provincial N° 10.772 del año 1991. Estos criterios se apoyaron en las coordinadas propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud desde la segunda mitad del siglo XX, como la Declaración de Alma-Ata (1978), la Carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Caracas (1990), pronunciamientos que tienen como fundamento la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) de la Organización de las Naciones Unidas (Guirado y Gil, 2021).

Estos documentos proporcionaron un marco jurídico al cual nuestro país suscribió, sirviendo de base para la elaboración de leyes locales que expresan garantía a la existencia de servicios e instituciones según consensos internacionales, en torno a lineamientos comunes acerca del tratamiento de la salud mental.

En esta línea, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, marca la perspectiva en la cual anclan nuestras leyes, direccionando los modos de pensar y

abordar la salud mental. Nuestra Constitución Nacional del año 1994 incorpora los principios que dicho documento expresa, tal es así que numerosas políticas de Estado y leyes han sido pensadas en clave de Derechos Humanos.

Podemos inferir que su defensa, tanto en Argentina como en otros países de Latinoamérica, y a escala internacional, surge a modo de exigencia de memoria y denuncia por las experiencias de dictaduras y guerras mundiales en diversos países del mundo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, suscribe a los valores de igualdad, justicia y libertad, repudia todo trato tortuoso, cruel e inhumano y toda forma de discriminación basada en raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Reconoce el derecho a la vida, al trabajo, la propiedad individual o colectiva, a la nacionalidad y a la salud, a la libre opinión y expresión, a la seguridad social, entre otros.

La Declaración de Alma-Ata (1978), resulta de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Aquí se definió a la Atención Primaria de la Salud (APS) como una estrategia esencial para la meta de salud de toda la población, estableciendo un enfoque integral en la organización de los sistemas de salud en el mundo. Es así que sus principios y valores han guiado notoriamente las planificaciones de los mismos en vastas regiones del mundo. Los efectos de la APS han sido positivos sobre la reducción de la mortalidad, la morbilidad y las inequidades en materia de salud.

El aspecto a destacar es su enfoque en cuanto a la definición de salud<sup>4</sup>, tratándose de una mirada no biocentrista, sino integral. Incluyendo así aspectos como los determinantes sociales de la salud, e involucrando otros sectores (y actores) como la industria alimentaria, el sector de servicios públicos, comunicaciones, educación, vivienda, etc. y considerándola expresamente un derecho humano fundamental. Además

---

<sup>4</sup> “La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (OPS, inc. I, 1978).

de promover la participación activa de la comunidad, la atención cercana a los lugares de residencia de las personas, el trabajo intersectorial y la transversalidad de los saberes profesionales.

Estos puntos atañen, indefectiblemente, a la salud mental en su objetivo de suprimir la atención en hospitales monovalentes, en la regionalización de la misma y el establecimiento de lógicas de abordaje integrales en los tratamientos.

Otro de los documentos mencionados corresponde a la Carta de Ottawa, data del año 1986, luego de una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en la cual se busca arribar a un nuevo concepto de Salud Pública y establecer parámetros y modos de atención similares a los planteados en la Declaración de Alma-Ata. Establece la idea de pensar a la salud integralmente, la participación de múltiples y variados actores/sectores, promover la equidad en la calidad de la salud de las poblaciones, generando condiciones que favorezcan su promoción.

Por último, la Declaración de Caracas, del año 1990, comienza expresando que “las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud” (OPS, 1990) han identificado que la psiquiatría convencional en sus modos de atención no cumplen con los objetivos, esto se traduce en: “(...) con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva; 2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados” (OPS, 1990).

Se expresan así, una serie de puntos, muchos de los cuales coinciden con los documentos expuestos anteriormente, y otros amplían en cuestiones específicas del campo de la salud mental. En todo momento se hace referencia a los modos de atención comunitarios, a su integralidad, a la defensa de la dignidad, los derechos civiles y humanos de las personas.

Finalmente realiza una contundente petición:

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región (OPS, 1990).

Este análisis de los diferentes documentos, demuestran cómo los lineamientos de las leyes locales, tanto de la Ley Provincial de Río Negro 2.440, como la de nuestra provincia de Santa Fe Ley N° 10.772, sancionadas ambas en el año 1991, y la actual Ley Nacional 24.657 (2010) de salud mental, fueron discutidos en otras regiones del mundo. Constituyen fuertes antecedentes y son fruto de la confluencia de fuerzas de los diferentes movimientos previos, en Europa y Estados Unidos, que desde hace décadas han bregado por una salud mental con perspectiva de derechos.

En la carta abierta de la Ley 2.440 sancionada (1991) en Río Negro, expresa el gobernador en funciones, que la ley pretende legalizar lo que ya fue legitimado por las prácticas, el trabajo por parte de variados actores, no sólo vinculados a la salud. Todo ello tuvo como hito el cierre y reconversión del único Neuropsiquiátrico de la provincia en el año 1988. Esto implicó estrategias que redireccionaron la atención a hospitales generales, reestructurar y reubicar las fuerzas y recursos que fueran capaces de dar respuesta a las demandas de la región.

Otro aspecto a destacar es que:

La normativa además de reconocer derechos y cuestionar las formas de tratamientos, prevé Dispositivos Comunitarios, que remiten a la figura de los Centros de Atención Psicosocial y los Núcleos de Atención Psicosocial establecidos desde 1987 en algunos estados de Brasil tras los procesos de reforma y desmanicomialización del sistema de salud mental. En el caso de Río Negro se puede hablar de Casas de Medio Camino y Empresas Sociales (Maldonado - y Semprini , 2019:3).

Por otro lado, la Ley Provincial 10.772, ubica a la provincia de Santa Fe como otra de las pioneras , conjuntamente con la provincia de Río Negro, en sancionar una ley enfocada en los derechos humanos, en la desmanicomialización, y la

desinstitucionalización. En su contenido establece derechos y garantías de las personas con sufrimiento psíquico. Tales como que: las personas deben tener derecho a la atención, que esta debe ser interdisciplinaria, que menos restringen sus libertades, manteniendo cercanía de lazos afectivos y circuito cotidiano, a ser escuchadas e informadas, y al resguardo de su intimidad. Respecto de las condiciones de internación dice que este debe ser el un recurso sólo en el caso de que no exista otra opción, debe ser breve, orientada a la recuperación de la persona y podrá ser solicitada según las condiciones<sup>5</sup> por: el profesional en salud mental, el propio interesado o su representante legal, por autoridad judicial o por la autoridad policial.

Si bien esta ley, reglamentada en el año 2007, no plantea el cierre de la institución psiquiátrica, expresa lineamientos alternativos, como mencionamos en el párrafo anterior. Es decir, abordajes que se desarrollen en el ámbito de la comunidad, y ubicando al sujeto como poseedor de derechos y garantías. Del mismo modo que ya no se habla de paciente o enfermo, sino de un estado de padecimiento.

Cronológicamente, ubicamos la Ley Nacional N° 26.529 (2009), denominada ley de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. La misma marca un importante antecedente para la ley que nos rige actualmente respecto de los modos de atención y el lugar activo, portador de derechos y garantías de las personas referenciadas al sistema de salud público.

En el año 2010, es sancionada la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM, en adelante) en Argentina, N° 26.657. La letra de la mencionada Ley, establece vinculaciones que transforman profundamente los modos de atención entre las personas con padecimiento subjetivo y el Estado. Tal es así que el eje que la atraviesa es el de los derechos humanos, promoviendo la integración socio-comunitaria. Todo ello en clara sintonía con las dos leyes provinciales sancionadas casi veinte años antes.

Esta ley deroga otra del año 1983, que resulta importante mencionar por el modo de nombrar al sujeto protagonista: “personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos”. Conceptos que fueron modificados en la LNSM (2010), producto de varios años de debates dados a lo largo y ancho del país en universidades,

---

<sup>5</sup> Ver anexo. En los artículos 4, 5, 6, 7 y 8 de la Ley 2.440, se encuentran detalladas.

instituciones de salud, colectivos de trabajdorxs y personas usuarias de los servicios de salud mental. Los mismos intentan introducir una mirada diferente al ubicar que la enfermedad y el padecimiento remiten a procesos diferentes, que es posible hablar de estados como algo posible de modificar. Al mismo tiempo rompen con la perspectiva meramente biomédica de la salud mental, entendiendo que existen, además, factores sociales y culturales que constituyen el padecimiento de las personas afectadas.

“La LNSM, junto con La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) y el Nuevo Código Civil y Comercial (2014), entre otras leyes, conforman un nuevo paradigma normativo, social y cultural” (Girado y Gil ,2021:7). En estos documentos podemos destacar algunos aspectos que nutren y refuerzan a la LNSM. Como ser el planteo de la evolución del concepto de discapacidad, reconociendo a lxs sujetxs la importancia de su participación en generar aportes para su bienestar, y la preocupación por el respeto y goce de sus derechos y garantías. Así también, el registro de incorporar la perspectiva de género a los proyectos que les incluyan, como parte de la protección de integridad.

Siguiendo con las reformas legislativas, el Nuevo Código Civil y Comercial contiene secciones referidas a las capacidades y regímenes de tutelaje, entre otras, estableciendo que “Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial” (Código Civil y Comercial, 2014:8). Por lo tanto, en caso de que se restrinja la capacidad jurídica de la persona, esta debe ser excepcional y evaluada interdisciplinariamente, debe garantizarse el acceso a la información, el derecho a participar del proceso judicial, y priorizarse los tratamientos terapéuticos menos restrictivos de sus libertades. También hace alusión a situaciones de internación, en ningún caso debe ser sin el consentimiento de la persona, sólo excepciones que específica, dejando claro la protección prioritaria de la misma. “Toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones” (Código Civil y Comercial, 2014:11).

Cabe citar a Leonardo Gorbacz al afirma que:

El cambio de paradigma que se promueve tampoco es ajeno a una serie de reestructuraciones que se han venido dando, a nivel normativo y práctico, en campos como las políticas de infancia o discapacidad, en las que el proceso de abandono de un abordaje tutelar y el establecimiento de un enfoque de derechos viene avanzando, aunque admitimos que aún resta mucho por hacer (Gorbacz, 2011:19).

Podríamos enunciar que estos marcos legales, colocan en el centro a las personas usuarias de los servicios de salud mental como sujetos de derechos, promocionando su autonomía, mediante intervenciones interdisciplinarias ampliadas, destinadas a la reconstrucción de vínculos sociales, laborales, familiares y afectivos. Lo cual nos enmarca en modelos de atención intersectoriales con base comunitaria capaces de garantizar el pleno ejercicio y respeto de sus derechos.

### **Emergencia de prácticas sustitutivas locales: obstáculos, avances y desafíos.**

Luego de revisar el marco normativo, expondremos hechos que constituyen antecedentes del movimiento de desmanicomialización en la provincia de Santa Fe. Específicamente realizamos un recorte basado en prácticas sustitutivas locales, a modo de historizar la experiencia desarrollada en la ciudad de Rosario.

A mediados de los '80, momento histórico de reconstrucción democrática, se gestaron las luchas que dieron origen a las leyes en defensa de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Del mismo modo, son las que fueron dando sustento y legitimidad a las prácticas vinculadas a tratamientos ambulatorios, a pensar en las internaciones como último recurso, y fundamentalmente a restituir los derechos que durante largo tiempo fueron arrasados, no sólo dentro de las instituciones de encierro, sino también por las lógicas en las cuales se basaban los abordajes.

Como antecedente, podemos ubicar que a mediados de los '80 en Santa Fe, en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Abelardo Irigoyen Freyre, más conocido como Colonia Psiquiátrica de Oliveros (en adelante CPO), las ideas de Basaglia fueron influenciando los discursos circulantes dentro de la institución. Entre los efectos, encontramos que un

grupo de trabajadores médicxs, psicólogxs, trabajadorxs sociales y abogadx, fundaron el “Comité de Admisión y Egreso”, un dispositivo que buscaba acotar el ingreso irrestricto de pacientes a la CPO, puntualmente por internaciones compulsivas. “El proyecto tenía como intencionalidad generar cierta ruptura con la lógica de encierro y con el ingreso indiscriminado de pacientes al hospital, quienes solamente eran evaluados por médicos de guardia y luego ingresaban a una sala” (Benassi, 2014:9).

En la misma tónica se aplicó el criterio de regionalización, en referencia a cuestiones médicas y gerontológicas, fueron parte del reglamento interno que intentaban aplicarse para evitar la superpoblación y que las personas puedan recibir atención en hospitales polivalentes. Como dice Benassi, “el acento estaba puesto en la pertinencia” (2014:10).

En el año 1996, el mismo grupo de trabajadores pugnó por ocupar la Dirección de la Colonia, siendo protagonistas de lo que fue denominada “Experiencia Oliveros”, impulsando así el proceso de sustitución manicomial que venía gestándose desde hacía décadas (Guirado y Gil, 2021).

Sin embargo, nuevamente lo acontecido en la década del '90, obturó las manifestaciones de avance en materia de salud mental. Los primeros intentos de disminuir las internaciones quedaron a mitad de camino. El proyecto neoliberal exigía recortes presupuestarios en todas las áreas del Estado. En este marco el proceso de desinstitucionalización se ve afectado, no obstante colectivos de trabajadores continuaron profundizando en este sentido.

Analizar las circunstancias en que el proceso de desinstitucionalización se ha ido desarrollando, implica considerar factores políticos, económicos y sociales que decantan en un paradigma de responsabilidad individual. Las consecuencias se traducen en el desgarramiento del tejido social, en un Estado que reduce la protección a lo mínimo, y achica las garantías en materia de derechos sociales.

Como resultado es posible afirmar una discontinuidad en las políticas, el registro de experiencias aisladas, y por ello la dispersión de los esfuerzos puestos al servicio (Alberdi, 2003).

En esta cronología resulta importante situar dos hechos, por un lado la crisis del año 2001, y por otro las inundaciones acontecidas en el año 2003, que según Rosendo y Faraone (2013) generaron la re fundación de la Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM, en adelante) en la provincia de Santa Fe. El aumento de la demanda de profesionales preparó el terreno para agendar la importancia de esta área.

En el año 2004, desde la DPSM se dio impulso al Programa de “Sustitución de lógicas manicomiales”, este modo de nombrarlo se desprende de la definición que habían dado lxs trabajadorxs a las prácticas que venían llevando adelante. Y fue en este momento que se remonta la idea de desinstitucionalización.

En sintonía con los hechos mencionados, señalamos en el año 2010 la creación de la Sala de Tránsito en la CPO, un dispositivo que pretendía:

“aliviar” la internación de las salas, pero no desde un lugar de camaradería de compañeros sino poniendo énfasis en la cuestión clínica: había una gran cantidad de pacientes que ingresaba a la institución y debido a las dificultades de abordajes en las salas permanecía en el hospital mucho más tiempo que el “necesario” (Benassi, 2014:16).

La creación de esta sala significó que las ideas plasmadas en prácticas sustitutivas, promovidas por lxs trabajadorxs de aquel colectivo, se transformen en una fuerza que desde abajo hacia arriba ha construido institucionalidad (instituyente), y que las leyes han venido a legitimar.

Las experiencias acontecidas dentro del hospital intentaban alinearse en lógicas que contemplaran, por ejemplo, la necesidad de que las internaciones no sean por tiempo indeterminado, que los padecimientos no sean medicalizados, que se promueva la integración socio-comunitaria, que las personas usuarias puedan ser informadas y así decidir sobre sus tratamientos conjuntamente con los equipos, que deben ser interdisciplinarios y siendo capaces de ejecutar estrategias complejas y singularizadas.

En consonancia, podríamos decir que tanto la ley 10.772 como la 26.657 establecen la importancia de aplicar dispositivos sustitutivos dentro y fuera de las instituciones, anclados en la comunidad, con fines productivos, educativos, laborales,

culturales y clínicos que formen parte de los abordajes que sostienen las prácticas en salud mental.

Con este espíritu es que emerge una de las estrategias fundamentales, para acompañar los proyectos terapéuticos de lxs sujetxs con sufrimiento psíquico. Surgen bajo el nombre de dispositivos, que basándonos en los aportes de Michel Foucault pueden ser entendidos como un conjunto heterogéneo conformado por discursos, instituciones, leyes, enunciados escritos, proposiciones filosóficas, decisiones reglamentarias, medidas administrativas, disposiciones arquitectónicas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho (Foucault, 1977).

El recorrido propuesto hasta aquí buscó dar cuenta de algunos de los virajes en los modos de abordaje de la salud mental, el cuestionamiento al encierro como estrategia, la puesta en valor del lxs sujetos y la creación de nuevos dispositivos institucionales. De este modo, en el capítulo siguiente profundizaremos el concepto de dispositivo y lo complementaremos con la idea de “sustitutivo”, entendiendo que remite a lo específico del campo. Ambas categorías son esenciales para el análisis de la experiencia de Hilos.

## CAPÍTULO II

### *Desmanicomializar: sustitución de lógicas y prácticas instituidas. Un desafío constante*

#### *El escenario de la transformación: tensiones entre paradigmas*

En el campo de la Salud Mental asistimos, tal como venimos exponiendo, a la convivencia de distintos paradigmas. Por lo tanto, en este apartado presentamos la conceptualización de cada uno y abordaremos cómo lo sustitutivo se constituye como aspecto destacado. Entendemos que la sustitución se torna una herramienta importante que hace a los objetivos de la transformación del manicomio, atendiendo a la perspectiva de derechos.

Para ello, consideramos necesario retomar la noción de Rotelli (1990) que hace referencia a cómo el modelo tutelar-asilar consideró y trató la enfermedad mental como un objeto natural, dejando relegado al sujeto en su experiencia. Dicho autor proponía romper con un aspecto teórico-conceptual propio de la psiquiatría hegemónica, que objetivó y cosificó al sujeto que padecía la enfermedad. Al respecto Amarante afirma que “...los sujetos estaban neutralizados, invisibles, opacos, reducidos a meros síntomas de una enfermedad abstracta ” (Amarante, 2007:67).

La emergencia de este nuevo paradigma, en contraposición al modelo asilar, ubica la atención en el sujeto, y lo que se intenta sustituir es el modo de concebirlo y, por lo tanto, de abordar la salud mental de las personas. Podríamos afirmar entonces que un dispositivo sustitutivo constituye una herramienta que, puesta en práctica, implica el reemplazo de elementos o estrategias en diferentes contextos.

En este apartado nos referiremos a las lógicas que comienzan a ser implementadas en el campo de la salud mental con el objetivo de disminuir la hegemonía de lo manicomial en las prácticas cotidianas. Es decir, el movimiento de desmanicomialización pretende integrar la atención de las situaciones de salud mental en hospitales generales y desplegar estrategias de atención en el ámbito comunitario.

En esta línea, referida a las instituciones monovalentes, Gorbacz señala que la Ley 26.657 propone su reestructuración hasta la sustitución definitiva por los dispositivos llamados alternativos, que son enumerados –de forma meramente enunciativa–: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, etc. De este modo, podemos decir que la existencia de estos dispositivos constituye uno de los ejes de la Ley (Gorbacz, 2011). El autor agrega:

Sin ellos, los equipos asistenciales quedan entre la espada y la pared, teniendo que elegir entre la internación en hospitales monovalentes y la nada, o no pudiendo hacer efectivo un alta de una internación por la ausencia de los dispositivos de apoyo –sanitarios, económicos, sociales– que muchas personas requieren (Gorbacz, 2011:23 ).

Por lo tanto, cuando se habla de la importancia de una política nacional de salud mental, la creación e implementación de estos dispositivos forma parte constitutiva del marco general que la sustenta.

### **Prácticas contrahegemónicas: primeros emergentes, evolución y construcciones actuales**

Existen antecedentes -en Colonias e instituciones asilares- de actividades vinculadas al trabajo y a modalidades consideradas alternativas, es decir, prácticas no contempladas por el modelo médico hegemónico, que mostraron efectos de mejoría en las personas, dando señales de recuperación. De este modo comenzó a tomar fuerza la idea de que esas actividades terapéuticas posibilitaban la recuperación de las personas (Amarante, 2007).

Los registros de aquellas colonias nos han llevado a pensar que la lógica de las propuestas respondían a un modo de intervención, ante el problema de la locura, que se corresponde con el modelo asilar. Ya que lxs sujetxs, si bien eran considerados aptos para desarrollo de una actividad laboral con otrxs que a la vez, no padecían de enfermedades mentales, permanecían bajo la imposición y condicionamientos de la institución. Entendemos que el objetivo, por las experiencias consultadas, se dirigía a la mejoría y/o cura de la enfermedad mental en términos biologicistas según los tratados de la

psiquiatría. Es decir, el foco continuaba puesto en la enfermedad y no en el sujeto, tal como afirma Amaranante en relación a este aspecto “Se ocuparon de las enfermedades y se olvidaron de los sujetos que quedaron como un fondo de pantalla de las mismas” (Amarante, 2007:66).

De esta manera, el concepto de *enfermedad mental* aparecía como el eje de las intervenciones. Por tal motivo, consideramos relevante hacer referencia al momento en que dicho concepto comienza a reemplazarse, reconociendo que reforzaba la centralidad en la enfermedad y la clasificación de las personas como enfermas mentales.

Asociamos que estas lógicas implementadas se orientaban más a lo que se denomina *ergoterapia* y no a generar condiciones y estatuto de trabajo, ni a propiciar autonomía en los sujetos. El concepto ergoterapia deriva del griego y significa “la utilización del trabajo como medio de sanación”. Como nos explican Guajardo y Zurita (1991), citados por Eberhard Aguirre y Torrico Mayolno (2013): “(...) no se trata de cualquier trabajo, sino de uno libre, personal, creativo y no alienante, donde lo importante no es el valor comercial del producto, sino el sentido que la actividad tiene para el paciente” (Eberhard Aguirre y Torrico Mayolno, 2013:49).

En tiempos más recientes, esto evolucionó hasta lo que conocemos como Terapia Ocupacional. Se trata de una profesión relativamente nueva en los países de Latinoamérica, no así en Estados Unidos y Canadá donde tiene más de cien años de desarrollo. Por tal motivo es que puede ser analizada desde diversas perspectivas (Morrison, 2021).

En sus orígenes, el objetivo era “(...) ayudar a las personas a través de la ocupación. Entendiendo ocupación como aquellas actividades que ayudan previniendo la enfermedad, o manteniendo/recuperando el estado de bienestar y salud” (Slagle, 1922 en Morrison, 2021:1). En lo contemporáneo, la Terapia Ocupacional podría ser presentada como una disciplina de doble pertenencia, del área de la salud y del área social. Su objetivo es acompañar a personas, grupos o comunidades en el desarrollo de actividades con propósito y significado en pos de abonar a su inclusión social y bienestar (Morrison, 2021).

El recorrido histórico nos permite ubicar un giro en la entidad que fue tomando la categoría trabajo en su vinculación a la salud mental, alejándose del valor que posibilita la *salvación* vía tarea forzada y observar que:

(...) el trabajo deja de ser una actividad terapéutica (pres-crita, orientada, protegida), o deja de ser una forma de simple ocupación del tiempo ocioso o, también, una forma de sometimiento y control institucional, para volverse una estrategia de ciudadanía y emancipación social (Amarante, 2007:91).

La importancia de reflexionar acerca de los conceptos citados radica, por un lado en evidenciar la posición desde la cual se llevan adelante los abordajes en salud mental, y por otro en poder ubicar los aspectos propios de cada dispositivo y comprender sus diferenciaciones.

Por lo tanto, distinguimos que las intervenciones se han ido pensando y ejecutando desde distintas ópticas. La mirada hacia el sujeto fue modificándose, en base a los conceptos trabajados que fueron complementándose con los de rehabilitación psicosocial y vulnerabilidad psicosocial. En esta línea Daniela Testa expresa que:

(...) se rota el eje de la enfermedad mental hacia el de la situación de vulnerabilidad psico-social, donde se interviene ya no para reducir o controlar la enfermedad, sino para crear un contexto real de vida que produzca salud, solidaridad y creatividad. Se incluye la problemática de los derechos humanos y su incidencia en la situación social y de salud (Testa, 2010:39).

Ubicamos en esta afirmación una mirada más amplia e integral que hace lugar a los sujetos más allá de su diagnóstico, que da cuenta de un padecimiento, pero que este no debería traducirse en una incapacidad permanente. Se hace presente la idea de movimiento en oposición a lo inmodificable, a poder abrir un abanico de factores posibles que afectan a los sujetos sin que lo central sea la enfermedad. Lo cual nos acerca a pensar abordajes que incluyan todos los aspectos necesarios para el desarrollo de un proyecto de vida y goce de sus derechos como ciudadanx.

Siguiendo los lineamientos planteados por Daniela Testa (2010), se entiende *rehabilitación psicosocial*: “como una práctica que aborda el sufrimiento psíquico como

la pérdida de la capacidad de generar sentido y con intermitencias entre los períodos de sufrimiento” (Testa, 2010:40). Retomamos también el concepto de *vulnerabilidad psicosocial* definido por Castel “como el grado de fragilidad psíquica que la persona sufre por haber sido desatendida en sus necesidades básicas” (Testa, 2010:40).

### **Trascender la mirada exclusivamente sanitaria. Apuestas sustitutivas en Santa**

#### **Fe**

Los dispositivos sustitutivos emergieron a medida que en el campo de la salud mental surgían preguntas acerca de los modos de llevar adelante los tratamientos y ponderando a las personas que lo necesitan. En este proceso aparecen nuevos conceptos y categorías. Podríamos pensar que los cambios respecto del concepto de enfermedad, trastorno o desorden mental, posibilitó la apertura de un nuevo capítulo, nuevos modos de atención.

Por lo tanto, hablar de sujetos con sufrimiento psíquico remite a una persona que sufre, en una experiencia vivida, una historia singular. Si apartamos la noción de enfermedad, nos sería posible un lugar de encuentro con el sujeto, con sus deseos, proyectos y afectos; poniéndolo en primera plana.

Esta amplitud propone otra idea de sujeto y, en consecuencia, otros modos de intervenir, dando origen a dispositivos estratégicos como lugares de acogimiento, de cuidado, y de intercambios sociales. Una manera de establecer que se trabaja con personas y no con enfermedades, propiciando espacios de sociabilidad y producción de subjetividades (Amarante, 2007).

Las propuestas comienzan a pensarse dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas, condición que dará lugar a pensar los efectos y potencialidades de cada dispositivo.

En el caso de la Provincia de Santa Fe, hay registros de experiencias de diversos dispositivos sustitutivos que hacen a la historia del movimiento de desmanicomialización. El espíritu de su creación podríamos decir que es acompañar los procesos de externación sustituyendo lógicas de encierro y medicalización. Cada una

reviste características diferentes, algunas se han pensado como espacios culturales, circunscritas a actividades recreativas y artísticas, otras vinculadas a lo habitacional o a lo productivo- laboral, como son los talleres de formación en oficios.

Dichas experiencias, han ido emergiendo a comienzos del 2000 previa sanción de la Ley 26.657, entre ellas podemos mencionar: casas de medio camino, o también nombradas viviendas compartidas. Las mismas son habitadas por personas que luego de un periodo de internación puedan vivir fuera de los hospitales. Quienes allí residen son acompañadxs en el cotidiano por equipos interdisciplinarios.

En lo referido a aspectos laborales, socio-productivos, culturales y artísticos, entre otros encontramos emprendimientos gastronómicos como “Emilianas”, de larga trayectoria ubicado en la ciudad de Santa Fe; “El Horno está para Bollos”, constituido en cooperativa de trabajo, en la ciudad de Rosario. En la misma localidad podemos citar el Centro de Producción e Intercambio “Pomelo en el Patio” donde se ofrecen una importante variedad de talleres en oficios y propuestas culturales; Centro Cultural “Gomecito”, abocado al encuentro y producciones culturales y artísticas; Centro Cultural “Nise”, ubicado en Oliveros, allí se llevan adelante talleres de oficios, actividades referidas a expresiones artísticas, educación física y elaboración de dulces y conservas. “Club 13”, funciona en un Centro de Salud de la ciudad de Rosario, a modo de club social y deportivo, propone un espacio de contención y acompañamiento terapéutico, a través de diferentes actividades lúdico-recreativas. En la zona centro de la misma también ubicamos al dispositivo “Café con Leche”, pensado como espacio de capacitación en diseño y técnicas de estampas, en serigrafía y sublimación textil. Este último espacio comparte algunos trabajos con “Hilos”, ya que al ser un taller de confección textil, constituido como unidad productiva, muchas veces requiere de servicios complementarios, como por ejemplo estampas. Además podemos mencionar el dispositivo “Tocadiscos”, pensado como espacio lúdico-terapéutico cuya herramienta principal es la música, estímulo y disparador para compartir emociones, vivencias, historias y recorridos de vida. Tocadiscos funciona de manera itinerante en Centros de Salud ubicados en diferentes zonas de la ciudad de Rosario.

Otro dispositivo de abordaje clínico, institucional y comunitario, es el “Centro Territorial de Salud Mental La Posta Norte”, cuyo objetivo es brindar una atención

integral e interdisciplinaria a personas en situaciones de crisis subjetivas y de consumos problemáticos.

La gran parte de estos dispositivos sustitutivos comenzaron como experiencias poco instituidas, con similares características: presupuestos magros y poco formales dentro de las carteras de los ministerios pertinentes. Esta precariedad resulta estar presente en lo estructural, abarca espacios físicos, insumos necesarios para su funcionamiento y mantenimiento, así como también los modos de contratación de quienes los sostienen.

En los últimos diez años, estos dispositivos fueron ganando institucionalidad, ya que se logró generar algunas resoluciones ministeriales (Ministerio de Salud de la Pcia. de Santa Fe), que enmarcan la existencia de varios espacios, asignándose partidas presupuestarias y formalizándose la situación de una parte de lxs trabajadorxs de los equipos que llevan adelante dicha práctica.

### **Trabajo y salud mental**

En el presente trabajo, teniendo en cuenta que el dispositivo a analizar (Hilos) es de índole productiva/socio-laboral, nos parece pertinente indagar en la noción de trabajo y cómo esta se vincula a los tratamientos de salud mental.

Surge así la pregunta ¿Cómo se sostienen, económica y emocionalmente, las personas luego de periodos extendidos de crisis subjetiva (larga internación o tratamiento ambulatorio)? Entendemos que en ese momento surge el problema de la no inclusión en el ámbito laboral (Suaya, 2010).

El trabajo ocupa un lugar muy importante en la vida de lxs sujtxs, hace a su identidad, liga a la realidad y le da sentido a su existencia. Al mismo tiempo genera sentimientos de pertenencia, promueve la creación de lazos sociales, posibilita la organización del tiempo, permite una planificación con objetivos y la idea de accionar en pos de ellos.

Por lo tanto, pensar el trabajo y su acceso como modo de intervención en salud mental, implica un cambio de paradigma, una forma de abordaje que ubica a lxs sujetxs como sujetx de derechos y no como objetos. Nos invita a pensar que trabajamos con personas portadoras de un saber, con potencia de ser productoras y reproductoras de su vida. Esta mirada, además, significa ajustar las prácticas por fuera de las instituciones vinculadas, recortando la dependencia exclusiva a lo asistencial. Tal como expresa Ana Esrequis, “Este cambio conlleva una ruptura epistemológica con el discurso médico biologicista, con la infinidad de prácticas médico psiquiátricas y de la industria farmacéutica, que ponen el eje de los tratamientos en salud mental en la medicalización” (Esrequis, 2020:72).

Por otro lado, este giro también coloca el foco sobre los prejuicios y los estigmas presentes hacia las personas con discapacidad psicosocial, vinculadas a sus aptitudes para el mundo del trabajo. Se pone en duda la posibilidad de sostener horarios establecidos, asumir responsabilidades, la interacción con otrxs y habilidades requeridas en general, construyendo de antemano una barrera de acceso a lo laboral.

Existen estándares nacionales e internacionales de derechos humanos que bregan por condiciones de igualdad para las personas con discapacidad a la hora de trabajar, al mismo tiempo “(...) indican que el ámbito laboral debe incorporar prácticas de accesibilidad, sistemas de apoyo y ajustes razonables, para que esa igualdad se materialice.” (CELS, 2015:72)

Ante las dificultades y obstáculos existentes -un mercado de trabajo excedido en explotación, precariedad y exigencias excesivas- el Estado aún no acompaña lo suficiente este proceso de inserción laboral. Es decir, se necesitan políticas públicas específicas, generar redes y articulaciones entre la multiplicidad de actores, para que el derecho a trabajar de las personas con padecimiento subjetivo resulte cada vez menos lejana.

Al respecto, un trabajo de investigación realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) afirma “El difícil regreso al ámbito laboral regular luego de

períodos largos de internación implica un compromiso activo del Estado y de las instituciones psiquiátricas para brindar apoyo durante ese proceso”<sup>6</sup> (CELS, 2015:73).

Este aspecto es uno de los tantos no saldados, ya que la única política pública destinada a la inclusión laboral de este colectivo, es la que según la Ley 22.431/1981 el Estado nacional debe reservar un cupo de 4% del total de su personal para personas con discapacidad. Sin embargo, además de ser un número limitado de puestos, no contempla específicamente a las personas con discapacidad psicosocial, tampoco a quienes se encuentran en procesos de externación (CELS, 2015).

Algunos testimonios recogidos de trabajadoras sociales de Talleres Protegidos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) dan cuenta de que las mayores dificultades, a la hora de incluir a las personas en el mercado de trabajo, residen en el estigma y los prejuicios asociados a la salud mental.

Por lo tanto, podríamos decir que hasta el año 2015 la inserción laboral de esta población específica no ha sido atendida por el Estado nacional ni por los Estados provinciales. Si bien existían planes para el fomento y desarrollo vinculado a espacios cooperativos, no eran dirigidos a personas externadas del monovalente “Las experiencias que terminan en esta modalidad productiva, suelen haber comenzado bajo el formato de talleres protegidos” (CELS, 2015:74).

La investigación del CELS señalada , otorga datos que evidencian cómo lo colectivo resulta el modo que mejor aloja a las poblaciones afectadas en su salud mental. Un trabajador expone:

Creo que la empresa social sería el mejor recurso, más que los talleres protegidos, que de por sí marcan un techo, una limitación. La empresa social da una

---

<sup>6</sup> El artículo 27 de la CPDP establece que los Estados Parte deben “alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo o retorno al mismo”. La “Recomendación sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas” de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) manifiesta que “la sociedad debería tener en cuenta la necesidad de adoptar medidas de apoyo especiales... a fin de permitir a las personas inválidas lograr y conservar un empleo adecuado y progresar profesionalmente”.

oportunidad de poder avanzar en querer perfeccionar lo que se hace, en sentir que el producto puede llegar a otros (CELS, 2015:77).

En esta línea, cabe destacar que en el año 2022 se presentó la Unidad de Vinculación de Cooperativas Sociales para el abordaje de la salud mental, la misma se define como una herramienta dispuesta a fortalecer el funcionamiento de estas entidades que incluyen a personas con problemáticas de salud mental y a la inclusión de personas con discapacidad psicosocial.

Dicha Unidad fue creada bajo resolución 1366/22 del Directorio del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), la misma fue elaborada en conjunto con la Red de Cooperativas Sociales<sup>7</sup>. En esta acción aparecen intenciones de construir políticas públicas donde incluir a lxs actorxs genuinos del sector, basadas en el cooperativismo y mutualismo. Uno de los objetivos de la Unidad según lo resuelto en el artículo 1° será :

- a) Trabajar en forma coordinada en el abordaje de problemáticas y elaboración de proyectos con las organizaciones, redes y federaciones que representan a las cooperativas sociales de salud mental. y b) Elaborar proyectos tendientes al dictado de legislación y de nuevas resoluciones destinadas a cooperativas sociales de trabajo y de prestación de servicios de salud mental (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, Resolución 1366/2022).

De este modo, podríamos decir que comenzó un camino de institucionalización del trabajo luego de muchos años de puja, debido a la organización de diferentes sectores y actores que lucharon en pos de la inclusión laboral de estas poblaciones relegadas. En esta instancia se logró que el Estado agende la problemática tomando en cuenta la necesidad de generar condiciones posibles que derriben las barreras de acceso a un proyecto de vida en comunidad para todxs lxs ciudadanxs.

---

<sup>7</sup> Red de Cooperativas Sociales conformada en el año 2017 por cooperativas y emprendimientos de integración socio-laboral de salud mental, universidades nacionales, asociaciones civiles, federaciones del sector del cooperativismo.

**Hilos Enredados, la experiencia. Historia, constitución y funcionamiento actual.**

El dispositivo sustitutivo Hilos surge en el año 2009, como respuesta a algunas problemáticas situadas en las modalidades de atención sostenidas en el hospital psiquiátrico, en un contexto político que posibilitó el surgimiento de experiencias enlazadas a procesos de desmanicomialización.

Este espacio comienza a funcionar en el Centro Cultural Gomecito, en ese momento ubicado dentro del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” (CRSM en adelante). En esa locación un grupo de personas usuarias internadas en el monovalente comienza a reunirse, instalando un lugar de encuentro, formación y creación. Las actividades se vinculaban a la confección textil, con miras en la producción de objetos para su comercialización.

El objetivo de Hilos, comparte en una entrevista la Trabajadora Social, quien formó parte del equipo en los inicios, consiste en “la inclusión en el entramado social a partir del eje que es el trabajo, el trabajo como ordenador de los vínculos con otras instituciones, con la sociedad, con la familia, con la comunidad misma.” Este fragmento recuperado de un material audiovisual difundido por un canal local en el año 2012, da cuenta de los orígenes del espacio. En esa línea agrega, otra de las profesionales de ese momento, que Hilos fue pensado “en la búsqueda de nuevas formas de abordaje, utilizando los recursos disponibles.”

A partir de la creación de las primeras residencias compartidas, un grupo de mujeres, cuyo vínculo surge en Hilos, se mudan juntas y el dispositivo acompaña este proceso de externación. El taller comienza a funcionar en el garage de esa vivienda, sumándose otras personas referenciadas a centros de salud y algunas que aún residían en el hospital. Se visibilizan así nuevas necesidades a las cuales el dispositivo podía dar respuesta, referidas al lazo social, a distintas formas de encierro y aislamiento.

Con el paso de los años, fue tomando forma como espacio productivo con una organización cooperativa (sin formalizarse como tal), donde lo grupal y el trabajo fueron constituyéndose como los ejes principales. Se fue delineando una gama de productos, un estilo propio, y esto promovió la participación en otras esferas por fuera del ámbito de la

salud mental. En este movimiento, las ferias de Economía Social (y las capacitaciones de la Escuela de Economía Social) tuvieron un rol fundamental. Las mismas permitían la comercialización en espacios abiertos a la comunidad en general, a la par de distintos productores y artesanos, compartiendo una jornada de trabajo, charlas y mates, generando múltiples intercambios.

Hasta el momento, las herramientas de trabajo eran gestionadas por las trabajadoras a través de diferentes programas. El material se proveía con los ingresos de las ventas y con donaciones de fábricas textiles, o recibiendo algún soporte extraordinario desde el presupuesto del hospital (CRSM) y de la Dirección de Salud Mental. En 2015 se le asignó un presupuesto mensual fijo y es reconocido por resolución ministerial por el Ministerio de Salud. Esto permitió otro marco institucional.

Así como las integrantes del grupo fueron cambiando -porque decidieron hacer otra cosa, consiguieron otro trabajo, se mudaron a otros lugares, etc.-, el equipo de trabajo también se fue modificando. Estos movimientos, junto a los cambios de gobierno, la reconfiguración de las problemáticas construidas, los modos de abordarlas y las condiciones de funcionamiento –coyunturas económicas, sociales y políticas, marcos institucionales y legales-, fueron transformando la experiencia.

Con el paso del tiempo comienza a ubicarse la necesidad de introducir una separación física de la residencia compartida. Lo que en un primer momento surge como respuesta histórica y situada a una problemática, puede dejar de serlo requiriendo una reformulación del dispositivo. En el transcurrir de los meses, la fuerza totalizante de las lógicas manicomiales tendían a absorber al dispositivo si seguía funcionando en el mismo lugar donde habitaban las personas. Como plantea Goffman (2004), en el cotidiano las diferentes esferas de la vida (con sus lógicas distintas) se sostienen por separado y es en la institución total donde se borran los límites que separan a las mismas. Todo se resuelve en el mismo lugar, para todos igual. Fue una decisión clínico- política de las trabajadoras en conjunto con la gestión de ese momento, la que llevó a mudar el dispositivo a un local céntrico de la ciudad, dónde además del taller textil, existía la posibilidad de tener una vidriera, se llamó Espacio Balcarce (actualmente no existe) y

alojaba a varios dispositivos más (uno de los grupos de Tocadiscos, Café con Leches y Al Divino Botón<sup>8</sup>).

Dicho espacio había sido alquilado por el Ministerio de Salud para establecer un punto de asistencia luego de un acontecimiento trágico en las cercanías de esa locación. Luego, se decide alojar en dicho espacio a algunos dispositivos que requerían un lugar físico y podían aportar a la comunidad, ofreciendo un punto de referencia en el barrio.

Habitar un local comercial céntrico permitió una posición diferente de las personas usuarias y el dispositivo en la comunidad, generando distintos intercambios, a través de la venta, los arreglos de ropa y encargos, a la par de los comercios cercanos. Vecinxs que concurrían también a las actividades propuestas, entre ellas, festejos de fin de año con corte de calle.

Con el tiempo, las dos experiencias organizadas en torno a la producción textil –Hilos Enredados y Al Divino Botón– comienzan a compartir diferentes actividades, intercambiar saberes, hasta conformar un solo grupo de trabajo. Por la trayectoria de Hilos, y considerando que su marca ya estaba instalada, se decide conservar ese nombre pero sosteniendo las dos líneas de producción: blanco-hogar y los artículos urbanos (anteriormente producidos por Al Divino Botón). Esta fusión enriqueció la experiencia, brindando mayor apertura y movimiento.

Luego del cambio de gobierno en 2019, se consideró necesario la búsqueda de un nuevo lugar físico. Por parte de los trabajadores se ubicaba la importancia de sostener las características de Espacio Balcarce, en cuanto a la ubicación geográfica y la posibilidad de contar con una vidriera para un espacio de comercialización. También se planteaba la necesidad de un lugar más amplio (cuestión visibilizada en el contexto de pandemia). Por parte de la gestión entrante, consideraban imposible sostener el alquiler del inmueble, por cuestiones administrativas. En el año 2020 se informó la decisión de trasladar los dispositivos al garage de una residencia compartida, lo cual fue resistido por lxs trabajadorxs al no considerar los criterios clínicos y políticos por los cuales se creía indispensable sostener la separación de los lugares de residencia y de trabajo o socialización. Luego de unos meses en conflicto, Hilos Enredados -junto a Café con

---

<sup>8</sup> Fue un espacio de reciclado textil, que surgió en el “C.C Gomecito”, y luego comenzó a funcionar en Espacio Balcarce, ya que allí existían herramientas y un espacio acorde para su desarrollo.

Leche y el Tocadiscos- comenzó a funcionar, a partir de octubre de 2021, en la organización civil Programa Andrés Rosario (PAR en adelante) a partir de un convenio que hace la Dirección Provincial de Salud Mental y dicha institución.

En este nuevo lugar se hizo necesaria una nueva reconfiguración del dispositivo, en cuanto a su organización y funcionamiento. Por un lado, al contar con dos habitaciones separadas para los talleres fue posible compartir el cotidiano con Café con Leche, en el mismo horario, lo que permitió encarar diferentes proyectos de producción asociativa y mayores intercambios. Por otro lado, la falta de vidriera y de un lugar que oficiara de local comercial (perdiendo lo construido en el barrio en el antiguo espacio), hizo que se fortalezcan y crearan nuevas vías de comercialización. Por ejemplo, se retomó la relación –construida en los comienzos de Hilos-, con un local de diseño que exhibe objetos de diferentes artesanos, diseñadores y productores de la ciudad. Allí se encontró un lugar estratégico, no solo por las condiciones estéticas y políticas donde se insertan los productos (a la par que otras producciones locales), sino también por los intercambios que genera. En la misma línea, comenzó a sostenerse la comercialización en el Mercado Popular de La Toma, espacio emblemático de la ciudad. Por otro lado, también se encuentran presentes los artículos de Hilos en el local de ventas del dispositivo Pomelo en el Patio.

Además de los cambios mencionados, relacionados al desarrollo de las actividades en el espacio físico del PAR, se comenzaron a tramar incipientes intercambios con diferentes dispositivos de la organización y/o unidades productivas vinculadas a la misma, con quienes se comparte la actividad textil. A partir de estos primeros entrecruzamientos se considera la posibilidad de asociaciones de trabajo, pensadas desde una lógica cooperativa. Hilos viene ejercitando en asociaciones de producción textil con una costurera -compañera de ferias de economía social- para poder tomar pedidos de trabajos más numerosos y complejos.

En los últimos meses del año 2023, Hilos se presentó a una convocatoria para gestionar un local comercial asociativo en un Centro Comercial importante de la ciudad. Por el vínculo sostenido en el tiempo con la Secretaría de Economía Social del Municipio, se pasó la selección y actualmente Hilos lleva adelante, junto con cuatro productoras de otros rubros, dicho local. Esta instancia ha permitido que la producción,

consecuencia del aumento de ventas, requiera de más tiempo y calidad, e incluso pensar en el ingreso de más compañerxs. Se abrió una puerta que habilita la proyección y reforzar lógicas colectivas y cooperativas propias de la economía social.

Si nos proponemos leer la historia de este dispositivo, resulta primordial ubicar si se inscribe como política pública sustitutiva o si nos referimos a una experiencia piloto. Los aspectos que nos llevan a pensar en ello son los referidos a la escasez de recursos, a la precariedad en la que Hilos se ha ido construyendo con apoyos institucionales endebles y discontinuos. Esto se traduce en la incertidumbre constante respecto de su sostenimiento, en cada cambio de gestión pelagra el espacio físico, el presupuesto asignado y los recursos humanos. Así como también, la mayoría de las acciones destinadas a articular con otros espacios e instituciones, quedan a la voluntad de lxs trabajadorxs, acercándose al funcionamiento de grupos autónomos y autogestivos.

Podríamos decir que este dispositivo se enmarca en lo que Hamzaoui identifica como *una reorientación de la política pública*, haciendo referencia al modo gerencial en el que los gobiernos encaran la resolución de los problemas sociales, el cual no aporta a la consolidación ni a la estabilidad de los servicios y las organizaciones que ya existen, sino que se desarrollan modos de funcionamiento de lo discontinuo (Hamzaoui, 2005).

La gestión que asumió en el año 2021 presentó un Plan Provincial de Salud Mental que expresa claramente la necesidad de:

(...) pasar de las experiencias a las políticas, en tanto puesta en valor de los dispositivos existentes, poder avanzar en la conformación de una red de servicios y programas intersectoriales específicos con base en la comunidad en perspectiva de salud integral e inclusión social. (Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe 2022 – 2026. Ministra de Salud Sonia Martorano, Secretario de Salud Jorge Prieto, Subsecretaria de Equidad Romina Carrizo, Dirección de Salud Mental Celina Pochettino.)

Hay un reconocimiento de que las resoluciones ministeriales fueron un avance, pero no alcanzan para reconocer y formalizar las prácticas llevadas adelante en estos dispositivos: “ Se requiere de otros actos que efectivamente le den existencia administrativa dentro del Estado.” (Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental de la

Provincia de Santa Fe 2022 – 2026. Ministra de Salud Sonia Martorano, Secretario de Salud Jorge Prieto, Subsecretaria de Equidad Romina Carrizo, Dirección de Salud Mental Celina Pochettino.)

### CAPÍTULO III

#### **Singularidad y reconocimiento. Construcción de lazos sociales para la existencia**

##### ***Hilos que enlazan y dan lugar a la singularidad***

En este apartado nos dedicaremos a recuperar las entrevistas realizadas a algunas de las personas que actualmente son parte del dispositivo Hilos. La intención de esta instancia radica en hacer lugar a la palabra, a la propia experiencia de cada sujeto, e ir al encuentro de las vivencias. A través de este recurso intentaremos luego de la transcripción y el análisis de los relatos, abordar el lugar de la singularidad de los participantes del dispositivo. En palabras de Susana Cazzaniga, adherimos que “Pensar en la singularidad, es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto” (Cazzaniga, 2024:5).

Aquí nos encontramos ante el desafío de ir más allá de lo que la realidad nos muestra como algo dado, de reflexionar sobre eso que aparece como obvio. Al mismo tiempo es necesario mantener la alerta acerca de los prejuicios y supuestos a priori, marcando cierta distancia para que no prime nuestra subjetividad evitando romantizar la lectura. “Por ello, nuevamente recurrimos a Bourdieu (1999) para ejercer un control y desterrar lo que él denominaba ilusión de transparencia” (Schettini y Cortazzo, 2015:85).

Creemos importante a la hora de releer y analizar el material de los diferentes registros (entrevistas, registros individuales, trabajos publicados) ir ubicando palabras claves, conceptos que nos permitan descubrir procesos que no se aprecian a simple vista. Dicen Bogdan y Taylor (1990:163-164): “El desarrollo de los conceptos es un proceso intuitivo (...). Primero, buscar palabras y frases del propio vocabulario de los informantes que capten el sentido de lo que ellos dicen o hacen” (Schettini y Cortazzo, 2015:74).

Los ejes en los que haremos foco, teniendo presente la dinámica del dispositivo y el objetivo del trabajo, se refieren al lugar de la singularidad de las participantes, a lo

vincular y lo laboral. Si bien hacemos esta distinción de aspectos, lo cual abona la lectura de la información recabada, entendemos que ambos se complementan.

En la recuperación de las entrevistas realizadas a las personas que participan en Hilos, aparecen frases que dan cuenta de la importancia del dispositivo en el cotidiano. En cuanto a los vínculos que allí han surgido, a modos más autónomos de habitar los circuitos comunitarios, de organizar su tiempo y actividades. Así como también el reconocerse trabajadoras, parte de un espacio que les aloja, les convoca, y que les permite proyectar.

Ubicamos que la modalidad de acercamiento, en general, es a través de algún miembro de los equipos tratantes, haciendo mención a una expectativa de mejoría en su padecimiento, como lugar de aprendizaje de un oficio y ocupación, en términos de ocupar el tiempo, y de socialización. Da cuenta de ello una de las entrevistadas cuando enuncia:

“Ella me dijo que si quería para mi bien tener una tarea de esparcimiento. Para que yo me recupere de ese problema que yo tenía, que es relacionado con la esquizofrenia, y lo supere con el ambiente social y los compañeros (...)” (Entrevista a Margarita en fecha 18/09/24).

El material recolectado nos hace posible pensar que en Hilos las personas usuarias experimentan un *saber hacer* con otrxs que genera lazos, no sólo con la tarea sino social y afectivo. Citamos fragmentos relacionados, “Me siento útil con ganas de hacer las cosas... el espacio me aporta muchas cosas, en lo humano y en aprender, he aprendido mucho en todo este tiempo...” (Entrevista a Lila en fecha 30/09/24), “Yo me encuentro, ya al llegar, compartir con las chicas, el abrazo, el beso, la charla, la amistad hecha con P, el charlar con ustedes...” (Entrevista a Rosa en fecha 25/09/24).

En estas líneas observamos la relación vínculo-aprendizaje, para lo cual nos resulta pertinente tomar los aportes teóricos de Pichón Rivière, lo cual nos sirve de guía a la hora de reflexionar sobre el dispositivo trabajado. Para Rivière, el aprendizaje:

“(...) está estrechamente relacionado con su noción de vínculo ya que el proceso de aprender implica una acción y por lo tanto, una relación con un objeto. Toda conducta

supone un vínculo humano ya que resulta de las distintas formas de acercamiento y descubrimiento que haya realizado anteriormente el sujeto en su experiencia e interacción con el mundo” (Ritterstein, 2008:2).

Por lo tanto podríamos afirmar que vínculo y aprendizaje constituyen un devenir y un proceso, donde se interrelacionan de manera simultánea el sentir, el pensar y el hacer (Ritterstein, 2008).

Esta noción de vínculo nos lleva a pensar en cómo la historia de vida de lxs sujetos está íntimamente relacionada con el modo de habitar los espacios, en la convivencia con otrxs y en la mediación con una actividad que les atraviesa. Por lo tanto, establecer la complejidad de estos procesos en lo singular y cómo se pone a jugar en un grupo, resulta vital para habilitar modos instituyentes.

El recorrido realizado por el campo de la Salud Mental en capítulos anteriores, nos permite ubicar cómo las prácticas manicomiales despojan a las personas de su condición de sujetx, por lo tanto poder escuchar las voces de quienes sufren y padecen o han padecido el encierro da cuenta de la necesidad de prácticas a contrapelo. Una de las participantes comentó:

...Bueno, eso eh... es es...democrático, porque nos juntamos, o aunque alguna falta siempre se le pregunta la opinión de la otra, cómo lo hacemos...y también estar en contacto, estar atenta a las chicas, a mis compañeras, también a ustedes, cómo están (Entrevista a Rosa en fecha 25/09/24).

Hablar de una lógica democrática, de la importancia de la presencia en cada jornada de taller, el registro de la compañera que no está, el cuidado propio para poder cuidar de otrx, que todas la opiniones valen, nos indica propiedad de sujetx y algo de lo singular emerge.

En esta línea, la palabra de lxs sujetxs en modelos tutelares, como hemos observado, queda sesgada por la mirada de otrxs. En Hilos, los modos de habitar han podido permear este modelo, y la posibilidad de elegir la tarea a desarrollar y la toma de decisiones se ha tornado un aspecto constitutivo del espacio. Cada persona ha ido experimentando, emprendido una búsqueda, un proceso de elección hasta sentirse a

gusto. Dice Lila al respecto: "Al principio marcaba y cortaba con Margarita y... (piensa) No, no recuerdo bien, pero pasé enseguida a la remalladora. Y me gustó la remalladora." En sintonía comentó la otra compañera, "Yo decidí pasar porque me costaba mucho la costura, mucho trabajo...Y actualmente me dedico al diseño y al corte. Y eso es algo que me gusta, lo hago con gusto." (Entrevista a Margarita en fecha 18/09/24).

Es por ello que atender a los dichos, a la producción del relato de cada integrante implica quebrar "el proceso de subjetivación al que se lo somete desde el discurso manicomial, como desde el discurso hegemónico del sistema capitalista global" (Cohen, en Suaya, 2010:14).

### **En búsqueda de lógicas de trabajo alojadoras**

Cuando se piensa específicamente en lo laboral vinculado a la salud mental, la mayoría de las experiencias presentan un límite y suelen quedar en la órbita de talleres protegidos. Frecuentemente los ingresos suelen ser escasos, ya que las estructuras son poco flexibles, obturando una organización que proponga saltos cualitativos. De este modo la construcción de autonomía y la prosperidad de dichos espacios, se dificulta.

Según antecedentes consultados, las actividades pensadas en vistas a una inclusión sociolaboral, por sus características, suelen acercarse a propuestas laborterapéuticas cuyo objetivo es mantener ocupadas a las personas y pasar el tiempo. Por lo tanto la decisión y elección de la actividad quedan, muchas veces, fuera de la órbita del deseo e intereses propios de cada sujeto. Este rasgo, según los relatos de las participantes de Hilos, indica que la actividad desarrollada no sólo es elegida, sino que apuesta a un enlace superador, con otrxs, organizada y con objetivos. Al respecto comenta Margarita, "Así es que estoy aquí porque me gusta la tarea que tengo. Y es un complemento entre todas, cada una se dedica a lo suyo. Yo me dedico al corte." (Entrevista a Margarita en fecha 18/09/24).

El modo de organización del dispositivo evidencia que cada tarea hace resalta a lo singular de quien la lleva adelante, ocupando un lugar importante en el circuito de producción, y que a la vez complementa la de otra persona. Así lo expresa Rosa, registrando que esas tareas, además, hacen a un objetivo común, "Una corta, la otra remalla, y se remalla, se va haciendo por fases. Entonces se agilizó un montón todo..."

Del mismo modo, es posible ubicar el compromiso que cada una siente hacia sus compañeras, con el proyecto y que no da igual estar o no estar. En caso de tener que faltar comenta Margarita, “Sería un atraso a la costura, si yo faltara al taller sería un atraso en el remallado y en la costura. Porque tendría que dedicarse otra compañera... Cosa que me corresponde a mi, me compete a mi.” (Entrevista a Margarita en fecha 18/09/24).

Sin embargo, estas tareas no se presentan como estáticas, sino que el grupo fue encontrando el modo de intercambiar tareas diferentes si el espacio lo demanda y sin olvidar lo que cada compañera decida. Así lo afirman dos de las entrevistadas:

“...yo más que nada en la recta, trabajo en la recta y a veces muy de vez en cuando en la remalladora”...“Plancha, ayudo con lo que hay que ayudar, si hay que buscar puntillas, si hay que armar...cortar mucho no me animo, pero sí marcar” (Entrevista a Lila en fecha 30/09/24).

Las actividades por fuera de la institución constituyen otro aspecto relevante que posibilita variadas relaciones, el manejo del dinero, y la toma de decisiones en la elección de materiales. Al respecto comenta Margarita, “ A veces voy a comprar telas también. No solo me dedico a estar solamente dentro del taller, sino que también salgo a comprar telas, algunas veces están pagas, otras veces las tuve que pagar ”.

El abanico de posibilidades respecto de las tareas a tomar hacen que Hilos sea un espacio dinámico, donde las apuestas y la creatividad de cada integrante se ponen en juego. Posicionándoles subjetivamente como sujetos de un saber socialmente productivo. Es decir, como cualquier ser viviente agenciado de la potencia de crear (Suaya, 2010).

Motivo por el cual, es relevante que circulen entre compañeras temas como la importancia de los detalles de confección de los objetos y de la calidad de los mismos, que sean “más comprables” dijo una de las entrevistadas. Lo cual nos permite afirmar que el lazo con el trabajo genera potencia, la idea de estar a la altura de otros productores, la capacidad de proyectar, de cooperativizar, y de que haya cambios que mejoren el proyecto, dando sentido a la propia existencia y a su lugar dentro del mismo.

En consonancia, el hecho de haber inaugurado un local de ventas ubicado en un centro comercial importante de la ciudad, generó movimientos en cada una, trajo nuevas discusiones y definiciones. Observamos también que la circulación y puesta en común de ideas y opiniones refuerza los acuerdos que dan sostén al proyecto. Referido a ello citamos a Rosa que revaloriza la propia palabra y la de sus pares:

“...opinar de tal cosa y se tome en cuenta, eso para mí es un montonazo que se me tome en cuenta, no solo ustedes la psicóloga y la tallerista, sino mis compañeras y escuchar la voz de otra, de otras chicas y poder coordinar digamos, llegar a un acuerdo bueno, vamos por este lado, bueno, vamos con esto bueno” (Entrevista a Rosa en fecha 30/09/24).

La apertura de dicho local implicó diversos cambios de posiciones, tanto en los modos de socializar, de vincularse entre compañeras y con otrxs, como en las actividades referidas a las tareas dentro del taller: mayor demanda de producción, adquirir conocimientos comerciales específicos. Todo ello, trajo aparejado un aumento de ingresos mensuales al proyecto. Este aspecto aparece en las entrevistas, el registro de cómo en los comienzos al momento de distribuir ganancias, el monto era poco significativo, y cómo en la actualidad el valor de la hora trabajada se acerca a lo establecido por el tarifario textil Argentino.

### **Afecciones de lo vincular**

Continuando con los registros recogidos en nuestro trabajo de campo, destacamos cómo en Hilos, el eje de lo afectivo emerge fuertemente. Observamos cómo se han ido construyendo lazos más allá de la actividad propia al interior del taller, y cómo esta construcción habilita planificar actividades en el ámbito privado. Invitaciones a viajar, a pasar la noche en casa de otra compañera, la preocupación cuando existe algún problema, regalos que circulan, festejos organizados, asistir a cursos de capacitación según intereses propios, son parte del entramado vincular. En sintonía con lo mencionado, comentó Rosa “Y salimos a tomar mate, viene a casa a dormir el fin de semana, o nos juntamos para mirar una película en casa. Y nos estamos chateando constantemente, con Susana también.”

Tener con quién compartir la vida y elegir con quién, resulta vital para las personas que vivimos en sociedad, situación que suele ser obstaculizada por el estigma que socialmente se asocia a la locura:

“La soledad que los pacientes mentales sufren ante la ausencia de la sociedad, cae sin mayor esfuerzo en su olvido, es decir, en la cesación del afecto y cuidado que se merecen por el sólo hecho de formar parte de la sociedad” (Panorámicas de Salud Mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657, 2011:71).

En sintonía con la cita anterior, en Hilos, la mayoría de las compañeras cuentan con una red social acotada, familiares que las visitan con poca frecuencia o no muestran interés por ellas . Por tal motivo, entendemos la importancia de generar espacios donde el vínculo con el trabajo implique cuidado y el fortalecimiento de los lazos que han sido fragilizados a lo largo de cada trayectoria de vida. Comentó Lila al respecto “Nos unimos con las chicas, a veces salimos a comer afuera, a desayunar. Y ... es lindo porque podemos charlar de todo. Bueno, encontré una amiga...”

¿Por qué son importantes los vínculos? Para profundizar en la teoría de los vínculos, nos referenciamos a Serge Paugam quien afirma que el vínculo social puede ser definido a través de dos dimensiones: la protección y el reconocimiento. Los vínculos pueden ser variados y de diferente naturaleza, pero todos otorgan a lxs sujetxs la protección y el reconocimiento necesarios para su existencia social (Paugam, 2008). Las dimensiones que establece el autor pueden ser vinculadas a la información recabada en las entrevistas, al considerar que la protección “remite al conjunto de soportes que el individuo puede movilizar frente a los avatares de la vida (recursos familiares, comunitarios, profesionales, sociales...)” (Paugam, 2008:2). Al contar con pocos recursos, como ya mencionamos, estas mujeres encuentran en Hilos un soporte más para el armado en su cotidiano, tanto afectivo como material. La segunda dimensión, es la de reconocimiento, en palabras de Paugam: “el reconocimiento remite a la interacción social que estimula al individuo al proveerle de la prueba de su existencia y de su valor a través de la mirada del otro o de los otros.” (Paugam, 2008:2). Este aspecto aparece de manera frecuente, en el hablar de un “nosotras”, hablar de “eso es, una fuerte comunidad.” (Entrevista a Rosa en fecha 25/09/24). Sentirse convocadas a tareas de enseñanza/aprendizaje, a proponer ideas y que sean tenidas en cuenta, habla de la

posibilidad de contar con otrxs, sin olvidar la implicación afectiva que ello representa. Contar con un espacio de participación e intercambio social significa reconocimiento.

En esta línea de análisis, Paugam establece una distinción de varios tipos de vínculos: 1- vínculo de filiación, 2- de participación electiva, 3- de participación orgánica y 4- vínculo de ciudadanía. La segunda clasificación resulta pertinente ya que habla de una elección en esos vínculos y hemos comentado de su importancia en párrafos anteriores. Estos se refieren al ámbito extra-familiar donde las personas se ponen en contacto con otras, generando aprendizajes sociales de manera autónoma. Este tipo de vínculo se diferencia de otros vínculos sociales ya que “su carácter electivo deja a los individuos la libertad real de establecer relaciones interpersonales según sus deseos, sus aspiraciones y sus valores emocionales. Este vínculo comprende varias formas de pertenencia no coactiva” (Paugam, 2008:6).

Continuando con el análisis, el tercer tipo, el vínculo de participación orgánica, se relaciona más al aprendizaje y al trabajo, en cuanto a ejercer una función específica dentro de su organización (Paugam, 2008). Este se da a través de funciones complementarias, que “según Durkheim (...) confiere a todos los individuos, por diferentes que sean los unos de otros, una posición social susceptible de aportar a cada uno protección elemental y a la vez sentimiento de ser útil.” (Paugam, 2008:7). En Hilos este aspecto se manifiesta con claridad en el momento que cada integrante hace referencia a cuál es su tarea, la describe y le encuentra sentido, como Margarita que muy convincente comparte “...También como a veces me ha tocado hacer el diseño, me siento muy a gusto y hago cosas que resultan buenas. Así que tengo mis satisfacciones. Eso es lo que yo tengo por venir al taller de costura.” Al mismo tiempo lo que ocurre ante el reconocimiento de otrxs ajenos al proyecto “son para el público porque van a la venta y... uno se sorprende de que el público también responda bien a todo eso que hacemos nosotras y que por eso se llevan nuestros productos. Entonces hay satisfacciones como dije” (Entrevista a Margarita en fecha 18/09/24).

El sentimiento de pertenencia como sentimiento de identidad, aspecto de relevancia, sostenido por el trabajo colaborativo, cooperativo, el compromiso con la tarea, la valoración de las compañeras, y de la comunidad toda por donde circulan los objetos producidos. Se imprime una lógica donde nadie es emprendedor de sí mismx. Tal

como afirma Denise Najmanovich “Estas configuraciones vinculares se forman a partir de nuestra interacción, de nuestra forma de relacionarnos con el mundo y de producir sentido” (Najmanovich, 2001:3).

Creemos que dispositivos como Hilos, a lo largo de su historia, tienen la potencialidad de construir espacios donde la singularidad tenga lugar en el encuentro con otros:

(...) el desafío es la invención de una trama capaz de acoger en un mismo devenir lo singular de cada uno para ponerlo en una circulación; cuando esto se torna posible transforma el taller en la condición desde la cual poder ir hacia el lazo (Slatopolsky, 2021:101).

## **Reflexiones finales**

A lo largo de este trabajo buscamos historizar los procesos de reforma a nivel global para llegar a lo local, indagamos en los marcos normativos que regulan las prácticas, destacando las tensiones, contradicciones y dificultades existentes, para luego hacer foco en una experiencia concreta: Hilos. Para finalizar, retomamos las preguntas iniciales, el tema y objetivos que motorizaron este trabajo. El interrogante que surge está vinculado al lugar que ocupa lo singular y lo propio en estos espacios (Hilos) con otrxs. Para ello, como objetivo general indagamos sobre el lugar de la singularidad de lxs sujetxs usuarixs en el tránsito por dispositivos sustitativos, y particularmente la experiencia del dispositivo productivo Hilos Enredados. Específicamente buscamos explorar el valor de las historias singulares de las personas a la hora de pensar las intervenciones, ubicar cómo se vincula el deseo, la identidad y la propia historia con el trabajo en Hilos y analizar la potencia de la conformación de espacios que posibiliten el fortalecimiento lazos sociales y el acceso a derechos.

En este momento del proceso de trabajo, destacamos la imposibilidad de obviar la tensión existente entre paradigmas ya que las lógicas instituidas que intentamos doblegar emergen constantemente. Por lo tanto, la escucha activa y un análisis crítico del quehacer, pueden contribuir a no reproducir prácticas que obstaculicen procesos de autonomía y cosifiquen la experiencia humana.

Uno de los aspectos a destacar, al abordar los registros, fue la dificultad para generar vínculos fuertes, necesarios para sostener la propia vida, y más aún luego de internaciones prolongadas. Enfatizamos en el requerimiento de fortalecer las redes de atención integrales y articulaciones intersectoriales dirigidas a la construcción de lazos comunitarios.

Entendemos que espacios como Hilos acompañan a las personas en momentos y situaciones concretas, es decir constituyen dispositivos de apoyo dentro del sistema de salud. Esto se debe a que, por sus características y modos de funcionamiento, se contempla la singularidad de las personas que llegan referenciadas a equipos (o profesional específico) de efectores de salud públicos. La modalidad de acercamiento consiste, fundamentalmente, en un encuentro con la persona interesada donde a través de

la escucha, evaluar la posibilidad de su participación. Ubicamos que el motivo de la demanda suele ser variado, en general, se basa en una expectativa de mejoría en el padecimiento, como lugar de aprendizaje de un oficio y ocupación, en términos de ocupar el tiempo, y de socialización. Aún queda por explorar con mayor profundidad si en las derivaciones se contempla la idea de trabajo y las expectativas asociadas que se ponen en juego.

Uno de los interrogantes que hemos podido despejar luego del análisis de los registros, fue que el encuentro de estas mujeres que se sienten parte de Hilos, y que se sostiene en el tiempo, no necesariamente es por la remuneración percibida. Se ubica como aspecto de importancia, sin dudas, pero lo que resulta mayormente significativo son las instancias habilitadoras de lo vincular, en lo efectivo y con la tarea. Esos lazos parecen construir los cimientos de un proyecto que trascienden las fronteras delimitadas por el taller textil y dan sentido al cotidiano.

Podríamos afirmar que se trata de un dispositivo que genera reconocimiento y protección, en cuanto al sentimiento de pertenencia y participación, pero no en términos de protección vinculada a la seguridad social. Es decir, si pensamos en el eje del trabajo, su función reside más en la socialización que en la capacidad de proveer ingresos para la reproducción material de la vida.

En esta línea, nos resulta importante resaltar que Hilos se ha ido constituyendo en un espacio de producción con lógica cooperativa, entendiéndose como modalidad alternativa a los modos de trabajo alienantes y competitivos hegemónicos. Desde los inicios se registran acciones de índole solidaria, no solo en los encuentros y las maneras de producir objetos, sino en los circuitos dónde luego iban a ser comercializados, pensando en espacios de circulación donde los modos de intercambio sean más amables y justos.

Así, podemos concebir la solidaridad como intervención terapéutica, ya que este concepto se ha ido conectando con el de mutualidad y cooperación, distinguiéndose de la noción de solidaridad que conecta con la caridad y el paternalismo. De este modo, direccionar la práctica diaria para que la lógica del asistido no opaque la meta de restablecer la lógica de ciudadanx “(...) tanto para el usuario como para el profesional de

salud mental, ya que ambos intentan la creación y/ o transformación a pequeña escala de un espacio social. (Testa, 2010: 40)”.

Las personas nos presentamos ante otras portando las marcas que el tránsito vital nos imprime, afectadas por los contextos y los sistemas simbólicos establecidos. Esto es, asumir el paradigma de la complejidad como constitutivo del ser humano. Lo cual nos enlaza al desafío de evitar los reduccionismos (sujeto-objeto), dando lugar al relato, promoviendo así la emergencia de sujetxs que desean, poseen saberes, proyectan, evitando el enmascaramiento de su real posición de sujetx , condición necesaria para la afirmación de su propia vida (Cohen, en Suaya: 2010).

Por lo tanto, una de las tantas preguntas que nos planteamos fue, si un dispositivo como el analizado (Hilos), puede resultar transformador en el cotidiano de alguien, cuya trayectoria de vida se vio afectada por un padecimiento mental. ¿De qué modo? Quizás en cada uno de los relatos encontremos alguna respuesta. Entendemos que no hablamos de producción en términos de máquinas, se proponen otras modalidades de habitar el espacio-tiempo a lo impuesto en las sociedades modernas actuales. Creemos que nos es posible hablar de modos de subjetivación singulares, en oposición a la producción de subjetividad manicomial/capitalista imperante, homogeneizante que promueve unificar y normalizar, es decir:

“Aquello que podríamos llamar procesos de singularización: una manera de rechazar todos esos modos de codificación preestablecidos, todos esos modos de manipulación y de control a distancia, rechazarlos para construir modos de sensibilidad, modos de relación con el otro, modos de producción, modos de creatividad que produzcan una subjetividad singular. Una singularización existencial que coincida con un deseo, con un determinado gusto por vivir (...)” (Guattari, Rolnik, 2005:25).

A modo de cierre quisiéramos plantear, una práctica, que podríamos llamar “híbrida”, que pivotea entre la experiencia y la política pública, que se mueve en los límites de un adentro y un afuera, por los pasillos de la burocracia instituida, ¿puede habilitar un hacer diferente? Creemos que quizá el modo de concebir a lxs sujetxs, el hecho de saber que no hay recetas para las intervenciones, hacer lugar a los procesos y poder salir, eventualmente, de la órbita exclusiva de lo sanitario, podría generar

movimientos instituyentes tanto en las personas usuarias del dispositivo como en lxs miembrxs de los equipos.

Sin embargo, la complejidad de las situaciones, de los procesos históricos, las falencias en implementación de leyes vigentes y la precariedad de las políticas actuales (y pasadas), terminan por dificultar u obturar las estrategias pensadas en pos la restitución de derechos. Estas circunstancias hacen cada vez más fuerte la necesidad de generar saberes colectivos, locales, de reanudar fuerzas y organización. Si nuevas formas de cartografiar son necesarias ¿cómo hacer para implementarlas? “(..) debemos buscar otros instrumentos conceptuales y crear nuevas herramientas que nos permitan movernos en territorios más fluidos” (Najmanovich, 2001:2).

Quizá sea uno de los caminos que posibilite acompañar trayectorias de vida desde lugares emancipadores, a poder encontrar sentido a las historias singulares para que, entramadas con otras, sostengan un proyecto de comunidad como posibilidad cercana. Que nos resulte menos lejano el horizonte de la transformación:

“Se trata entonces de tomar en serio el desafío de generar nuevas articulaciones, de pensar los diversos paisajes vitales en los que pueda habitar el sujeto encarnado, profundamente enraizado en su cultura, atravesado por múltiples encuentros (y desencuentros), altamente interactivo, sensible y emotivo, en permanente formación y transformación co-evolutiva con otros sujetos y con el medioambiente ”(Najmanovich, 2001:4).

## **Bibliografía**

- Aguirre, Andrea Eberhard y Torrico Mayol Paula (2013). Terapia Ocupacional En Salud Mental De Corta Estadía En Clínica De Atención Privada. Revista Chilena De Terapia Ocupacional Issn 0717-6767 Vol. 13, N°. 2.
- Alberdi, José. (2003). Reformas y contrarreformas: políticas de salud mental en la Argentina. Rosario. UNR Editora.
- Amarante, Paulo. (2007) Superar el Manicomio. Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires. Topía Editorial.
- Arias, Ana. (2016) “Instituciones, intervención y el encuentro con el otro”. Revista de Políticas Sociales. Año 3. Número 4. UNM Editora. Recuperado en: <http://repositorio.unm.edu.ar:8080/jspui/bitstream/123456789/125/1/rps-4.pdf>
- Benassi, Evangelina. (2014). Ley Nacional de Salud Mental: aportes y desafíos en el marco de la experiencia de la Sala de Tránsito de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Ponencia presentada en el XI Congreso Argentino de Antropología Social, FHummyAr-UNR, Rosario. Recuperado: <https://www.aacademica.org/000-081/635>
- Bejarano, Federico. Vázquez, Alberto. (2020) Emprendimientos sociolaborales en Salud Mental. Apuntes para una pragmática de lo social. Buenos Aires. Ediciones Incluir.
- Blanco, Mercedes. (2011). “El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo”. Revista Latinoamericana de Población, vol. 5, núm. 8. Asociación.
- Carpintero, Enrique. Alejandro, Vainer. (2018). Las huellas de la memoria II: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los ‘60 y ‘70: Tomo II: 1970 - 1983. Ed. Topía. Buenos Aires.
- Cazzaniga, Susana. (2011). La investigación en Trabajo Social vol. IX. Entre Ríos. Área de Comunicación Institucional. Secretaría de Extensión e Investigación. Facultad de Trabajo Social - UNER.

- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2008). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Custo, Esther. (2017). "Construcción de conocimientos en los espacios grupales en la contemporaneidad. ¿Cuál es nuestro horizonte?". *Margen, periódico de trabajo social y ciencias sociales*. Edición n° 86. Recuperado en: <https://www.margen.org/suscri/numero86.html>
- de Lellis, Martín. (2018). *El movimiento de salud mental: Una aproximación histórica y crítica*. Artículo de Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Esrequis, Ana. (2020). "Eso de locos no, porque estamos bien y trabajamos. Acerca de un espacio de trabajo construido para usuarias de salud mental externadas de instituciones totales psiquiátricas en la salud pública." *Barquitos Pintados. Experiencia Rosario: Año IV – Número 4. Revista de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria - UNR*.
- Faraone, Silvia Y Valero, Ana (comps.) (2013) *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Foucault, Michel. (1975). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires. Ediciones Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (1977) *Dits et Ecrits. Entrevista a Michel Foucault*. Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (2021). *La sexualidad. Seguido de "El discurso de la sexualidad"*. Cursos en Clermont-Ferrand (1964) y Vincennes (1969). Buenos Aires. Ediciones Siglo XXI.
- Goffman, E. (2004) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno.

- Guattari, Félix. Rolnik, Suely (2005). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Petrópolis. Editora Vozes Ltda.
- Guerineau, Josefina. Matusевич, Daniel. (2022). “Vigencia de las ideas de Erving Goffman en el trabajo de la sala de internación psiquiátrica de un hospital general. Investigación original”. Artículo digital recuperado en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/264>
- Guirado, Carla y Gil, Mariano. (2021). El campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe. Hacia una historización de políticas públicas, sentidos y prácticas. *Revista de la Escuela de Antropología*, XXIX, pp. 1-20. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.143
- Hamzaoui, M. (2005). *El trabajo social territorializado. Las transformaciones de la acción pública en la intervención social*. : Nau Llibres. Valencia, España.
- Jodelet, Denise. (1984). “La Representación social. Fenómenos, conceptos y teoría”, en: Serge Moscovici y coautores. *Psicología social II. Psicología social y problemas sociales*. Paidós. Barcelona.
- Maldonado, Mirian. Semprini, y Carolina (2019). Modelos de atención en la Salud Mental. Dispositivos Comunitarios en la Provincia de Rio Negro. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Morrison, Rodolfo (2021). La Terapia Ocupacional. Una interpretación desde Eleanor Clarke Slagle. Artículos de reflexión. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*. Recuperado: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2071-081X2021000100007](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2021000100007)
- Najmanovich, Denise. (2001) Del “Cuerpo-Máquina” al “Cuerpo Entramado”. Artículo publicado en *Campo Grupal* N° 30, Buenos Aires.
- Panorámicas de salud mental : a un año de la Ley Nacional N° 26.657. (2011) coordinado por Ernesto Blanck. - 1a ed. - Buenos Aires : Eudeba.

- Paugam, S., (2012), "Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales", en Papeles del CEIC, vol. 2012/2, no 82, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco, <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/82.pdf>.
- Ritterstein, Pablo. (2008) Aprendizaje Y Vínculo. Una mirada sobre el aprendizaje: Enrique Pichon Rivière y Paulo Freire. Artículo, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires.
- Rotelli, F. (2014). "Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste." Buenos Aires. Topía Editorial.
- Sautu, Ruth. (2004). "El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores. Buenos Aires. Lumiere Ediciones.
- Schettini, Patricia. Cortazzo, Inés. (2015). Análisis De Datos Cualitativos En La Investigación Social Procedimientos Y Herramientas Para La Interpretación De Información Cualitativa. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires.
- Sierra, Noelia. (2016). "Presencia Constante". Revista de Políticas Sociales. Año 3. Número 4. UNM Editora. Recuperado en: <http://repositorio.unm.edu.ar:8080/jspui/bitstream/123456789/125/1/rps-4.pdf>
- Slatopolsky, Gustavo (2021). Lo singular en lo colectivo: lógica del dispositivo para el tratamiento del autismo.. Revista De Psicología, 20(1), 98–107. Recuperado en : <https://doi.org/10.24215/2422572Xe121>
- Sotolano, Oscar. (2014). La recuperación de la capacidad interpretativa. Un desafío para la vida cotidiana. En Revista Topia; Nro. 73. abril. Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner. Buenos Aires. Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP. Recuperado en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner\\_2013\\_medicalizacin\\_de\\_la\\_vida\\_\\_sufrimiento\\_subjetiv\\_2014.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida__sufrimiento_subjetiv_2014.pdf)

Stolkiner Alicia , Ardila Gómez Sara (2012). Conceptualizando La Salud Mental En Las Prácticas: Consideraciones Desde El Pensamiento De La Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría.

Suaya, Dulce. (2010). Historia vital del trabajo: herramienta de atención en salud colectiva. Buenos Aires. Cooperativa Chilavert Artes Gráficas.

Testa, Daniela (2010). Reflexiones sobre nuestras prácticas. Un acercamiento a la Modalidad de Intervención en Dispositivos Laborales de Salud Mental en el Sector Público de la ciudad de Buenos Aires. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Volumen 10.

### **Fuentes Documentales**

Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe 2022 – 2026. (Ministra de Salud Sonia Martorano, Secretario de Salud Jorge Prieto, Subsecretaria de Equidad Romina Carrizo, Dirección de Salud Mental Celina Pochettino).

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS. Canadá 17-21 de noviembre de 1986.

Declaración de Alma-Ata. OPS/OMS, URSS 6-12 de septiembre de 1978.

Declaración de Caracas. OPS/OMS, Venezuela 14 de noviembre de 1990.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 217 A (III). París, 10 de diciembre de 1948.

Ley Nacional N° 26.994 Código Civil y Comercial de la Nación. Publicada en el Boletín Oficial del 08 de octubre de 2014.

Ley Nacional N°26.378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Publicada en el Boletín Oficial el 6 de junio de 2008. Jerarquía Constitucional.

Ley Nacional N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

Ley Nacional N° 26.657 Derecho a la protección de la salud mental. Publicada en el Boletín Oficial el 2 de diciembre 2 de 2010. Decreto reglamentario 603/2013, publicado en el Boletín Oficial el 29 de mayo de 2013.

Ley Provincial N°10.772 Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Publicada en el Boletín Oficial el 26 de diciembre de 1991.

Ley Provincial N° 2.440 Salud Mental, Tratamiento Y Rehabilitación De Las Personas Con Sufrimiento Mental. Sanción: 11/09/1991, Promulgación: 03/10/1991- Decreto N° 1466/1991. Publicación: B.O.P. N° 2909 - 10 de Octubre de 1991; Pp. 1-2. Provincia de Río Negro.

Resolución 1366/22 . Instituto Nacional De Asociativismo Y Economía Social. Unidad De Vinculación De Cooperativas Sociales Integradas Por Personas Con Discapacidad Psicosocial. Fecha De Sanción 30-03-2022. Publicada En El Boletín Nacional Del 01-Abr-2022