



Universidad Nacional Del Litoral
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Licenciatura en Trabajo Social

Tesina de grado

**Dispositivos alternativos en Salud mental: el proceso de
desmanicomialización en clave santafesina**

Autora: Estefanía Alejandra Sarmiento

**Asesora temática: Delia María Passeggi
Mg. En Salud Mental – Lic. en Trabajo Social**

Seminario de Tesina a cargo de Gustavo Papili

Santa Fe, junio de 2018

Índice

I. Agradecimientos.....	p. 4
II. Resumen.....	p. 6
III. Introducción.....	p. 7
IV. Estado de la cuestión.....	p. 12
V. Aspectos metodológicos.....	p. 14
V.I Estrategia metodológica.....	p. 14
V.II Virajes metodológicos.....	p. 14
V.III Instrumentos de recolección de información.....	p. 18
V.IV -Un poco de- Teoría Fundamentada.....	p. 21
V.V Referencias. Entrevistas y material utilizado para el análisis.....	p. 22
V.VI Consentimiento informado.....	p. 24
VI. Aproximaciones teórico-conceptuales al tema bajo estudio.....	p. 25
VI.I Aportes histórico-contextuales para ubicarnos en el campo de la Salud Mental.....	p. 25
VI.II Acercamiento a la categoría de Salud Mental.....	p. 32
VI.III Dispositivos Alternativos.....	p. 33
VI.IV Experiencia.....	p. 35
VI.V Autonomía.....	p. 37
VI.VI De lo general a lo particular: el caso de Santa Fe.....	p. 39

VI.VII Leyes que vehiculizan políticas - políticas que se traducen en dispositivos.....	p. 43
VII. En busca de la experiencia construida.....	p. 46
VII.I Experiencia.....	p. 46
VII.I.I Experiencia de resignificación identitaria: ¿cómo incide la mirada del otro en este proceso?.....	p. 47
VII.I.II Experiencia en relación a una red de contención: amistad, familia, instituciones varias.....	p. 52
VII.II Experiencia y Dispositivo Alternativo.....	p. 54
VII.II.I Qué entienden por Dispositivo Alternativo quienes lo conforman, cuáles son las fortalezas de la experiencia construida.....	p. 55
VII.II.II Cómo se configura el trabajo hacia dentro de un Dispositivo: toma de decisiones, roles, debates, estrategias.....	p. 58
VII.II.III Apuestas superadoras de las posibilidades dadas actualmente y aspectos que todavía significan desafíos por sortear.....	p. 65
VII.III Experiencia y Política Pública.....	p. 69
VII.IV Experiencia y Autonomía.....	p. 76
VII.IV.I La experiencia de habilitar autonomía en la Residencia.....	p. 77
VII.IV.II La experiencia de habilitar autonomía en el Dispositivo Emiliana.....	p. 80
VIII. Reflexiones finales.....	p. 84
IX. Bibliografía.....	p. 93

“La profesión de mi ejercicio no consiste ni permite que yo ande de otra manera. El buen paso, el regalo y el reposo, allá se inventó para los blandos cortesanos; más el trabajo, la inquietud y las armas sólo se inventaron e hicieron para aquellos que el mundo llama caballeros andantes, de los cuales yo, aunque indigno, soy el menor de todos”.

Miguel de Cervantes, El Quijote, I parte, pág. 120.

I. Agradecimientos

A la Universidad Nacional del Litoral, por dejarse transitar, por haberme recibido en dos oportunidades distintas, por proponer y hacer proliferar caminos para la construcción de conocimiento, para la formación de profesionales.

A la Licenciatura en Trabajo Social y el cúmulo de corazones que en ella laten con fuerza, porque me recibió con los brazos abiertos, mates y sonrisas en cada aula. Gracias por la calidez, que tanto necesito y celebro siempre en todo ámbito de la vida. Gracias por forjar gran parte de mi identidad durante los años transcurridos.

A mis abuelos, que hoy no están pisando el suelo que piso pero están conmigo siempre. En especial a la Chuchi, que me alentaba a estudiar y amenizó incontables jornadas de lectura con los mates lavados más ricos de la historia.

A mis viejos, que supieron entender y respetar mis decisiones, mis cambios de norte, mis tiempos despojados de prisa. A ellos porque me eligieron, porque los elegí, y porque indefectiblemente volveríamos a elegirnos si la vida así lo quisiera. Gracias por tanto amor.

A mi compañero, mi amor incondicional con quien transito y reinvento la vida desde hace 9 años. Porque me brindó su calma y compañía sin mezquindad, porque estuvo firme a mi lado en todo momento, demostrándome siempre que con amor y verdad, se puede todo.

A las compañeras que me regaló la Licenciatura: tan buenas, que no tardaron en cosechar amistad en mi corazón. Gracias por cada palabra de aliento, por cada mate compartido, por su generosidad, por estar más allá de los oscuros laberintos que la vida académica a veces –muchas veces- impone.

A mis otras amigas, las que vienen desde hace muchos años y desde distintos recovecos de la vida queriéndome y dejándose querer. Gracias por bancarme con mis ausencias, mis alegrías y mis tristezas. Gracias por ser una de mis válvulas de escape del lado más "serio" de la vida.

A Delia, que acompañó de manera estoica este proceso. Detrás de su sonrisa, habita la calma, el compromiso, la entrega total, la perseverancia, la comprensión, el aliento, la exigencia, la bondad y la ternura. Gracias por compartirme todo eso y por proponerte y proponerme atesorar hallazgos y aprendizajes que exceden ampliamente a esta investigación y su objeto de estudio.

A todas las personas que desde el minuto cero de lanzada al mundo esta tesina, de manera desinteresada me prestaron libros, me presentaron autores, me ayudaron a pensar el universo de la Salud Mental mediante charlas adornadas con puchos, mate, cervezas y vino.

A quienes accedieron con total apertura a una entrevista en el marco de mi trabajo de campo, a quienes aportaron desde charlas informales –tanto coordinadores como usuarios de los dispositivos-. Todos, en cada encuentro y palabra compartida me contagiaron su entusiasmo renovando mi entusiasmo.

A todo aquel que inocentemente alguna vez en contextos de infierno personalísimo me partió el alma, me colapsó los nervios y me hizo estrujar el pecho preguntándome “¿Cuándo te recibís?”/ “¿Cuánto te falta?”. Vamos a darles las gracias porque sí, porque también fueron parte de este proceso hecho de altibajos emocionales.

Creo que dar las gracias es una forma de hacerle saber al otro lo mucho que nos reconforta y nos gusta que esté ahí. Por eso es que este apartado podría dispararse a lugares, personas y momentos insospechados. Tal vez alcance con lo ya expuesto, y con un rotundo GRACIAS.

II. Resumen

El **objeto de estudio** propuesto en este trabajo de iniciación a la investigación refiere a las **experiencias construidas en el dispositivo alternativo Emilianas del Hospital Mira y López y en Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental en el marco de la Ley Provincial y Nacional de Salud Mental, en la ciudad de Santa Fe**. Asimismo, el **objetivo general** ha sido planteado en términos de **identificar la función que ocupan los dispositivos alternativos en el proceso de internación/externación**¹.

Se propone así el estudio de un aspecto que entiendo, es un pilar central del llamado proceso de desmanicomialización. Este aspecto, refiere puntualmente a los dispositivos alternativos pensados y creados tanto para contrarrestar los efectos adversos de la manicomialización, como así también para convertirse en una forma de dar asilo y acompañar desde las prácticas en salud, a los sujetos con padecimiento mental.

Este estudio se circunscribe al territorio santafesino, más precisamente, al dispositivo alternativo Emilianas, y a las Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental de la ciudad de Santa Fe. En cuanto al aspecto metodológico, se propone un diseño flexible, basado en un enfoque cualitativo. La muestra, de tipo intencional y evaluada; se obtiene a través de la construcción y utilización de métodos de recolección de información cualitativos, como ser entrevista abierta, observación, registro de campo, entre otros.

Las reflexiones finales ordenan y de algún modo sintetizan lo que aquí se presenta de manera superficial. Allí se materializa el intento por poner en diálogo los múltiples sentidos construidos, como ser: aquellos vinculados a procesos – experiencia- de autonomía, de constitución de la política pública en salud mental.

¹ En esta investigación, el sentido del binomio "internación externación", no está necesaria ni exclusivamente sujeto a un contexto de internaciones crónicas de larga data. Se considera que, sostenidos en el tiempo, tratamientos de tipo ambulatorio también imprimen sus huellas en la subjetividad del usuario. De modo que es pertinente identificar la función que ocupan los dispositivos alternativos en este tránsito, tanto en el caso de internaciones como en el caso de experiencias de otro tipo.

III. Introducción²

Para comenzar a explicitar las diversas reflexiones que dan sentido y contenido al presente trabajo de Tesina, resulta pertinente señalar que las **fuentes nutrientes de interés** del mismo provienen de cierta motivación personal, la cual ha sido atravesada por las experiencias de prácticas de formación profesional realizadas en la temática salud, y por diferentes instancias de formación académica.

Durante los años que realice mis prácticas pre-profesionales en un Centro de Salud de la ciudad de Santa Fe, mi impresión personal comenzó a rondar en la idea de que "salud" y "salud mental" parecían estar destinadas a ser pensadas y percibidas como escindidas la una de la otra; como si hablar de "salud" implicara determinados debates y cuestiones inherentes al campo, y hablar de "salud mental", implicara otros debates distintos -o que se dan por separado- de los anteriores³.

Por otro lado, en segundo año de la Licenciatura, cursando la cátedra "Trabajo Social, Modernidad e Institucionalidad Social", llevamos a cabo un trabajo grupal que consistía en analizar la Ley Nacional de Salud Mental en tensión con su implementación en la práctica de los efectores de salud locales. Por aquel entonces, en diálogo con profesionales de la Dirección Provincial de Salud Mental, surgieron -y persistieron- interrogantes e inquietudes respecto a la implementación de la Ley tanto Nacional como Provincial, como ser: el cambio de paradigma que éstas significaron y el desafío que conlleva la implementación de una ley en la práctica, así como las disputas y luchas de poder que se fueron dando en el "mientras tanto" de esta revisión de los sistemas de atención y tratamiento en el campo de la salud mental.

² Considero necesario hacer explícito que a lo largo de este escrito se optó evitar el uso de lenguaje no sexista. Ésta decisión, responde pura y exclusivamente a un principio de economía lingüística. De ningún modo esta forma de escritura abala una mirada binarista de la construcción de géneros o denota supremacía de lo masculino por sobre otras construcciones posibles.

³ Con esto no pretendo negar rotundamente que en este efector de salud no hayan existido prácticas o líneas de trabajo direccionadas a abordar en la práctica diaria las problemáticas entrelazadas o referidas a la salud mental; ni pretendo emitir juicios valorativos sobre el desempeño profesional del personal de aquel entonces.

Entiendo que la **relevancia del tema** seleccionado está dada por considerar que el área de Salud Mental es escasamente explorada desde el proceso de formación de la Licenciatura en Trabajo Social de la FCJS, no dándose así la posibilidad de reflexionar en torno a los valiosos aportes que desde nuestro campo profesional podemos acercar al debate y construcción de sentido en las intervenciones. Por otro lado, se piensa que mediante el tema propuesto podrán recuperarse experiencias locales propias de la ciudad de Santa Fe en lo que refiere al proceso de desmanicomialización que hasta el momento -y según la revisión bibliográfica realizada- no han sido profundizadas. Existen estudios que describen y analizan la experiencia de la ciudad de Rosario -por mencionar el caso geográficamente más cercano-, pero en mi búsqueda, no logre acceder a producciones de las experiencias locales.

Resulta necesario a continuación, intentar hacer explícitos los **supuestos**⁴ que se ponen en juego a la hora de abordar dicha temática.

Atendiendo a ciertas características del campo de la salud mental, se tiene la sospecha de que las organizaciones institucionales avocadas al cuidado y acompañamiento de sujetos con padecimiento mental, aún encontrándose posicionadas desde una lógica polivalente⁵, continúan reproduciendo ciertas improntas manicomiales, tanto de manera explícita -medicalización excesiva, abuso de estrategias de aislamiento, entre otras- como implícita -es decir, reflejadas en "marcas" o ciertas lógicas arraigadas aún en la institución-.

No está de más agregar que esta "sospecha" no parte de una mirada totalizante, la cual afirmaría que toda intervención es realizada desde dicha

⁴ Entiendo por supuestos: aquellas ideas que existen y persisten, y se hacen evidentes al momento de comenzar a trazar las indagaciones previas a la elaboración del proyecto de tesina. Se trata de las ideas/imaginarios que se tienen sobre el tema a investigar previamente a desarrollarse la investigación; mediante la cual quedará en evidencia si dichos supuestos existen en la realidad tal como se habían percibido o comprendido, o si la misma nos muestra otro estado de cosas que se aleja total o parcialmente de ellos.

⁵ Las organizaciones asilares de salud mental en general, presentan la particularidad de haber atravesado un proceso de reforma, vinculado al pase de una institución de tipo monovalente, a una institución de tipo polivalente. Fue este el caso del Hospital Mira y López, el cual en el año 1948 (Faraone S y Valero, A, 2012) pasó a ser polivalente, intentando de a poco, dejar atrás las prácticas exclusivamente ligadas a las lógicas manicomiales y de encierro total, para convertirse en un efector de salud más, históricamente arraigado en el norte de la Ciudad. Más adelante, se profundizará en la descripción de dicha institución.

postura; pues esto sería negar la coexistencia de diversos posicionamientos entrecruzados y disputándose actualmente en este campo.

Por otra parte se cree que, en algunos casos, algunas instituciones pueden haber oficiado como "depósito de personas". Es decir, que allí confluían sujetos que, al no contar con "relaciones de proximidad" (Castel, 2009) que acompañen su proceso, se les dificultaba encontrar un espacio de sostén en donde atravesar su crisis subjetiva por fuera de una institución.

La anterior enunciación, hace necesario explicitar la existencia de otro supuesto vinculado a la internación prolongada, el cual puede ser comprendido recuperando la categoría de desafiliación social propuesta por Castel (2009)⁶. Por un lado, el hecho de creer que aquellos usuarios que transitaron una internación prolongada, vieron debilitados sus lazos con el afuera, con su entorno familiar y social, es decir: el encierro como "la causa" de la desafiliación social del sujeto. Por otro lado, se cree que existen casos de sujetos que son o han sido internados porque no cuentan con relaciones de proximidad que puedan sostener a quien atraviesa una crisis subjetiva. Sea cual fuera la forma de comprender este proceso, esta propuesta de investigación pretende desandar las trayectorias de los sujetos en su vinculación con los dispositivos alternativos.

Por otra parte, pienso que los dispositivos alternativos propuestos por la Dirección Provincial de Salud Mental, entre ellos, el dispositivo Emilianas y las Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental, pueden vehiculizar la concreción de un mayor grado de autonomía en el caso de los sujetos con padecimiento mental.

A su vez, tengo la impresión de que la experiencia de externación puede ser percibida por el sujeto protagonista del proceso, como una especie de "duelo". Esto no deja de considerar, que esta decisión es meticulosamente adoptada por el

⁶ "La desafiliación, tal como yo la entiendo, es en un primer sentido una ruptura [...] en las redes de integración primaria. Un primer corte con las regulaciones dadas a partir de la inserción en la familia, el linaje, el sistema de interdependencias fundadas en la pertenencia comunitaria. Hay riesgos de desafiliación cuando el conjunto de las relaciones de proximidad que mantiene un individuo sobre la base de su inscripción territorial, que es también su inscripción familiar y social, tiene una falla que le impide reproducir su existencia y asegurar su protección". (Castel, 1997:34)

equipo que acompaña y por el sujeto en cuestión y que dicha instancia encierra en sí la posibilidad de que el sujeto amplíe su horizonte –por ejemplo, en lo referido a la adquisición de derechos-. Más allá de todo esto, existe en mí la sospecha de que este momento puede significar un gran impacto en la subjetividad construida por el sujeto durante su período de internación. Pienso en particular en usuarios crónicos, que vivieron en y bajo las reglas de la institución durante un largo período de tiempo y que llegado el momento de abandonar la misma, junto con las ansias y las expectativas depositadas en “el afuera”, sienten cierta angustia frente a este desapego con “lo ya conocido”, los rostros habituales y las rutinas adoptadas.

La idea que sigue a continuación, tiene que ver no tanto con este binomio “adentro/afuera” o “manicomialización/desmanicomialización”, sino más bien con inquietudes referidas al campo de la salud/salud mental en general, o a cómo se opera en la realidad. La bibliografía consultada en los albores de esta investigación, la que me lleva a tener como supuesto que el proceso de desmanicomialización tiene su correlato en la comunidad, convirtiéndose ésta en protagonista del cuidado de su salud mental; y sin embargo, considero que este proceso no está firmemente arraigado en la comunidad en sí.

Partiendo de –o tomando en consideración- este cúmulo de supuestos explicitados, puede referirse que el objeto de la presente investigación tiene que ver con **las experiencias construidas en el dispositivo alternativo Emilianas del Hospital Mira y López y en Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental en el marco de la Ley Provincial y Nacional de Salud Mental, en la Ciudad de Santa Fe.**

El objetivo general que se desprende del objeto, refiere a **identificar la función que ocupan estos dispositivos alternativos en el proceso de internación/externación.** En cuanto al objetivo específico, éste apunta a **analizar e interpretar en qué medida estos dispositivos alternativos contribuyen en la construcción de autonomía en los sujetos con padecimiento mental.**

Existen interrogantes afines a la temática aquí referida, los cuales han ido

surgiendo durante la instancia de indagación bibliográfica y de construcción del objeto de investigación. Éstos, sirvieron a modo de guía para lograr un acercamiento a comprender la realidad bajo estudio.

Así, surgen preguntas inherentes al proceso de internación/externación tales como: ¿cómo es significada la experiencia construida por sujetos con padecimiento mental en este proceso de internación-externación, en esta relación "adentro/afuera"?; ¿qué aportan los dispositivos, como lógica opuesta a la manicomialización?, ¿qué estrategias orientan la acción de estos dispositivos?, ¿instituyen prácticas habilitantes de la autonomía de los usuarios?, ¿cómo se da la relación con los profesionales en estos procesos de internación/externación?, ¿qué ocurre en el transcurso de la internación con la "desafiliación social" del sujeto y con la pérdida de su capital social?, ¿qué vínculos establece el sujeto en su proceso de internación/externación y por qué espacios o instituciones transita en pos de sostener el cuidado de su salud mental?, ¿qué implica para la subjetividad del sujeto, reorganizar su vida cotidiana en función de las reglas que imperan hacia dentro de una institución?, ¿qué ocurre con los lazos creados por el sujeto hacia dentro de la institución al momento de ser externado?

Las cuestiones hasta aquí señaladas operan como una incipiente aproximación a lo que será retomado y profundizado a lo largo del presente desarrollo.

IV. Estado de la cuestión⁷

Como antecedentes del tema aquí propuesto, se tienen en consideración tres estudios que guardan cierta vinculación con éste, dando cuenta de algunos aspectos que han sido explorados en lo que refiere a la puesta en práctica del denominado proceso de desmanicomialización.

Así, las investigaciones que de algún modo se acercan al objeto de estudio de esta investigación, son las siguientes:

- Faraone y Valero (2004-2011) "Ciencias Sociales, derechos humanos y salud mental"
- Duarte, M.P; Cozzi, V.; Estape, M. A.; Hamann, Y; Yujnovsky, N. "La oferta de atención en salud mental de un servicio de Hospital de Día y los cambios en los procesos de salud mental de sus usuarios. Estudio evaluativo. Paraná, Entre Ríos. Período 2006-2012 en Flory, A. y Montini, A. (2012) "Trazar con otros: Experiencia de Hospital de Día, Hospital Escuela de Salud Mental".
- Amico, L. (2005). "La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención".
- Serra, M. F. (2011) "La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros".

La primera obra, enmarcada en un diseño de investigación flexible y de tipo cualitativo, orientó sus objetivos en la descripción y análisis de las bases conceptuales y las prácticas implementadas en el proceso de transformación de los "modelos asilares" de salud mental, los cuales fueron desarrollándose en Santa Fe, enmarcados en la Ley provincial 10.772.

En segundo lugar, se hace referencia a una investigación que recupera las prácticas e intervenciones llevadas adelante en un Hospital de Día que funciona

⁷ "Uno de los propósitos de la revisión de la literatura [o 'estado de la cuestión'] es analizar y discernir si la teoría existente y la investigación anterior sugieren una respuesta (aunque sea parcial) a la pregunta o las preguntas de investigación; o bien provee una dirección a seguir dentro del planteamiento de nuestro estudio" (Danhke, 1989 en: Hernandez Sampieri y otros, 2003: p. 59).

en la ciudad de Paraná. Desde allí, son puestas en tensión las prácticas manicomiales arraigadas tanto en las organizaciones de salud mental como en el imaginario social, ofreciendo –desde la recuperación y reflexión de las experiencias dadas en el Hospital de Día- una lógica de sustitución de estas prácticas.

En tercer lugar, es recuperada la obra de Lucía del Carmen Amico, quien se propone abordar la temática de la salud mental así como la institucionalización de la locura desde un enfoque social. La investigación propone como hipótesis la idea de que *"las alternativas de atención en salud mental inciden positivamente frente a la problemática de la locura institucionalizada"*, y plantea una serie de objetivos que abonan una mejor y más acabada comprensión del estado del arte de la temática bajo estudio.

Por último, la producción de Serra, F. apunta a reconstruir las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia de Oliveros, e indagar acerca de las posiciones que la familia asume en esas trayectorias. Si bien refiere al caso de Rosario, este estudio se acerca a la temática aquí propuesta desde la idea de "trayectoria", la cual puede pensarse en cierta consonancia con las "experiencias construidas" en los dispositivos alternativos.

Cada una de las obras aquí mencionadas, brindaron un aspecto interesante de revisar al momento previo de dar inicio al trabajo de investigación, propiciando aportes que van desde aspectos macro –representados quizás en la obra de Valero y Faraone; Lucía del Carmen Amico- a experiencias más cercanas a lo micro –como es la experiencia del Hospital de Día de la provincia de Paraná, y de la Colonia Oliveros-.

Más allá de la similitud con el tema propuesto en este proyecto, las obras revisadas no profundizan en las experiencias construidas en los dispositivos alternativos creados en la Ciudad de Santa Fe, de modo que los resultados que arroje este trabajo de investigación enriquecerán el campo de conocimiento aportando –al menos de manera parcial- la recuperación de experiencias locales centradas en el proceso de desmanicomialización.

V. Aspectos Metodológicos

V.I Estrategia metodológica

La presente investigación, se encuentra inscripta en un diseño flexible, con una estrategia metodológica cualitativa.⁸

Vale agregar que luego de evaluar distintas posibilidades, se optó por realizar una investigación que involucre a diferentes actores del dispositivo alternativo Emilianas Hospital Mira y López y de las Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental.

La muestra, intencional y evaluada, fue conformándose mediante la técnica de "bola de nieve"⁹. De tipo flexible, ésta no fue definida de una vez y para siempre. Por el contrario, ha sido modificada respecto de su delimitación inicial - siempre provisoria- en función de lo acontecido durante el transcurso del trabajo de campo¹⁰.

V.II Virajes metodológicos

A continuación, intentaré dar cuenta de aquellos aspectos que, de alguna forma, marcaron puntos de inflexión en este recorrido de iniciación a la investigación.

⁸ "(...) el abordaje cualitativo profundiza en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medidas y estadísticas." (De Souza Minayo, 2003: 18).

⁹ "La estrategia del muestreo teórico puede utilizarse como guía para seleccionar las personas a entrevistar (Glaser y Strauss, 1967). En el muestro teórico el número de "casos" estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada "caso" para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social. Después de completar las entrevistas con varios informantes, se diversifica deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda gama de perspectivas de las personas en las cuales estamos interesados. Uno percibe que ha llegado a ese punto cuando las entrevistas con personas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva. [...] el modo más fácil de constituir un grupo de informantes es la técnica de "la bola de nieve": conocer a algunos informantes y lograr que ellos nos presenten a otros". (Taylor y Bogdan, 1986: 108-109)

¹⁰ Respecto a la noción de "campo", Rosana Guber (1991), afirma lo siguiente: "Acotar el campo es parte del proceso de investigación, de la construcción del objeto de conocimiento y del trabajo de campo. Por eso, acotar con quiénes y dónde se llevará a cabo significa explicitar y aclarar el rumbo previsto, así como develar supuestos, intereses y tendencias a las que adscribe el investigador, simpatías y antipatías hacia algunos informantes, y la relación entre el campo y el objeto construido. Todo esto conduce a asignarle un valor específico al trabajo de campo y al campo mismo. Sin embargo, nada de lo que se haga en la etapa de delimitación puede ser definitivo (como tampoco lo es el significado de un concepto teórico); más bien aparece como primera aproximación, abierta a nuevas exploraciones y reformulaciones; de lo contrario, se caería en un enfoque sociocéntrico y tautológico, impermeable a la investigación empírica". (p. 60)

En primer lugar, el primer desafío: **definir el objeto de estudio**. Se trató de un viaje desde un universo de posibilidades infinito, al objeto de estudio que finalmente fue delimitado. En el camino, se dejó a un lado la posibilidad de explorar el universo de "Salud Mental y APS", o de "las representaciones sociales de la locura construida o proyectada desde los medios de comunicación". Una vez enmarcada en y cautivada por los dispositivos alternativos, un ingenuo afán de ir por todo y más, alentó el intento de abarcar la totalidad de dispositivos alternativos en salud mental de la ciudad de Santa Fe –o de aquellos que, hasta ese momento, creía que conformaban "la totalidad"-. Bastó con establecer un primer acercamiento a un dispositivo, para comprender que las particularidades de un espacio tal, excedían las posibilidades de mi bienintencionada pero singular persona.

Así fue que se optó por el dispositivo alternativo Emilianas y por las Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental. Puntualmente, se optó por realizar entrevistas con quienes coordinan ambos espacios –tanto profesionales como no profesionales-. Los criterios de esta **selección de la muestra**, se disparan en distintas direcciones y dan cuenta de su carácter intencional.

Antes de poder definir la muestra, se tomaron sucesivas decisiones que llevaron a poder acotar la misma. Por ejemplo, en los inicios del trabajo de investigación: la decisión de trabajar únicamente con adultos, dejando a un lado la población de niños/as y adolescentes que transitan por los dispositivos. Esta decisión partía de considerar que dicha población se configura como un universo en sí, en donde inevitablemente las categorías de niñez y adolescencia cobrarían un marcado protagonismo, a la vez que abrirían un sinfín de nuevos supuestos, interrogantes e hipótesis que merecen ser atendidos con cierta exhaustividad que, en el marco de la investigación propuesta, no es posible garantizar. Es decir, que se entiende que, cruzar el campo de la salud mental y el de la niñez y adolescencia, implica todo un debate, posicionamiento y desarrollo conceptual que en esta oportunidad, se optó por dejar de lado.

Por otro lado, se tuvo en cuenta el factor "accesibilidad": existían posibilidades de contactar con dos informantes clave, uno asociado a cada espacio. Éstos, a su vez, oficiarían como vía de llegada a otros informantes –bola de nieve-.

Respecto del Emprendimiento Emilianas, considero que mi participación como voluntaria en un Proyecto de Extensión¹¹ vinculado al espacio, propició el hecho de que por parte del equipo exista mayor apertura a colaborar aportando información para esta investigación. Podría inferirse que en este caso y dada esta situación, mi permanencia en el campo tuvo un doble propósito: la extensión universitaria y la iniciación a la investigación.

Así, entre los intereses del PEIS, surge la propuesta de realizar un trabajo de análisis y sistematización de: por un lado, el registro de las asambleas que se realizan periódicamente con la presencia y participación de usuarios y coordinadores del Emprendimiento. Por otro lado, las historias clínicas de los usuarios que trabajan en el dispositivo.

Excede a los fines de este escrito explicitar cuál es el fundamento por el cual se determina trabajar con este material desde el PEIS. A los fines de enmarcar esta tarea dentro de los lineamientos de mi trabajo de campo, puede decirse que el acceso a esta información permitió ir en busca de las experiencias construidas en dicho espacio. Se considera que la posibilidad de trabajar con estos documentos aportó información acerca de la construcción de autonomía de los usuarios que transitan por el dispositivo –en cuanto a su participación en la toma de decisiones en el Emprendimiento y respecto de sus trayectorias asistenciales en el sistema de salud-.

En el caso de las Residencias Compartidas, una entrevista con una trabajadora social que tiempo atrás formó parte del equipo de coordinación de las mismas, fue "la puerta de entrada" hacia el resto del equipo. El efecto bola de

¹¹ PEIS titulado "Producir trabajo es producir salud", dependiente de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional del Litoral.

nieve operó posibilitando una posterior entrevista grupal con el actual equipo de coordinación del dispositivo.

Otro criterio de selección de estos dos dispositivos, encuentra su fundamento en aportes teóricos provenientes de Erving Goffman (2001), quien afirma que

Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio. La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. (p. 19)

Si se considera la idea anterior, ambos dispositivos seleccionados, en contraposición a la lógica de una institución total, responden a la posibilidad de diferenciar espacios para el desempeño de aspectos básicos de la vida cotidiana de quienes atraviesan un padecimiento subjetivo. En el caso de las Residencias, la diferenciación es clara: se trata de un dispositivo externo al Hospital, desde el cual se apuesta a la resignificación de la vida cotidiana de los usuarios que transitan por él. En el caso del dispositivo Emilianas, al funcionar éste dentro del Hospital, el espacio y su separación respecto del Hospital adquiere algunas particularidades. Aún así, se entiende que éste representa el lugar de trabajo de los usuarios que desempeñan allí su labor diariamente.

En función de acotar la muestra, el **recorte temporal** también ha sido modificado en el transcurso de la investigación. En un primer momento, respondía a un lapso de tiempo contenido en una franja de años específica, en pos de marcar "un antes" y "un después" de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental. Posteriormente, y considerando que ambos dispositivos finalmente seleccionados datan de antes de la reglamentación de la Ley Nacional, más la relevancia de la ley Provincial en los procesos locales, se decide concebir el recorte temporal no referenciado necesariamente a un tiempo cronológico, sino

más bien en consonancia con la existencia de ambas leyes y su impartición de sentido.

Por último, vale mencionar el hecho de que en un principio, la estrategia metodológica fue pensada complementando el uso de herramientas cuali y cuantitativas. En el devenir de la investigación, se optó por trabajar desde un **enfoque exclusivamente de tipo cualitativo**. La inexperiencia en la implementación de estrategias cuantitativas, sumado al tiempo que implicaría concretar debidamente la mixtura de ambos enfoques, impulsó esta toma de decisión. No obstante, no se desestima ni deja de considerarse interesante la posibilidad de encarar futuras investigaciones incorporando dicho enfoque.

V.III Instrumentos de Recolección de Información

Para este momento -de trabajo de campo-, se utilizaron métodos cualitativos¹² tanto para la recolección como para el análisis de la información recabada.

La entrevista abierta, la observación, el registro de campo y análisis documental, fueron algunos de los instrumentos de recolección de datos propicios para acceder a los aspectos por investigar.

La **entrevista abierta**¹³, de tipo cualitativa, es flexible y dinámica. Han sido descritas además como no estructuradas, y no directivas (Taylor y Bogdan, 1986). La flexibilidad de esta herramienta y la del diseño de tipo cualitativo, permite aprehender el objeto de estudio y las particularidades que de él se desprenden, adaptándose a las necesidades o eventualidades dadas en el

¹² "¿Qué temas nos demandan la búsqueda de una respuesta holística [cualitativa] que respete la perspectiva de los propios actores? Aquellos estudios que traten con colectivos (...) y en los que sea necesario conocer cómo funciona el conjunto; los estudios en los cuales se intenta describir o explicar un proceso, donde la generación, emergencia y cambio sean aspectos centrales para la comprensión del tema a investigar: los estudios en los cuales el "lenguaje" sea una parte constitutiva central del objetivo: y los análisis donde la interacción mutua entre actores, la construcción de significados y el contexto en el que actúan forme parte del tema a investigar". (Sautu, 2003, p.56)

¹³ "La entrevista es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores. Asimismo, la referencia a acciones, pasadas o presentes, de sí o de terceros, que no hayan sido atestiguadas por el investigador puede alcanzarse a través de la entrevista. Entendida como relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones, es además una instancia de observación; al material discursivo debe agregarse la información acerca del contexto del entrevistado, sus características físicas y su conducta" (Guber. 1994. En: Paseggi, D. 2015).

transcurso del trabajo de campo. En la entrevista, "[...] el entrevistador se halla a disposición de observar no sólo lo que dice el entrevistado sino cómo lo dice" (Selltiz y otros, 1991: 274). Por lo tanto la técnica de observación y entrevista se pondrán en juego constantemente, utilizándose de manera conjunta en algunas instancias del trabajo de campo.

Respecto del momento de elaborar los instrumentos de recolección de información que permitieran encauzar cada encuentro con los entrevistados, es preciso señalar que los interrogantes debieron ser reformulados reiteradas veces. Así, se logró comprender que más importante que pensar preguntas, es pensar cómo preguntar. De la enunciación de un interrogante depende en gran medida el margen de posibilidad de respuesta que ofrecemos al entrevistado.

En el caso de las Residencias Compartidas, se realizaron dos entrevistas. Una, a una trabajadora social que tiempo atrás formó parte del equipo de coordinación del dispositivo, y otra entrevista grupal, con la totalidad del equipo que coordina actualmente –cuatro acompañantes más un psicólogo-. En cuanto al dispositivo Emilianas, se concretó una entrevista con una trabajadora social que coordina el espacio. Los diálogos informales sostenidos en reiteradas oportunidades con otros integrantes del equipo, sin tratarse de entrevistas diagramadas con antelación, significaron valiosos aportes para comprender algunos rasgos de la lógica del espacio.

Respecto a la **observación**, es válido destacar que "[...] el investigador está orientado primordialmente hacia la descripción y comprensión de la conducta tal como ocurre" (Selltiz y otros, 1991: 267). Se llega al campo con la idea de posicionarse en la escena de manera de pasar lo más desapercibido posible, previendo evitar inhibiciones en la conducta de los sujetos que están siendo observados. El fin de la misma, está en recuperar aquellos aspectos de la realidad que aún siendo evidentes o fácilmente visibles, no dejan de ser de suma importancia a la hora de reconstruir el espacio real. En el caso del Dispositivo Emilianas, la permanencia durante algunas jornadas laborales, propició que mediante la observación sean recuperadas escenas de la cotidianidad del

equipo: charlas y mates compartidos entre los trabajadores, un encuentro en asamblea, momentos de descanso.

En circunstancias como las anteriormente enunciadas, tanto la técnica de observación como de entrevista, estuvieron acompañadas de un **registro de campo** que permitió contener aquellos aspectos mínimos percibidos respecto de lo que aconteció en determinada situación. En este sentido, Rosana Guber (2008), sostiene:

El proceso investigativo que ha propuesto tradicionalmente una mirada abierta a la totalidad social y sin sesgos etnocéntricos, plantea ahora el ideal de ampliar progresivamente la mirada y la capacidad de registrar, captar y detectar información significativa para ser integrada a las notas, conforme avanza el trabajo de campo en una relación reflexiva de conocimiento paralelo y recíproco entre investigador e informantes. Esto es: se ve lo que se puede ver. Tratemos, entonces, de ver cada vez más y mejor. El registro es la manifestación concreta de este proceso y de cómo el investigador concibe el campo y cuanto sucede en él (...) En ese proceso, el registro es una especie de cristalización de la relación, vista desde el ángulo de quien hace las anotaciones o fija el teleobjetivo de la cámara. (p. 166).

En lo que refiere al **análisis documental**, puede precisarse que en ambos casos se trabajó con producciones escritas y audiovisuales realizadas desde cada uno de los dispositivos. En líneas generales, puede decirse que dicho material propició un primer acercamiento a la individualidad de cada espacio y han sido fuente de información inicial desde donde pensar, por ejemplo, algunos aspectos durante la construcción de las entrevistas. En el caso del dispositivo alternativo Emilianas, el acceso a registros de asambleas que datan de momentos inaugurales del espacio, así como el trabajo con historias clínicas de los trabajadores, permitieron ampliar la mirada respecto de las experiencias allí construidas.

Teniendo en cuenta las particularidades del enfoque cualitativo y su lógica que apunta a construir teoría en base a la información recabada, resulta preciso especificar que la información obtenida durante el trabajo de campo no fue analizada una vez finalizado el mismo, sino que en todo el proceso se hizo el

esfuerzo de atender a los conceptos/categorías que iban surgiendo, necesarios de analizar en función de aportar a esta producción de teoría¹⁴.

V.IV (Un poco de) Teoría Fundamentada

El modo de transitar y materializar dicho análisis, invitó a tomar algunas herramientas propias de la teoría fundamentada. Este método de investigación, ideado por Glaser y Strauss hacia fines de la década del '60, consiste en "(...) la identificación de núcleos temáticos y su consecuente articulación, determinando los mapas conceptuales presentes en el discurso". (Marradi y otros, 2007: 296).

Posteriormente a la desgravación de los audios correspondientes a cada entrevista realizada, se procedió a la identificación de bloques temáticos en dos sentidos. Por un lado, identificar aquellos discursos que de manera casi explícita guardaban relación con las **categorías centrales** en esta investigación. Por otro lado, detectar en la multiplicidad de voces aquellas categorías o ideas que por su marcada aparición en el discurso de uno o más entrevistados, podían considerarse como **categorías emergentes**. Así, se llevaría a cabo el primero de los cuatro pasos del llamado "método de comparación constante", propio de la teoría fundamentada. Dicho modo de proceder, guarda relación con lo que exponen Jones y otros (2004)

Podrían señalarse dos formas de crear códigos: 1) los códigos derivados del marco conceptual (algunos ejes de la guía de entrevista e incidentes que aparecen en las entrevistas que dan cuenta de conceptos teóricos ya trabajados) y 2) los códigos emergentes que surgen de la lectura de las entrevistas. (p.41)

Al leer reiteradas veces la información agrupada de esta forma, fue posible identificar entrecruzamientos entre los dos tipos de categorías mencionados; así como trazar un mapeo de los puntos de coincidencias y disidencias entre las distintas voces recuperadas en contexto de entrevistas. "En todo este recorrido se

¹⁴ "Bajo la búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría particular y luego "voltear" al mundo empírico para confirmar si ésta es apoyada por los hechos, el investigador comienza examinando el mundo social y en este proceso desarrolla una teoría coherente con los datos de acuerdo con lo que observa [...]" (Hernandez Sampieri, 2003: 9).

recurre a la comparación constante, una suerte de diálogo entre teoría y base empírica (...)" (Marradi y otros: 2007, p. 295)

El análisis de información se llevó a cabo siguiendo este camino: tomando aquellas herramientas que se acercaban a las posibilidades de trabajo establecidas en mi proceso individual. La lectura y comparación constante del material, propiciaba la reflexión sobre cada uno de los bloques temáticos detectados, habilitando una serie de interrogantes propicios para direccionar la búsqueda de sentido en el relato de los entrevistados. Algunos de ellos, iban tras el intento de comprender cuestiones del tipo: ¿cómo dialogan los aportes de los entrevistados con mis supuestos? ¿"Qué dicen" los entrevistados en relación a las categorías mencionadas anteriormente?, ¿qué suman estas voces a la categorización previamente realizada?

Por último, es posible agregar que si bien algunos aspectos no fueron profundizados mediante la información que arrojaron las entrevistas, sí fueron recuperados a partir de otro tipo de fuentes de información descriptas con anterioridad. En este sentido, la siguiente idea resume el proceso:

El investigador cualitativo como *bricoleur* utiliza concientemente las herramientas de su trabajo metodológico desplegando cualquier estrategia, método o material empírico que tenga a su alcance. Desde este punto de vista, la combinación de múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observadores focalizados en un estudio singular debe entenderse como una estrategia que agrega rigor, amplitud y profundidad al trabajo del investigador (Denzin y Lincoln 1994, en: Jones y otros, 2004: 39).

V.V Referencias. Entrevistas y material utilizado para el análisis

Emprendimiento Productivo Emilianas

Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo: **E1**

Reunión del equipo de coordinación del Emilianas con dispositivos de Paraná (audio): **E2**

Registro de las asambleas de los usuarios del dispositivo: **E3**

Historias clínicas de los trabajadores del emprendimiento: **E4**

Presentaciones de los usuarios del dispositivo (audios): **E5**

Producciones escritas desde el emprendimiento en conjunto con el PEIS:

- ✓ "Producir trabajo, producir salud": **E6**
- ✓ "La sustitución de lógicas. Trabajo y Salud como producciones indisolubles":
E7

Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental

Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación del dispositivo: **R1**

Producción escrita: "Nuevos dispositivos asistenciales. El desafío de producir nuevas prácticas. Un relato para pensar las prácticas en los dispositivos asistenciales alternativos al manicomio". **R1PE**

Entrevista con el equipo de coordinación de la Residencia de varones:

- Acompañante 1: **R2**
- Acompañante 2 –psicólogo-: **R3**
- Acompañante 3: **R4**
- Acompañante 4: **R5**
- Acompañante 5: **R6**

Producción audiovisual - Video "La casa": **R7**

V.VI Consentimiento Informado

Las entrevistas llevadas a cabo en este proceso de iniciación a la investigación, han sido realizadas poniendo en conocimiento y solicitando autorización a la Dirección Provincial de Salud Mental y al Hospital Dr. Emilio Mira y López.

Sumado a ello se estableció con los entrevistados un acuerdo de consentimiento. Éste se ha constituido en un documento escrito revisado previamente a la iniciación de cada entrevista. En el mismo han sido explicitados el objeto de estudio de la investigación, y los objetivos inherentes a la misma. Se garantizó la preservación de la identidad de los informantes y personas involucradas en sus relatos, así como el uso ético y responsable de la información recabada durante los encuentros. A su vez, se hizo explícito el pedido de autorización para la utilización de la información tanto en este escrito como en otras posibles producciones escritas que se desprendieran de esta investigación.

VI. Aproximaciones teórico-conceptuales al tema bajo estudio

VI.I Aportes histórico-contextuales para ubicarnos en el campo de la Salud Mental

La decisión de ubicar estas líneas al comienzo del desarrollo de este apartado, responde al deseo de volcar en estas páginas un andamiaje contextual que contenga en si la posibilidad de recuperar los orígenes del tratamiento de la locura en contextos diferentes, como pueden serlo Europa –más específicamente, Francia- y Argentina¹⁵.

A continuación propondré entonces, un desarrollo que tendrá como finalidad ofrecer al lector un breve recorrido por la escena europea de los S XVII, XVIII, y XIX, para luego pasar a revisar el contexto argentino de 1880 y años posteriores. Este recorrido trata de recuperar algunos hitos o sucesos que dan cuenta de cómo la locura se configura socialmente a través del tiempo, y cuáles han sido las estrategias dadas para su tratamiento.

Así, se lograría una breve pero necesaria aproximación a conocer los antecedentes históricos -algunos remotos, otros no tanto- de los hoy llamados dispositivos alternativos en salud mental; los cuales responden a una determinada lógica -también anclada a un tiempo y espacio- desde la cual se concibe y aborda el padecimiento mental.

Como ya se dijo, en el caso de Europa, nos situamos en Francia, considerando algunos hechos relevantes de los Siglos XVII, XVIII y XIX. Uno de ellos: la Revolución Francesa (1789) como un momento de inflexión en la historia del tratamiento de la locura.

La Asamblea Nacional y la Constituyente, durante la Revolución Francesa, y especialmente vinculado a la Declaración de los Derechos del Hombre, establece principios políticos y sociales sobre la organización del nuevo Estado, que entran en fuerte contradicción

¹⁵ Encarar en profundidad esta reconstrucción histórica supone un desarrollo que excede las posibilidades reales del presente trabajo; de modo que el recorrido propuesto a continuación, estará sujeto a los fines de operar como ordenador de la escena, para explicitar apenas una parte del extenso y complejo proceso de tratamiento de la locura a través del tiempo –“y los espacios”-. El recorte aquí hecho, se adapta a tales fines, reconociendo así las limitaciones que puede contener este apartado en cuanto al tratamiento de la historia y problematización de los hechos.

con la situación legal (el encierro compulsivo sin juicio ni condena) y el trato dispensado a los enfermos mentales por el antiguo régimen. (Galende, 2006: 38).

En consonancia con esta idea, Paulo Amarante (2009), señala que la Revolución Francesa fue escenario de múltiples transformaciones –económicas sociales y políticas-; cruciales en el campo de la salud y particularmente, para la historia de la psiquiatría y de la locura.

Una de esas transformaciones, gira en torno al hospital, el cual atravesó un proceso de reformas de base que culmina con la imagen que hoy habita en el imaginario social respecto de éste: una institución médica, destinada al cuidado de la salud. No obstante, en su temprana aparición medieval, el hospital se inscribe en un modo de hacer de tipo caritativo-religioso. Así, se convierte en lugar de asilo y asistencia para pobres, mendigos, miserables, enfermos y desamparados.

A través de un Decreto Real, en 1656 se crea el Hospital General. Éste consiste en una red de establecimientos dispersos en toda Francia que habilita la concreción de internaciones masivas. Esto, significa un cambio de dirección y sentido para esta institución. Es interesante el siguiente pasaje de Emiliano Galende al respecto:

El Hospital General no consistía, como puede sugerirnos ahora su nombre, en un establecimiento médico. Responde a una estructura de tipo administrativo con un estatuto semi jurídico, ya que se le otorga la autonomía legal, es decir, por fuera de los tribunales ordinarios, para decidir sobre la detención de las personas cuyo comportamiento sea considerado, por sus directores y responsables, como el de seres anti sociales. (...) También se otorga a los directores del Hospital General la capacidad de juzgar sobre la conducta de estas personas, antes y durante la internación, y ordenar y ejecutar los castigos que crean necesarios. (2006: 31)

Cada Hospital tendría un Director designado, los cuales según Foucault (1978) ejercían su poder no sólo dentro de las instituciones, sino que éste se haría extensivo hacia toda la ciudad de París, y recaía así sobre cuanto individuo perteneciera a dicha jurisdicción. Así, la institución queda investida de un poder

vinculado a funciones de tipo sociales y políticas; "(...) un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia (...)" (Foucault, 1978 en Amarante, 2009: 26).

Bajo el ímpetu revolucionario y en el anhelo de tornar tangibles los ideales de Igualdad, Libertad y Fraternidad, el hospital fue sometido a un proceso de democratización. Así fueron liberados algunos de los muchos internados que permanecían encerrados por caprichos autoritarios del Antiguo Régimen; a la vez que se crean diversas instituciones sociales que permiten que el Hospital se dedique con exclusividad a tratar a los enfermos, abandonando su perfil caritativo.

Fue después de la Revolución Francesa cuando numerosos médicos concurren a estas instituciones con el fin de humanizarlas y acercarlas al espíritu moderno. Para Michelle Foucault, este proceso de medicalización del hospital ocurrió a fines del S XVIII, cuando el hospital es abordado por el saber de la medicina, construyéndose ésta en una práctica exclusivamente hospitalaria. Éste proceso de medicalización, va a desarrollarse, en gran medida, a través del disciplinamiento de los cuerpos.

Devenido de lo anterior, -y aunque realizando una conexión un tanto simplista-, nos encontramos con el nacimiento del alienismo. Detrás, delante o a la par de este movimiento: las emblemáticas figuras de Phillipe Pinel y Jean-Étienne Dominique Esquirol¹⁶.

El llamado alienismo, con una propuesta terapéutica basada en un "tratamiento moral" para los alienados¹⁷, instauro la posibilidad de librarlos de castigos corporales y ataduras de cadenas¹⁸. No obstante, instituye una gran

¹⁶ Tal como expone Amarante (2009), en 1793 -cuatro años después del inicio de la Revolución Francesa-, Pinel está al frente de la dirección del Hospital de Bicetre, una de las unidades del Hospital General, y luego prosiguió su obra en La Salpêtrière. Así quedó reconocido por algunos autores como el fundador de la psiquiatría. Emiliano Galende (2006), por el contrario, le atribuye mayor prestigio y relevancia social e histórica a los aportes de Esquirol -destacado discípulo de Pinel- y nombra a éste como "el verdadero padre de la psiquiatría".

¹⁷ "Alienación mental era considerada como un disturbio en el ámbito de las pasiones, capaz de producir desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad. (...) En el sentido más común del término, alienado es alguien 'de afuera', extranjero, alienígena. Podría significar estar fuera de la realidad (...) también significa volverse otro. (...) En cierto sentido, se puede considerar que a lo largo de todos estos años el concepto de alienación mental contribuyó para producir, como consecuencia inherente a la propia noción, una actitud social de miedo y discriminación para con las personas así identificadas". (Amarante, 2009: 31 y 32).

¹⁸ Emiliano Galende (2006), afirma que, contrariamente a lo que se conoce como "la liberación de los locos por Pinel", éste no fue explícitamente quien habilitó la liberación de individuos que permanecían presos de

apuesta al “aislamiento del mundo exterior” para apartar las causas de alienación mental, las cuales se daba por sentado, estaban presentes en el medio social del cual provenía el alienado.

Esta reclusión del medio social en instituciones asilares, al parecer de Galende (2006), inviste de poder a la figura del médico. Éste, se hace cargo de la demanda política y jurídica de encerrar y aislar al loco –ya concebido como un problema social-, disfrazando el encierro “con el prestigio naciente de la medicina”. En su interior, el hospital psiquiátrico, “más allá de algunos símbolos médicos” incorporados, no dista mucho de los campos de concentración del nazismo¹⁹.

Allí dentro, una vez observados los rasgos del alienado, y clasificados éstos según sus características principales²⁰, llegaba el turno del “tratamiento moral”, una de las piezas centrales del abordaje: “El tratamiento moral consistía en la suma de principios y medidas que, impuestos al alienado, pretendía reeducar la mente, alejar a los delirios e ilusiones, y llamar la conciencia a la realidad”. (Amarante, 2009: 33, 34). Tal como señala Martínez (2015), este tratamiento específico para abordar la enfermedad mental, fue considerado como único tratamiento posible durante el S XIX y gran parte del S XX²¹.

Es de destacar que luego de la sanción de la Ley Francesa del 30 de junio de 1838 –llamada por algunos autores, “Ley Esquirol” o reconocida también como la “primera Ley de alienados de la historia”²²- fueron creados múltiples hospitales

manera arbitraria en instituciones de encierro. Deposita, en cambio, el motivo de este hecho en el surgimiento de un “ordenamiento legal sobre los locos”: la Asamblea Constituyente, en 1790, emite un Decreto que establece la liberación de “(...) todas las personas detenidas en castillos, casas de religión, casas de fuerzas u otras prisiones cualesquiera (...)”. (p. 39).

¹⁹ Emiliano Galende y Jorge kraut, en el libro “El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos” (2006), realizan un interesante y considerablemente exhaustivo recorrido por las prácticas correccionales y los castigos en los manicomios.

²⁰ En su libro “Tratado Médico-Filosófico sobre la Alienación Mental o Manía”, -el cual según Amarante sería el primer libro de psiquiatría- Pinel sienta las bases de una “síntesis alienista” y consolida este concepto; a la vez que elabora una primera nosografía o clasificación de las enfermedades mentales –a la cual había accedido a través de la observación atenta y constante de los internados-.

²¹ No obstante ello, el alienismo, desde sus inicios, ha sido foco de múltiples críticas: “Muchos de sus contemporáneos observaron que el aislamiento y el tratamiento moral representaban una paradoja respecto a los ideales libertarios de la Revolución Francesa. ¿Qué extraña institución era esa que secuestraba y aprisionaba a aquellos que pretendía libertar?” (Foucault, 2006 en Amarante, 2009: 39). Nuevamente, y desde las limitaciones ya explicitadas en el desarrollo del presente escrito, se señala la imposibilidad de adentrarnos en el mundo de los detractores del alienismo francés.

²² Ésta, “(...) tenía un triple objeto: 1- Organizar en cada departamento asilos donde los alienados puedan ser recogidos y recibir tratamiento; 2- Someter a todos los establecimientos de alienados a la vigilancia de la

de alienados en los más diversos países, en los cuales se reprodujeron los principios fundados por Philippe Pinel.

Para concluir este sintético recorrido por la escena europea, es importante resaltar la idea de que a partir de este proceso revolucionario y dados los acontecimientos brevemente expuestos, comienza a gestarse lo que Emiliano Galende (2006) nomina como "nuevo orden jurídico para el loco":

El origen de una legislación más precisa, destinada específicamente a crear un ordenamiento jurídico amplio para los enfermos mentales, está en la Revolución Francesa y encontrará su punto culminante en 1838 con la conocida Ley Esquirol, la cual constituyó el marco jurídico que rigió durante más de ciento cincuenta años el destino de los enfermos mentales y las prácticas asilares de los psiquiatras. Esta ley sancionada en Francia, extendió sus principios jurídicos por casi todos los Estados modernos de Occidente. (...) fue pionera en la creación de hospitales psiquiátricos a lo largo y a lo ancho de Francia, y sirvió de modelo sanitario para otros países. (Galende, 2006: 37).

Continuando con este recorrido global, el caso de Argentina podría pensarse como una continuidad de los procesos anteriormente expuestos; sujeto a las variables que se desprenden de las particularidades propias de la historia nacional.

José María Alberdi, señala que los trabajos que estudian la institucionalización del orden psiquiátrico en Argentina: "(...) ubican su construcción y consolidación entre 1880 y el centenario, periodo este en el que se afirma el dispositivo psiquiátrico en la tradición del alienismo francés tanto en el orden asistencial como académico (...)" (2003: 117).

Para el momento en que Argentina se incorpora al mercado mundial por vías del modelo agroexportador, comienzan a desarrollarse una serie de manifestaciones sociales, las cuales dan surgimiento a una corriente liberal reformista en la que tanto higienistas como alienistas jugarían un importante papel,

administración, a fin de evitar secuestros arbitrarios; 3- Proteger los intereses patrimoniales de los alienados recluidos cuando no estén incapacitados". (Martínez, 2015: 72).

no sólo para aportar una lectura "científica" de los alcances de la cuestión social, sino también en la puesta en práctica de soluciones institucionales dedicadas a distintas áreas de reforma social.

Así, nuevas disciplinas se instalan con fuerza en la escena social, a la vez que detentan un poder equiparable al poder policial –tal como ocurrió en el caso de Francia-. Alberdi señala que

Tanto higienistas como alienistas fueron los primeros en argumentar en favor de la ampliación del concepto de salud pública para el tratamiento de los problemas más sensibles para el poder político: los efectos no deseados del proceso inmigratorio, la delincuencia, el anarquismo, la locura, la cuestión obrera, y los problemas producto de la eclosión urbana. (2003, 119)

En este contexto, una serie de acontecimientos se concatenan y abren paso al surgimiento del orden psiquiátrico. En la segunda mitad del S XX, el legado pineliano imprime sus huellas en el país, en una senda que tiene como destino la "normalización" de la locura. José María Alberdi, resume este proceso destacando algunos hechos cruciales, brevemente referidos a continuación.

En la segunda mitad del S XIX, comienzan a construirse los primeros manicomios de la Ciudad de Buenos Aires. En 1854 abre sus puertas el Hospicio de Mujeres, en el cual reinará por buena parte de su existencia, la administración y mando compartido entre la psiquiatría y la Sociedad de Beneficencia. El tratamiento propuesto, estuvo regido entonces por la "internación-segregación" y por sanciones con fines moralizantes.

En 1863, con la creación de un segundo Hospicio, será el turno de encierro y aislamiento de los hombres. Para entonces, el alienismo logra afirmar su monopolio en el tratamiento de la locura, sin abandonar sus conocidos métodos extremos para recobrar la calma de los alienados, y la apuesta al trabajo como recurso terapéutico de suma importancia.

Hacia 1886, las bases del alienismo se ven reforzadas por su asidua lectura en lo que fue la primera cátedra de psiquiatría del país, a cargo del Dr.

Meléndez. Según Juan Carlos Stagnaro (1996), en 1884 la Academia de Medicina crea nuevas cátedras, entre ellas la de Patología Mental, para la cual Meléndez concursa y gana el cargo en 1886. Ya en 1879, había escrito en conjunto con el Dr. Emilio Coni una "Estadística sobre alienados de la Provincia de Buenos Aires", la cual refleja y analiza diversos aspectos de la situación sanitaria de los asilos, inaugurando así el estudio de Epidemiología y Salud Pública de la Psiquiatría Argentina.

Dicho escrito, se realizó en parte con información obtenida en los años '73-'74, cuando Uriarte estaba al frente del asilo, previo a la dirección de Meléndez. Entre sus líneas, podían leerse declaraciones como las siguientes:

Los alienados vivían en completa aglomeración, muchos de ellos sin otra cama que el desnudo y frío suelo, en calabozos húmedos, oscuros y pestíferos. Los cepos para sujetar y calmar a los furiosos y los que contenían las mismas camas eran de uso frecuente como único medio de calmar la agitación. (...) los agentes terapéuticos empleados en el tratamiento de los alienados puede decirse que se reducían a la sangría general, sedal, revulsivos cutáneos y el opio (...) El médico asistía todos los días al Hospicio, y así que se retiraba para no volver hasta el día siguiente, la mayor parte de los empleados hacían otro tanto. (...) Es duro decir que la asistencia médica no era posible. En tal situación las prescripciones del médico estaban de más puesto que no quedaba ningún empleado o enfermero para llamarlos. Durante el día todo se encontraba en completo desquicio y los desgraciados alienados eran las víctimas contra quienes se ensañaban los rudos e inhumanitarios asistentes, que parecían rentados para cometer actos de crueldad. (Stagnaro, 1997).

Como último movimiento que marca la emergencia del régimen psiquiátrico en Argentina, Alberdi (2003) sostiene que en este espacio asilar, la locura halla su ámbito de aprendizaje; a la vez que el psiquiatra termina de afirmar su función de gobierno, obrando y decidiendo a la vez como juez, policía y familiar respecto de los alienados.

Como puede apreciarse hasta aquí, poco y nada difiere este repaso por la escena argentina, de lo anteriormente expuesto acerca del caso de Francia. Resulta interesante a continuación, referir brevemente a un período que da cuenta del inicio de movimientos interesantes en el tratamiento de la locura a nivel país.

Ernestina Rosendo (2013), sitúa en la década de 1950, la gestación de un movimiento que critica fuertemente al modelo asilar, al tiempo que pretende reemplazarlo por servicios psiquiátricos emplazados dentro de hospitales generales. En la década siguiente, se profundizan las críticas al sistema manicomial y comienzan a intentarse modificaciones en este sentido, las cuales superando las interrupciones de la democracia, se constituyen como experiencias novedosas de internación y abordaje.

La autora señala que desde entonces y hasta finales del 2010, las discusiones y controversias en torno al tratamiento de la salud mental, han ido variando hasta tornarse central "(...) la superación de un modelo eminentemente asistencial y *curativo*, y la adopción de otro, de tipo comunitario y preventivo". (Rosendo, en Faraone y Valero: 2013: 38).

En este mismo período –entre el inicio de la antipsiquiatría en los sesenta, y la sanción de la Ley Nacional en Salud Mental en 2010- Martínez (2015) también hace referencia a los movimientos ocurridos en el campo, manifiestos éstos tanto en políticas públicas como en organizaciones de profesionales y trabajadores vinculados al área de salud mental. Como provincias referentes de esta llamada "reforma psiquiátrica", menciona el caso de Lanús, Río Negro, San Luis, y el caso de la provincia de Santa Fe, el cual será abordado más adelante.

VI.II Acercamiento a la categoría de Salud Mental

Hasta aquí han sido desarrolladas una serie de cuestiones, si se quiere, de tinte histórico-contextual, cuya naturaleza está arraigada a la locura, al tratamiento que ésta ha suscitado, a las estrategias trazadas en cada época y en cada espacio para hacerle frente al padecimiento mental. Hasta aquí entonces, hemos estado hablando de –o bordeando a la- Salud Mental.

De modo que, por ser considerada una de las categorías nucleares del trabajo aquí propuesto; a continuación se intentará un acercamiento a la construcción de sentido de la categoría de **Salud Mental**.

Comparto las apreciaciones de Lucía del Carmen Amico (2004) cuando sostiene que dicha categoría es de difícil definición, puesto que se trata de un término cuyo contenido es mayormente de tipo valorativo. La autora plantea esto contemplando el hecho de que las distintas formas de asimilar los síntomas y procesos –afectivos, cognitivos y de comportamiento- que se utilizan para concebir a una persona como “sana” o “enferma”, variarán con el tiempo y dependiendo siempre de las representaciones sociales como de los paradigmas epocales dominantes.

A su vez, entiendo a la salud mental como un espacio históricamente constituido, en donde se ponen en juego diferentes prácticas, discursos, profesiones, recursos e intereses. Así, una vez más, la salud mental está vinculada a una conceptualización siempre cercana a las configuraciones sociales, como si éstas marcaran indefectiblemente su impronta y su acontecer.

Considero que la salud mental puede o debe ser pensada también en relación a sus prácticas, es decir, a las formas en que históricamente ha sido abordada la locura desde un “saber autorizado”. Estas prácticas profesionales, tienen una relación de retroalimentación con el contexto social, y se enmarcan además en un entramado de leyes²³ que acompañan y regulan el despliegue de “saberes autorizados” que intervienen en este espacio. El planteo situacional de los distintos escenarios sociales desarrollados anteriormente, da cuenta de esto.

VI.III Dispositivos Alternativos

En este entramado de particularidades y complejidades socio-históricas, es que los llamados dispositivos alternativos comienzan a crearse, convirtiéndose tanto en la manifestación concreta de una política, así como en espacios

²³ Puntualmente, a nivel país y provincia, podría hacerse referencia a la Ley Provincial de Salud Mental n° 10.772/91; y la Ley Nacional de Salud Mental n° 26657

superadores de las lógicas manicomiales que imperaron en las instituciones históricamente avocadas al tratamiento de sujetos con padecimiento mental.

Los diferentes dispositivos alternativos que funcionan en el Hospital Mira y López²⁴, entran en juego a la hora de acompañar el proceso de salud/enfermedad mental.

En este sentido es necesario interrogarnos **¿Qué es un dispositivo?**

La Real Academia Española, ofrece cuatro acepciones del término "dispositivo". Una de ellas, refiere a éste como un *mecanismo o artificio dispuesto para producir una acción prevista*.

¿Cómo acercarme desde esta definición, hacia el universo de sentidos, prácticas, vínculos, tareas y subjetividades que conlleva un **dispositivo alternativo**²⁵ de salud mental?

Resulta clarificador recuperar las palabras de Adriana Montini y Andrea Flory (2012) cuando hablan de éste "(...) como una malla simbólica que tiene efectos sobre lo resquebrajado en cada paciente: su relación con la palabra, su relación con los otros (...) como bisagra articuladora del adentro y el afuera institucional (...)". Por otra parte, María Belén Rastelli (2011) entiende que el dispositivo es un espacio creado para alojar una subjetividad que es comprendida no solamente desde el padecimiento mental que la atraviesa. Sin negar la existencia de experiencias que producen sufrimiento o malestar, se concibe al sujeto apelando puntualmente al hecho de que éste también está atravesado por una historia de vida, una cotidianeidad determinada, una familia que contiene o no,

²⁴ En el caso de la provincia de Santa Fe, más precisamente, hacia dentro del Hospital Mira y López, actualmente funcionan los siguientes dispositivos: Radio En la Mira, dispositivo Emilianas, y el dispositivo ludotecario llamado "La Punta del Ovillo", dentro del cual se realizan talleres de títeres, de pintura y cuentos, de cocina, de fabricatería de juguetes de madera, talleres de teatro, y radio. Otro dispositivo alternativo importante de mencionar, pero externo al Hospital Mira y López, son las Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental. Éstas dependen de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia. La ciudad de Santa Fe consta actualmente de una residencia compartida para varones.

²⁵ Entiendo que en este caso, el calificativo "alternativo" apunta a marcar diferencia respecto a lo manicomial, a las prácticas que, desprendidas de este espacio, reproducen la idea de que es el encierro y/o aislamiento el modo indicado de abordar "la locura".

etc. Ningún aspecto merece ser dejado de lado en dicho espacio. Con el fin de ampliar el sentido que subyace a esta categoría, recupero el siguiente aporte:

(...) el concepto dispositivo refleja un modo de intervención, en la cual se da un entramado de relaciones entre diferentes elementos que construyen una red. Relaciones que incluyen diferentes líneas de fuerza, una relación cuerpo a cuerpo entre los profesionales que implementan estos dispositivos y los sujetos, en el cual se pone en juego lo lingüístico y lo no lingüístico, lo visible y lo enunciable. Un conjunto de discursos y prácticas que producen individuos que quedan sujetos a determinados juegos de saber/poder, pero que tienen la capacidad de articular y generar diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales. (Passeggi, D. 2015: 66, 67).

En el modo de transitar esta capacidad de generar y articular diálogos, en este entramado de relaciones que se dan cuerpo a cuerpo, es en donde se abre paso la experiencia. ¿Cómo se construye?, ¿qué discursos y acciones la configuran? Antes de intentar bucear en las profundidades de la experiencia, todavía "en tierra firme", es válido intentar esbozar una revisión de sentido de la misma.

VI.IV Experiencia

Teniendo en cuenta la particularidad y potencialidad que encierra el dispositivo como espacio alternativo a la lógica manicomial, señalaré brevemente el por qué de la elección de la categoría "**experiencia**"²⁶.

Considero que través de la selección de esta categoría se abre la posibilidad de recuperar la vivencia de los usuarios de los dispositivos, ya sea desde la mirada o reconstrucción del proceso por parte de los profesionales que participan en cada espacio, como también desde la propia voz de los usuarios.

Resultan esclarecedores los aportes de Jorge Larrosa; quien pese a sostener que no debe hacerse de la experiencia un concepto, resistiendo la tentación de determinarla, realiza interesantes reflexiones propicias no para

²⁶ Se hace aquí alusión a la utilización del vocablo en la enunciación del objeto de la presente investigación: "las experiencias construidas en el dispositivo alternativo Emilianas del Hospital Mira y Lopez y en Residencias compartidas para usuarios de Salud Mental a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental hasta la fecha, en la ciudad de Santa Fe"

“determinar”, pero sí para comprender las implicancias de esta categoría en la temática aquí delimitada.

Pensar el acercamiento al objeto de estudio en términos de recuperar o ir en búsqueda de una experiencia, o “la” experiencia, significa concebir ese acercamiento no manifiesto –precisamente- en la acción, sino desde la pasión. Larrosa concibe al sujeto de la experiencia como un sujeto abierto, activo, expuesto; un sujeto pasional. De ahí que resulta posible pensar que ese “principio de pasión” aplicado al encuentro con el otro...

es el que hace que, en la experiencia, lo que se descubre es la propia fragilidad, la propia vulnerabilidad, la propia ignorancia, la propia impotencia, lo que una y otra vez escapa a nuestro saber, a nuestro poder y a nuestra voluntad. (Larrosa, 2006, p. 4).

Así, la categoría experiencia significa una transformación/interpelación mutua dándose durante o a raíz del encuentro. De modo que, a los fines de la presente investigación, es interesante recuperarla, pues puede dar cuenta –como ya se intentó explicitar- de la vivencia tanto de los profesionales implicados en cada dispositivo, como de los usuarios de los mismos. Es una motivación para la instancia de investigación, develar si los dispositivos alternativos construyen –o deconstruyen, por qué no- experiencias, y qué cuestiones y elementos se dejan ver como inherentes a ella en el relato de los actores involucrados.

Comparto con el autor la idea de no embestir del sentido de “autoridad” la categoría de experiencia. No me aferraré aquí a la idea popular de “la voz de la experiencia”, la cual denota cierto aire directivo. Por el contrario, coincido en que la experiencia viene a acabar con todo dogmatismo y se presenta más bien como relativa, finita, elástica, intransferible. Se asocia esta idea con el “principio de subjetividad” que según el autor, destila la categoría mencionada; pues cada cual produce y/o padece su propia experiencia, transitándola de modo particular, no existiendo algo así como una “experiencia en general”. Podría entenderse tal vez que “la experiencia es lo que me pasa y lo que, al pasarme, me forma o me transforma, me constituye, me hace como soy, marca mi manera de ser, configura mi persona y mi personalidad”. (Larrosa, 2006, p. 7)

A los fines de "identificar la función que ocupan los dispositivos alternativos en el proceso de internación/externación", -tal es el objetivo aquí planteado-, percibir de este y no de cualquier otro modo la vivencia de los actores de este proceso, permite al menos hacer el intento de bucear por las profundidades que cada experiencia ofrece. Considero que el incipiente desglose semántico que intentó realizarse acerca de esta categoría, deja entrever la flexibilidad de la misma y la pertinencia para los fines aquí propuestos, inclusive desde el aspecto metodológico –es coherente con el enfoque cualitativo que se adopta en este trabajo-.

VI.V Autonomía

Tanto la categoría de experiencia como la de autonomía, son centrales en este trabajo. Lo atraviesan, se implican e interpelan mutuamente al mismo tiempo que son transversales a las demás categorías por analizar.

En su etimología, el concepto de autonomía proviene del griego *auto*: "uno mismo/yo mismo" y *nomos*: "norma/ley". Es un concepto moderno, procedente de la filosofía Kantiana que refiere a quien vive según su propia ley o se gobierna por su propia ley.

Como primer acercamiento para pensar la misma, puede considerarse el siguiente aporte:

Autonomía no es arreglárselas solo, es contar con condiciones para llevar adelante aquello que deseamos, tener una actitud proactiva respecto de las cosas de uno mismo (...) Ese deseo y esa actitud no se construyen aisladamente. Hay una expectativa familiar, social y un acompañamiento en el abrir el camino, generar las condiciones para poder ser y hacer sin las cuales nadie, con o sin dificultades, podría incluirse socialmente. (Coriat, 2013: 22).

Esta idea resulta interesante porque acerca la noción de autonomía a un transcurrir cotidiano, legitimando la presencia de "otros" que ofician de sostén y pueden habilitar nuevas posibilidades.

La autonomía también ha sido aquí significada desde aportes teóricos que consideran que tiene que ver con la posibilidad de reflexionar acerca de las instituciones que nos atraviesan, y de poder instituir de manera lúcida renovadas reflexiones respecto de éstas instituciones y su modo de operar en el mundo. "La autonomía, por tanto, se alcanza cuando el individuo accede a un estado de reflexión. El sujeto reflexivo puede ver más allá del individuo socializado, ya que está en condiciones de cuestionar las significaciones imaginarias sociales". (Tello, 2003: 22 en: Negroni, 2011:p. 205).

Hasta aquí se comprende que la autonomía puede forjarse en presencia/compañía de "otros", mediante el despertar de un pensamiento reflexivo que habilite la crítica de lo instituido. En función de que existan procesos tales, resulta interesante tomar el aporte de Castoriadis (1997), quien piensa en la necesidad de una *paideia* de la autonomía. Entiendo que lo que en Coriat se expone como necesidad de un "otro", en Castoriadis se traduce al conjunto de la sociedad como protagonista necesario en el rol de "educar para la autonomía".

La sociedad debe educar a los individuos para que sean autónomos. Hay una educación de los individuos a la autonomía que sólo una educación democrática puede hacer y debe hacer. De ahí el rol protagónico que cobra la *paideia*, entendida como una educación para la autonomía (...) que fomenta la formación de ciudadanos en tanto individuos que han interiorizado a la vez la necesidad de la ley y la posibilidad de interrogación, la reflexividad y la libertad de deliberar la libertad y la responsabilidad. (Castoriadis, 1997 en Negroni, 2011:p. 212)

Junto con la posibilidad de una sociedad que eduque para la libertad de reflexión y deliberación de lo establecido, aparece la idea de responsabilidad que conlleva este modo de proceder. Melano (2007) agrega que desde un plano ético, la autonomía refiere a que cada uno pueda construir su propia ley moral, considerando los límites impuestos por el contexto "socio-cultural y político", el cual opera como "techo" de estas leyes revisadas, cuestionadas y auto reguladas a través del ejercicio de autonomía.

Es importante pensar también a la autonomía en términos de proceso y no como un "producto" acabado o como algo que existe u ocurre de una vez y para siempre. En este sentido, para Castoriadis (1997) es necesario

(...) realizar una verdadera *paideia* como decían los griegos, una *paideia* de la autonomía, una educación para la autonomía y hacia la autonomía, que induzca a aquellos que son educados a interrogarse constantemente para saber si obran en conocimiento de causa o más bien impulsados por una pasión o un prejuicio. No solamente los niños, porque la educación de un individuo, en un sentido democrático, es una empresa que comienza con el nacimiento y que no culmina sino con la muerte". (Castoriadis, 1997b en: Negroni, 2011: p. 210).

Habiendo establecido estos pilares conceptuales, la experiencia construida en los dispositivos alternativos podrá ser pensada en términos de procesos de "enseñanza/aprendizaje" de autonomía, siempre en vinculación con otros, y atravesada por la reflexión y el cuestionamiento.

VI.VI De lo general a lo particular: el caso de Santa Fe

El desarrollo de este marco teórico, inicia con una revisión a nivel global de los momentos fundacionales del tratamiento de la locura en la modernidad. La bibliografía de consulta a la cual se tuvo acceso para realizar esta búsqueda de "hitos", en el caso de Santa Fe, no agota las particularidades del caso. No obstante esto, el interés por recuperar la experiencia de los dispositivos locales, obliga a realizar el esfuerzo por plantear un panorama que –aunque sea de modo sintético- dé cuenta de la configuración de este contexto más cercano. A continuación, se arribará al escenario local santafesino en la década de 1940, hasta acercarnos a acontecimientos más cercanos en el tiempo.

Patricia Spadaro (2008) en un interesante trabajo, describe los inicios del Hospital Dr. Emilio Mira y López, lo cual puede servir como una "fotografía" de aquel momento. Dicho Hospital, emplazado en el norte de la ciudad, fue creado en 1943, cuando la urbanización de la zona aún era escasa, y dejaba aislado al

imponente edificio destinado a la atención de personas con padecimientos mentales.

La historia comienza con un pabellón de internación dividido en dos salas - una para hombres y otra para mujeres-, cada una con su habitación de aislamiento. Hasta el año 1984, contaba con un pabellón psiquiátrico penitenciario, el cual fue desarticulado ante las huelgas de los trabajadores, y reubicado en 1985 en la cárcel de Coronda, donde recibiría el afamado nombre: "el corralito"²⁷.

En cuanto a las técnicas utilizadas por entonces para tratar y calmar los arrebatos de locura de los internados, no difieren de las prácticas a las cuales ya se ha hecho referencia: ataduras de pies y manos, shocks insulínicos, "malarioterapia", aislamiento, duchas frías, entre otros.

En 1943, la llegada de una orden de religiosas, no fue motivo para que cesaran estas prácticas. Por el contrario, comenta Spadaro, éstas contribuyeron a que se perpetúen con la idea de moldear el comportamiento a través del sacrificio físico, el encierro, la represión del cuerpo y la sexualidad.

Con el retorno de la democracia, llega el eco del movimiento de desmanicomialización impulsado en Italia por Franco Basaglia. Según la autora, para 1984 se implementan una serie de acciones -como ser la clausura de los boxes de aislamiento, la eliminación del uso del electroshock y de alambrados perimetrales de las unidades de internación- que llevan a que ésta cambie su perfil, reconociéndose como una institución de puertas abiertas.

No sin objeciones y resistencias, se da este gran paso. Con el tiempo, se agrega a los servicios del Mira y López el llamado "hospital de día", un espacio de tratamiento ambulatorio que apunta a evitar la manicomialización de los pacientes. Más adelante, este efector amplía sus funciones con la creación de consultorios externos, los cuales atendían mayoritariamente casos de pediatría y demás consultas clínicas. En esta breve referencia lo que intenta significarse es el pasaje de una institución monovalente a una institución de tipo polivalente.

²⁷ Éste fue clausurado en octubre de 2008.

Estas transformaciones suscitadas en el efector local, no ocurrían aisladas del contexto regional, el cual podría describirse como un período de "reforma psiquiátrica", mencionado por autores como Valero y Faraone (2013) y Martínez (2015).

Marcelo Martínez refiere que el proceso de reforma psiquiátrica se inicia en Santa Fe en la década de 1990. Por entonces, se idearon prácticas que apuntaban a la externación y reinserción comunitaria de pacientes de la Colonia de Oliveros²⁸, a la vez que se pretendía forjar un sistema de admisión que incorpore pacientes en el excepcional caso que no pudiera brindárseles otro tipo de tratamiento ambulatorio. Así comenzaba a transitarse un largo camino de búsqueda de tratamiento del padecimiento mental, alejado de las prácticas de tortura y aislamiento del medio social.

Uno de los rasgos más salientes de la experiencia santafesina fue que tuvo su origen en un grupo de profesionales de la Colonia de Oliveros que inició un proceso de construcción y consolidación de estas prácticas al que se le sumaron otros trabajadores de la institución (...) y de allí se fue extendiendo a otros espacios, logrando en forma progresiva que los sucesivos gobiernos provinciales aceptaran la implementación de las políticas que desde allí se proponían bajo la denominación de 'políticas sustitutivas de lógicas manicomiales'. (Martínez, 2015: 174).

Según el autor, esta fuerza naciente derivó o llevó a que en el año 2003, se creara la Dirección Provincial de Salud Mental, y con ella la conformación de equipos territoriales que trabajaran en el ámbito socio comunitario del paciente. Un ejemplo del curso que toma la intervención en el área puede ser el Programa Sustitución de Lógicas Manicomiales, el cual tuvo lugar entre 2004 y 2011.

Es, precisamente, en el marco de este Programa, que se crean una serie de Dispositivos alternativos, ente los cuales pueden mencionarse aquellos cuyas experiencias interesa reconstruir en este estudio: me refiero al Emprendimiento

²⁸ "(...) ubicada en un predio de 170 hectáreas, a 60 km de la ciudad de Rosario y 100 km de la capital de la provincia. Fue creada en la década de 1940 como lugar de internación definitiva de pacientes crónicos y al momento del retorno de la democracia, en 1983, se encontraban allí hacinados aproximadamente 1000 usuarios del servicio de salud mental". (Faraone, 2013: 53).

Productivo Emilianas, y a las Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental.

En primer lugar, el dispositivo/emprendimiento Emilianas, surge en 2007 como una empresa social vinculada a la salud mental, cuyo fin es generar fuentes de trabajo y de salud. Hacia fines de 2015, es reconocido por la Dirección Provincial de Salud Mental como un Dispositivo de Salud sustitutivo a las Lógicas Manicomiales²⁹.

Actualmente, consta de tres unidades productivas: una fábrica de productos de panadería, un servicio de catering para jornadas y eventos; y la cantina que funciona dentro del hospital, en la cual se comercializan algunos productos del emprendimiento y es atendida por sus trabajadores.

El equipo de coordinación está compuesto por cuatro trabajadoras sociales, una psicóloga y un cocinero. Durante la mayor parte del tiempo que concurrí al emprendimiento, en total eran 13 los usuarios que allí trabajaban diariamente – seis mujeres-. A mediados de 2017 ocurre el fallecimiento de una de las trabajadoras y posteriormente se incorporan dos nuevos trabajadores. Ninguno de los usuarios estaba atravesando una internación de tipo crónica, sino que llevaban adelante un tratamiento ambulatorio. Algunos han tenido episodios de crisis que han derivado en internaciones de corta duración, y durante esos períodos –por considerar ellos mismos y los equipos intervinientes que no era oportuno- cesaron sus actividades en el emprendimiento, retomando al finalizar la misma.

En segundo lugar, en octubre de 2007, se crea la primera “vivienda asistida”, con la ayuda de la Dirección Provincial de Salud Mental. En sus comienzos, ésta dependía de una ONG llamada “LANAVE”, a través de la cual la Dirección destinaba fondos. Esta primera vivienda, es habitada por varones, y es conocida como “la casa de Galicia”. En mayo de 2014 inaugura la casa de mujeres, conocida como “la casa de San Juan”. Dos años más tarde -junio de 2016- debido a falta de presupuesto para alquilar una vivienda, esta última cierra sus puertas. Las trayectorias de las mujeres que habitaban este hogar, tomaron

²⁹ Ver resolución 0007, expediente n° 00501-0142659-1 del 17 de diciembre de 2015.

diferentes rumbos: pensiones, geriátricos, algunas retornaron a vivir con algún familiar.

El equipo estable de coordinación está conformado por cuatro acompañantes con distintas trayectorias laborales y un psicólogo. En el momento en que tomo contacto con el equipo, éstos manifiestan que hay tres usuarios viviendo en la Residencia. Comentan que el espacio está pensado para ser habitado por 4 personas, pero las condiciones edilicias desfavorables hacen que no sea posible preparar la llegada del cuarto integrante.

Es necesario agregar que tanto el emprendimiento Emilianas como las Residencias, no son ni el punto de partida ni el punto de llegada de la llamada desmanicomialización. Se trata más bien de dispositivos "bisagra" que operan como puente entre "el adentro" y "el afuera". Tal como se refirió anteriormente, son a su vez, la materialización de una política pública.

VI.VII Leyes que vehiculizan políticas - políticas que se traducen en dispositivos

Si bien la categoría de Política Pública no puede ser definida de manera unívoca –debido al carácter polisémico que la caracteriza-; sí es posible explicitar una conceptualización teórica de lo que aquí es comprendido por éstas. En este sentido, recupero los aportes de Andrenacci y Repetto, quienes sostienen que

Las políticas públicas que suelen ser presentadas como sociales, en la mayor parte del mundo capitalista contemporáneo, incluyen a todas aquellas intervenciones públicas que regulan la forma en que la población se reproduce y socializa (sobrevive físicamente y se inserta en el mundo del trabajo y se inserta en los espacios socioculturales) y que, además, protegen a la población de situaciones que ponen en riesgo esos procesos o neutralizan los efectos 'no deseados' de los mismos. (2008: 2).

Partir de esta idea, supone comprender entonces que las políticas son creadas con la pretensión -o el fin- de generar cierto impacto en la sociedad; "protegiendo" o "neutralizando" ciertos efectos no deseados posibles de darse en las distintas esferas de la vida.

En el marco de posibilidades que esto habilita, dispositivos alternativos como a los que aquí se refiere comienzan a crearse, convirtiéndose en la manifestación "viva" de una política, así como en espacios superadores de las lógicas manicomiales que imperaron en las instituciones históricamente avocadas al tratamiento de sujetos con padecimiento mental.

No sería justo perder de vista que estas políticas públicas pueden materializarse, cobrar fuerza y ampliar su sentido, en parte, por estar investidas de la normatividad que aplica en el área. Me refiero a la Ley Provincial de Salud Mental, a partir de la cual van afirmándose los primeros pasos de estas experiencias alternativas, y a la Ley Nacional de Salud Mental, la cual otorga aún mayor visibilidad a las disputas dadas y por darse en el área.

Antes de esto, algunas precisiones teóricas pueden echar luz sobre este desarrollo: siguiendo la idea de Andrenacci y Repetto (2008), se entiende que las políticas públicas son creadas con la pretensión -o el fin- de generar cierto impacto en la sociedad; "protegiendo" o "neutralizando" ciertos efectos no deseados posibles de darse en las distintas esferas de la vida. Resulta necesario acercar esta idea al campo de la salud mental. Pensar cuáles son las configuraciones de este campo, preguntarnos acerca de cuáles serían los "efectos no deseados" que necesitan ser neutralizados mediante la acción de las políticas públicas.

Leandro Gorbacz (2011) identifica de manera clara y sintética, algunos "factores de poder" ante los cuales la política pública resiste reafirmando lo necesario de su existencia:

Corporaciones profesionales, laboratorios, corporación judicial, medios de comunicación que instalan escenarios de miedo en la sociedad o amplifican miradas medicalizadoras de los problemas mentales, negocios instalados a partir de las internaciones prolongadas, y podríamos continuar, constituyen factores de poder que organizan con precisión un sistema acorde a sus propios intereses, cuando enfrente no hay una política pública que reorganice el campo de acuerdo a los intereses populares. (p. 01).

La política pública en salud mental es aquí comprendida como resultado de la interacción de un **marco normativo** –leyes provincial y nacional-, y un **marco socio-estatal** –usuarios y familiares de usuarios, funcionarios públicos, cuerpo de profesionales y trabajadores del campo, por mencionar sólo algunos-. Entre éstos, –puja de poderes mediante- se construirá el problema, y se delinearán los medios para dar respuestas posibles; de eso se trata la política pública.

En palabras de Benassi y Serra: "Lo que está en juego en los diferentes momentos históricos, será la construcción de determinados problemas sociales que se convertirán en hegemónicos y que definirán y delimitarán la acción del Estado en términos de política pública". (2015: 4).

Así, queda claro una vez más, que una forma de entender qué es un dispositivo alternativo, es comprenderlo como la manifestación viva de una política pública. Con el fin de anclar las políticas públicas mencionadas a un contexto de sentido más amplio, considero necesario referir brevemente al contexto de surgimiento de las leyes que posibilitan la creación de más y mejores espacios para alojar al padecimiento mental y sus múltiples singularidades.

Sin abrir demasiado el espectro, podría decirse que las leyes que rigen la normatividad suscitada en el área salud mental, son: por un lado, la Ley Provincial de Salud Mental n° 10.772/91; y la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657. Sobre éstas, vale mencionar algunos puntos que permiten vislumbrar su naturaleza -en qué época aparecen en la escena social y política y con qué impronta-.

La Ley Provincial de Salud Mental, fue sancionada en el año 1991, y parcialmente reglamentada en 2007 -se reglamentaron 13 de los 29 artículos que explicitaba-. Ernestina Rosendo (2013) sostiene que fue una vez recuperada la democracia en nuestro país, a mediados de la década del '80, cuando en Santa Fe comenzaban a vislumbrarse indicios de transformación en el campo de la salud mental. Iniciativas tomadas por médicos residentes -que realizaban su formación en instituciones neuropsiquiátricas- tales como incorporar a la discusión de la necesidad de transformación del sistema conceptos de diversas corrientes teóricas como "psicoanálisis", "antipsiquiatría" y "marxismo", abrieron la posibilidad

de comenzar a transitar el camino de la desinstitucionalización. Junto a este hecho puntual, la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental, acompañó este proceso en pos de reivindicar el respeto de los Derechos Humanos, aspirando a la transformación de las lógicas manicomiales en el ámbito de la Salud Mental.

La Ley Nacional n° 26.657 de Salud Mental fue sancionada en 2010 y reglamentada el 28 de Mayo de 2013, tal como lo indica el Decreto 603/2013. De carácter Nacional, ésta ley constituyó un significativo aporte al campo de la Salud Mental, en el sentido de que permitió que a través de ella se establezca un marco que sirva de referencia para -y a la vez regule- todas las jurisdicciones del país, incluyendo nuestra Ley Provincial que la antecede. Mediante ella, se logró actualizar y dotar de cierta visibilidad el debate sobre la atención de la Salud Mental en nuestro país, ubicando con mayor fuerza el tema en la agenda pública, para así de a poco ir logrando conquistas que transformen definitivamente el modo de abordar el cuidado de la salud mental.

VII. En busca de la experiencia construida...

*"Miró a las nubes y les dijo en su idioma gallinero:
-No crean que tengo miedo. No confundan inexperiencia con cobardía. Nunca he salido de
viaje, es natural que me cueste decidirme".
José Sbarra, Cielito, 1986.*

VII.I Experiencia

Pensar cómo captar en los relatos puestos en circulación en el campo la categoría de experiencia, se presenta desde el comienzo del trabajo como un gran desafío. Se debe esto quizás, a la centralidad con la que ha sido investida en esta investigación, o tal vez al hecho de que la categoría resulta de lo más intangible y vívida a la vez. En ella puede caber todo, pues, el hecho de despertar cada día constituye en sí experiencia.

En pos de delinear las huellas que dotan de sentido tal categoría, en este trabajo, se entiende que "la experiencia es lo que me pasa y lo que, al pasarme,

me forma o me transforma, me constituye, me hace como soy, marca mi manera de ser, configura mi persona y mi personalidad". (Larrosa, 2006, p. 7)

Partiendo de allí entonces, el esfuerzo está destinado a captar en las voces de los entrevistados, en las expresiones encontradas en el material documental recabado, aquellos aspectos de los dispositivos seleccionados que son constitutivos de la manera de ser y estar en el mundo, tanto en el caso de los usuarios como de los equipos que acompañan cada espacio.

A continuación, propongo dos grandes ejes alrededor de los cuales puede pensarse la experiencia. Su enunciación decanta tras observar que, por un lado, en la mayoría del material recabado en el trabajo de campo, aparece con fuerza la idea de la re-significación o construcción identitaria de los usuarios de los dispositivos; motivo por el cual se analiza la experiencia en relación a la categoría de identidad. Por otra parte, ha sido recurrente el diálogo respecto de la (re) construcción de lazos de contención de los usuarios, y el lugar que ocupan en esto quienes acompañan o coordinan cada dispositivo.

VII.I.I Experiencia de re-significación identitaria: ¿cómo incide la mirada del otro en este proceso?

Pensar en términos de un proceso de re-significación identitaria por parte de los usuarios, guarda relación con la idea de que: un período de internación o referencia prolongada con una institución que atiende padecimientos subjetivos – ya sea de manera mono o polivalente-, imprime ciertos rasgos conductuales en los usuarios que protagonizan dicho tránsito.

Esta situación se conoce como 'hospitalismo', según Spitz (1945) o 'institucionalismo psiquiátrico' y hace referencia a aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en las instituciones, caracterizado por apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida

de la individualidad y aceptación resignada de la realidad. (Amico, 2005: 34-35).

Partiendo de allí, se entiende que al momento de establecer contacto con los dispositivos en cuestión, la subjetividad de los usuarios puede estar regida por este tipo de conductas. Así también, se cree que ésta re-significación identitaria se proyecta en diferentes direcciones durante el transcurrir de la experiencia en los dispositivos, potenciando nuevas configuraciones, permitiendo la emergencia de nuevas formas de ser y estar en el mundo para los usuarios.

Puntualmente y en primer lugar, se observa que aparece de forma reiterada la idea de una **construcción identitaria** que desplaza a los usuarios hacia un estatuto diferente al del "paciente", "el usuario", "el loco", y que el tránsito por ambos dispositivos tiene como fin –o en algunos casos habilita para- configurar su identidad alrededor de perfiles como ser "el vecino", "el trabajador", "la jubilada", "el amigo", "la alumna que concurre a una clase".

R1: "(...) eso del significado de la cosa de pensarse como jubilada. Primero esto de no entender... 'y por qué, si nunca trabajé' (...) no es lo mismo una pensión por discapacidad que un reconocimiento a tu trabajo... Ya sea cuidando a tus hijos (...)". [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

E2: "Y lo mismo también el hecho de vender y salir a vender un producto. Ir a brindar un producto hacia fuera tiene aspectos increíbles (...) El pararse, el presentarse, el dejar de presentarse como un paciente y presentarse como un trabajador brindando un servicio". [Reunión del equipo de coordinación del Emilianas con dispositivos de Paraná –audio, octubre 2016-]

R1: "Bueno, empezar a salir...comprarse ropa, mirarse al espejo, elegir una cosa o la otra". [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

De ninguna manera éstas auto-percepciones aparecen de un día al otro. Más bien, se trata de construcciones que se instalan –no siempre desde un plano consciente- en el transcurrir de la vida cotidiana, configurada por escenas y escenarios en principio, "distintos" a los ya conocidos, es decir, alejados de un entorno de tipo hospitalario, que regula tiempos, espacios y modos de estar.

A su vez, pudo observarse que en lo que refiere a esta construcción, se cuelean aspectos que están ligados a **cómo incide la mirada del otro en la**

experiencia de construcción identitaria. Respecto de las Residencias, la llegada al barrio de nuevos vecinos genera inquietudes, curiosidad. La comunidad en la que se inserta la Residencia deja al descubierto sus prejuicios, tal vez sin siquiera percatarse de ello, pues no siempre estas ideas previas son explícitamente detectadas en cada uno; es decir, no siempre somos conscientes de los prejuicios que nos habitan. Estos nuevos vecinos llegan al barrio para poner en jaque tanto su subjetividad, como la de los residentes históricos de la zona.

R7: *"Yo creo que la gente en sí no se da cuenta, porque hay veces que uno está mirando, está alguno de ellos en la puerta y la gente se para a conversar o a preguntarles alguna dirección. Les toma tiempo darse cuenta que son personas que tienen alguna limitación o algo por el estilo".* [Producción audiovisual - Video "La casa"]

En este sentido, y siguiendo los aportes de M. Eugenia Díaz Cotacio (s/d) es interesante pensar la identidad como un "constructo narrativo" que permite que el individuo se defina y constituya a sí mismo. De modo que la forma en la que otros nos perciben y nos narran, es constitutiva de nuestra identidad, guarda relación con la posibilidad de re-significar la manera en que nos auto-percibimos.

(...) el hecho de que el sujeto descubra su propia identidad no significa que ya la haya elaborado en el aislamiento 'sino que la ha negociado por medio del diálogo, en parte abierto, en parte interno, con los demás...la propia identidad depende en forma crucial, de las relaciones dialógicas con los demás'. (Taylor, 1993: 55 en: Díaz Cotacio, s/d: 129)

Así, la experiencia en tanto construcción o reconfiguración de la identidad, abre el juego a los actores institucionales/sociales que directa o indirectamente son parte de los dispositivos, y lo que ellos perciben respecto de los usuarios, resulta de algún modo, constitutivo de la identidad de éstos³⁰.

E2: *"(...) Y el reconocimiento, porque el que probaba el producto estaba enfrente y les decía 'uy que rica que está esta empanada o esta galletita' y era un reconocimiento directo que acá estando en el hospital se vendían las galletitas y no lo tenía...o sea que el encuentro con el cliente...eso movilizó mucho (...) Y lo que implica eso también en la familia porque no es el loco que va al hospital a entretenerse sino que viene un trabajador a traer dinero y a aportar a la economía del hogar. Entonces la mirada respecto de la*

³⁰ Aquí se hace foco en la construcción de identidad de los usuarios, pero, siguiendo la idea de Taylor, este proceso se da también a modo inverso; es decir, las relaciones dialógicas también resultan constitutivas de la identidad de la comunidad que tiene contacto con los usuarios de ambos dispositivos, así como de los profesionales y trabajadores que coordinan cada uno.

familia y también de la comunidad...entran dentro de la población económicamente activa". [Reunión del equipo de coordinación del Emilianas con dispositivos de Paraná – audio, octubre 2016-]

R1PE: "Para nosotros, en tanto equipo del dispositivo de Vivienda Asistida, la apuesta a que 'O' viva en comunidad significaba habilitar un pasaje de su estatuto de enfermo mental al de ciudadano, la posibilidad de restituir sus derechos humanos esenciales: la libertad, la autonomía, una vida en comunidad". [Producción escrita por R1: "Nuevos dispositivos asistenciales. El desafío de producir nuevas prácticas. Un relato para pensar las prácticas en los dispositivos asistenciales alternativos al manicomio"]

R1: "Después llegó un día que dijo que no quería que le digan más 'P', porque ese era el seudónimo con el que la habían llamado siempre en el hospital (...)". [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

Tras este aspecto, sospecho que descansan otras posibles lecturas y/o reflexiones: por ejemplo, cabe preguntarse si existe una especie de "deber ser" esperable tanto en el caso de quienes habitan la Residencia, como de quienes trabajan en el Emprendimiento. Me refiero a la existencia de una comunidad que aloja no sin permitirse desconfiar, y no sin esperar que esos nuevos vecinos –en el caso de la Residencia- se adapten a una determinada forma de "ser vecino"; lo mismo en el caso de los trabajadores del Emilianas. De modo que la experiencia de construcción identitaria tendría que ver con una transformación personal, subjetiva, y una transformación que cuadre con lo que otros esperan del grupo.

Lo que intento significar es que la construcción identitaria puede pensarse como un proceso que se da "hacia dentro", en el sentido de que cada sujeto transita el acto de transformar o redescubrir su subjetividad, aquella con la cual las instituciones habían arrasado. Pero también puede pensarse que esta experiencia excede la subjetividad de cada usuario y que existe a su vez un proceso "hacia fuera", en el sentido de que la forma en la que otros ven, perciben y alojan -en este caso a quienes habitan las Residencias y a quienes trabajan en el Emprendimiento-, también es constitutiva de –a la vez que determina- su construcción de identidad.

Al no tratarse la experiencia de un proceso unilateral, se entiende que el encuentro con el otro surte efectos transformadores de ambas partes. Así es que los vecinos del barrio, como los equipos que acompañan, como quienes

consumen productos del Emprendimiento, resultan transformados tras la experiencia de encuentro con el otro: se ven interpelados en sus preconcepciones respecto de la locura, a la vez que batallan contra idearios fuertemente arraigados en el imaginario colectivo³¹.

R7: "Yo no creo que haya problemas. Por ahí llama la atención algunas cosas que hacen como...no sé, por ahí cuando hace frío, salir a tomar mates en la puerta o cosas así que por ahí llaman la atención, pero en realidad yo no veo...son unos vecinos más...Cerrados...porque no se ponen a conversar a menos uno o dos que por ahí charlan más, pero es lo normal, es el trato que uno tiene con un vecino, no hay una diferencia". [Producción audiovisual - Video "La casa"]

R2: "El trabajo en la comunidad yo creo que fue todo un trabajo lento pero que dio resultado interesante y hoy son parte del barrio y son otros vecinos". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

R1: "Después una vez se acercaron a la vecinal, no sin prejuicios...Una vez me acuerdo en San Juan, una de las señoras quería ir a la escuela, a aprender algo (...) Bueno, vamos a hablar con el director (...) y al principio, me dice 'Bueno pero vos me vas a tener que traer un certificado firmado por un psiquiatra que diga que no es peligrosa'. [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

R2: "Yo creo que el desafío más grande para mí en lo personal y pienso que para los demás también en este laburo...Ha sido dejar de lado algo que está en el imaginario social de la locura...Alejar temores, eso es fundamental (...)". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

"El imaginario social de la locura", "temores", "curiosidad", son variables puestas en juego al momento de entablar un encuentro con el otro que –de antemano- se presupone distinto, diferente. En este sentido, entonces, la construcción de identidad como un proceso relacional implica diversos momentos hasta reafirmar, re-significar o consolidarse una identidad -posible de ser pensada siempre como provisoria, sujeta a las interacciones con un entorno determinado-.

La identidad de cada uno necesita de los otros para formarse y consolidarse, por eso es relacional. Así lo expresa también

31 "(...) el principio de *cambio* o *transformación* en la identidad es fundamental porque le permite al individuo transformarse; ser de alguna manera otro cuando se define o lo definen. Cuando un sujeto se transforma no sólo lo hace él, sino que de alguna manera su medio social también es transformado. Esto se debe a que cada uno es producto de las relaciones sociales y discursivas que establece y, a sus interacciones con otros". (Díaz Cotacio, s/d: p. 128).

Leonor Arfuch: ella, "en tanto relacional, supone un yo pero también un 'otro', a partir del cual puede afirmar su diferencia" (2002: 28). Por eso, aunque el individuo posee un principio de permanencia -consigo mismo- está atravesado por los otros, lo que supone un dinamismo relacional en el que los procesos comunicativos juegan un papel significativo. (Díaz Cotacio, s/d: 128).

VII.I.II Experiencia en relación a la construcción de una red de contención: amistad, familia, instituciones varias

A través de los diversos relatos obtenidos, la categoría de experiencia también pudo ser significada en la **construcción de una red de contención** atravesada por el rol que asumen entidades como la familia e instituciones varias en los procesos de subjetivación de cada usuario. En este sentido, el interrogante giraba en torno a cómo se da lugar desde los dispositivos a la construcción de "relaciones de proximidad" (Castel, 2009) o relaciones sociales de los usuarios. El interés por rastrear este aspecto en particular, existe en relación al supuesto que refiere a la desafiliación social de quienes atraviesan un padecimiento mental. De modo que, de forma intencionada estuvo previsto intentar captar dicho aspecto a lo largo del trabajo de campo.

R5: "(...) van amigos... ¡pueden compartir con amigos! Está la familia (...) Un día llegué y estaba un familiar... ¡Claro, es su casa!". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

E1: "De hecho para nosotros han sido como logros...han empezado a invitarse para festejar los cumpleaños, o quieren festejar juntos el día de la primavera, del trabajador, o fin de año. (...) para nosotros hay algo que es una certeza, y la constante de todos es una soledad muy grande. Son personas que excepto algunos, o aún viviendo con otros, están en una soledad muy grande. Entonces bueno, esas son intervenciones que tienen que ver con la calidad de vida, ¿no?". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

R5: "Otra de las cosas que (...) es importante también, es la revinculación con la familia. En todos los casos se busca la manera...Hay familiares que los vienen a visitar...En el caso de 'E' que estaba en Oliveros...Cuarenta años sin verse con su familia. Vienen a visitarlo las hermanas, festejan el cumpleaños con él. 'J', viene su padre a

visitarlo...vienen los amigos (...). [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

En esta experiencia de encontrarse con el otro y a partir de allí encarnar nuevos y diversos roles constitutivos de la propia identidad, como por ejemplo: el ser "amigo", ser "familiar", ser "vecino", ser "compañero de trabajo" ser "alumno" de un taller o de una clase; hay un aspecto recurrente en los discursos de los entrevistados. Dicho aspecto ubica a los equipos que acompañan, en un lugar casi central en la construcción de puentes para la sociabilidad de estos usuarios, al menos en determinados momentos de su vida.

R1: *"Las chicas por ejemplo de San Juan, habían empezado a ir a yoga. (...) Por ahí dejaron de ir. Pasó...no, la profesora nos dijo que por la medicación que nosotras tomamos, no nos va a hacer bien ir a yoga'...Yo digo, se las sacaron de encima, pero bueno, son esas cuestiones que también hay que saber lidiar (...) Pero bueno, es todo un trabajo de apostar a este...como dice Amarante, un nuevo lugar social para la locura".* [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

E1: *"Con una de las trabajadoras, después de que se murió el hermano, que lo único que hacía era estar siempre con el hermano...La primera vez, que era navidad o año nuevo fueron largas entrevistas con mucha angustia ella, para pensar con quién podía pasar las fiestas. Qué otros recursos tenía, para no quedarse sola, que la angustiaba tanto...por dónde podía buscar ella dónde se podría sentir cómoda...Y de hecho lo logró, logró estar en la casa de un conocido, y pasarla bien, digamos".* [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

R1: *"(...) empezar a tirar puntas para ver de localizar a algún familiar. Porque ellas también empezaban a...A ver, veían que a 'J' la iban a visitar sus hijas, que 'N' se había reencontrado con los nietos, y bueno, también ella empezó a plantear algo de su familia".* [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

En el discurso de una entrevistada, aparece la idea de "un nuevo lugar social para la locura". Trae así a escena a Paulo Amarante, quien explica que desde Pinel, el lugar de la locura ha sido tradicionalmente asociado "(...) al error, a la peligrosidad, a la insensatez, a la incapacidad". (2009: 58). De más está decir que desde allí –y desde tantos otros momentos- ha sido construido el imaginario

que recae sobre los usuarios de salud mental; aquel imaginario que como exponía anteriormente, también ha sido constitutivo de la identidad de estos sujetos.

La posibilidad de un nuevo lugar social para la locura, se acerca más a la superación del modelo manicomial mediante una atención de tipo psicosocial, basada en la existencia de atención territorial, fuera de las instituciones totales. "En otras palabras, centros que, actuando en el territorio y reconstruyendo las formas tal como las sociedades lidian con las personas con sufrimiento mental, pasarían a restablecer el lugar social de la locura (...)". Amarante habla de la importancia de crear estrategias que vayan en sentido de posibilidades reales de inclusión social: "(...) ya sea a través de la creación de cooperativas de trabajo o de la construcción de residencias para que los ex internados del hospital pasasen a habitar en la propia ciudad, ya sea por medio de la invención de innumerables formas de participación y producción social" (2009: 58).

Como puede leerse, el perfil de los dos dispositivos aquí atendidos cuadra perfectamente con la idea de un nuevo lugar social para la locura. En los dos aspectos de la experiencia construida en ambos espacios que hasta aquí fueron revisados, se hace evidente que ha sido inevitable y necesario a la vez transitar distintos momentos –de mayor y menor empatía con el entorno-. En lo que ha sido constitutivo de la identidad y en las redes de contención establecidas: no hubo más que transitar la experiencia y reconocerse a veces, en plena deconstrucción de un imaginario social "negativo", fuertemente arraigado; y otras veces, más cercanos a la construcción de un entorno que contiene y aloja de otra forma, si se quiere, alejado de pesados prejuicios.

VII.II Experiencia y Dispositivo Alternativo

La categoría de Dispositivo Alternativo será puesta bajo análisis atendiendo a cuáles son las experiencias construidas en, o a partir de estos dos espacios desde donde día a día se despliegan esfuerzos para reinventar una lógica sustitutiva de la lógica manicomial.

Algunos aspectos recogidos durante el trabajo de campo, toman fuerza conforme éste avanza, y se convierten en indicios de:

- **Qué entienden por “dispositivo alternativo” quienes lo conforman, cuáles son las fortalezas recogidas de la experiencia construida.**
- **Cómo se configura el trabajo hacia dentro de un dispositivo: toma de decisiones, roles, debates, estrategias.**
- **Apuestas superadoras de las posibilidades dadas actualmente, y aspectos que aún significan desafíos por sortear.**

Los mencionados ejes, de algún modo sintetizan el sentido que subyace a las intervenciones que desde ambos espacios se proyectan. Es importante hacer explícito que en este apartado, se hará foco en la experiencia construida en tanto configuración de un espacio que se piensa alternativo a la lógica manicomial, dejando en suspenso por un momento -o corriendo del eje de análisis- la experiencia construida en relación a los procesos de subjetivación de los usuarios. Luis García Fanlo (2011), aborda la categoría de dispositivo desde distintos autores, y tras dicha revisión teórica, afirma:

un dispositivo no es una cosa entendida como sinónimo de máquina, es decir un objeto que opera siempre reproduciendo el mismo mecanismo y produciendo siempre el mismo resultado, sino algo que constantemente se está reconfigurando a sí mismo, que en cierta manera aprende como si estuviera dotado de inteligencia artificial, por lo tanto produce distintos tipos de subjetividades en cada momento histórico. (p. 5 y 6).

De modo que a través de los tres ejes aquí propuestos, puede llegar a quedar de manifiesto la forma en que tanto Emilianas como las Residencias se configuran y reconfiguran tras la experiencia cotidiana.

VII.II.I Qué entienden por "dispositivo alternativo" quienes lo conforman, cuáles son las fortalezas recogidas de la experiencia construida

Este trabajo ha sido una oportunidad para pensar -y volver a pensar- desde cierta cercanía, qué es un dispositivo alternativo. En una primera llegada, nada parece estar a la vista, o dado de manera explícita. En el caso del dispositivo Emilianas, presencié múltiples escenas que, tiempo después, pude traducir en manifestaciones de la experiencia allí construida: la organización previa a la concreción de un servicio de catering, espacio de asamblea, celebraciones, recreos y rondas de mate, charlas y chistes, un inicio de jornada laboral a puro chamamé, confrontaciones entre los usuarios, algún que otro episodio crítico, o de crisis.

En el caso de las Residencias, en contexto de la primera entrevista que realizo para conocer un poco más acerca de este dispositivo, me son regaladas innumerables anécdotas que reflejan los avatares de la vida cotidiana de sus habitantes, y de quienes –no siempre desde el mismo lugar-, acompañan esa cotidianeidad.

Entonces hoy, pensar en esas múltiples y diversas escenas recuperadas ya sea en persona o a través de un relato vivaz, ayudan a comprender de qué modo se configura la experiencia de lo alternativo en el marco de un dispositivo en salud mental. A esto, suman también algunas voces recuperadas:

E1: *"Para mí los dispositivos en general (...) cumplen la función que tiene que ver con esos modos de acompañamiento, no sé si tanto como de tratamiento pero una función no sólo clínica sino también de sostén de la particularidad que implica el padecimiento subjetivo". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]*

R2: *"(...) cada dispositivo, es una realidad absolutamente distinta. Hasta nosotros que hemos tenido dos aquí, en Santa Fe, lo hemos podido comprobar a esto. Por distintas situaciones que se van dando. (...) me parece que es una experiencia que tiene desafíos*

cotidianos. Y de aprendizaje continuo. Nosotros aprendemos constantemente cómo llevar adelante esto". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

E7: "(...) significa para mí no sólo trabajo sino también una terapia porque yo salí de un estado depresivo muy fuerte gracias a la actividad laboral y a la amistad que formé con mis compañeros." [Producción escrita desde el emprendimiento en conjunto con el PEIS: "La sustitución de lógicas. Trabajo y Salud como producciones indisolubles"]

Aparece aquí la conexión entre dispositivo alternativo y "lo clínico". ¿En qué descansa el abordaje clínico desde un espacio tal? A los fines de comprender el interrogante planteado –pero sin ingresar de lleno en un universo teórico de mayor complejidad-, la siguiente idea puede resultar esclarecedora.

Sousa Campos (2006) (...) habla de una clínica del sujeto, reformulada y ampliada que intenta superar la alienación y la fragmentación que se origina por la excesiva especialización. Es la llamada clínica del sujeto que (...) se centra en la reconstitución del vínculo entre el profesional y el paciente. Apunta a trabajar con proyectos terapéuticos amplios, que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que reconozcan un papel activo del sujeto. (en: Passeggi, 2015: 68).

Proyectos terapéuticos amplios, con objetivos explícitos y una marcada participación activa de los usuarios, considero que son los pilares de dicho enfoque. Otras posibilidades para pensar en un dispositivo clínico, pueden estar cercanas a "(...) la propuesta de Basaglia de poner 'la enfermedad entre paréntesis' para poder ocuparnos del sujeto en su experiencia. Lo cual no significa negar la existencia de experiencias que producen dolor, sufrimiento o malestar" (Rastelli, 2011: 120 en Flory, Montini (comp.), 2012).

De forma que los modos de acompañamiento, la atención de la particularidad, así como el esfuerzo por reconfigurar la práctica ante desafíos cotidianos, constituyen el abordaje clínico de estos espacios.

La práctica es una continua interpretación y reinterpretación de lo que la regla significa en cada caso particular, y si bien la regla ordena las prácticas éstas a su vez hacen a la regla, por lo tanto pensarla como una fórmula subyacente, un reglamento, una representación o un mapa, es un error. (García Fanlo, 2011:6).

En el caso del Emilianas, el anclaje a una tarea laboral, sumado a lo que entiendo que es un espacio de pertenencia para los usuarios desafiados socialmente, ocurre en sintonía con esta "reconstitución del vínculo entre el profesional y el paciente", mediada siempre por el acto y el discurso -tanto en lo dicho como en lo que se calla hacia dentro del dispositivo-.

Pensando en ambos dispositivos, y para terminar de esbozar una idea que ponga de manifiesto las bases conceptuales de un espacio tal, podría agregar como aspecto a tener en cuenta, que

lo social funciona como un orden en el que las palabras, las cosas y los sujetos están asociadas de modo tal que no pueden ser definidas ni pensadas sin ponerlas en relación las unas con las otras. A esa asociación tanto Michel Foucault, como Gilles Deleuze y Giorgio Agamben la describen como una red: un dispositivo no es un discurso o una cosa o una manera de ser sino la red que se establece entre discurso, cosa y sujeto. (García Fanlo, 2011:7).

En esta red, será constante el interjuego de actores, poderes y roles. A los fines de hacer foco en este aspecto de la experiencia construida en ambos dispositivos, será desarrollado el próximo eje de análisis.

VII.II.II *Cómo se configura el trabajo hacia dentro de un dispositivo: toma de decisiones, roles, debates, estrategias*

En todas las instancias de recolección de información, se vuelve evidente el hecho de que la estructura de los equipos se configura en términos de horizontalidad. Entiendo que esto se aplica tanto hacia dentro del equipo de coordinación, a la vez que este modo de hacer, se replica hacia los usuarios.

R4: "(...) por ahí nos preguntan quién es el supervisor, o cuantos coordinadores hay. Yo les respondo 'nosotros somos cinco', porque nos coordinamos entre nosotros cinco. No tenemos coordinadores". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

R3: "Eso es otra virtud, otra capacidad del equipo, de que los saberes circulan. (...) siempre con la democracia de poder poner sobre la mesa y poder desplegar las

cartas... 'tenemos estas situaciones, ¿qué hacemos?' Y bueno, uno trata como de ir con su idea, y eso no significa que esa idea se va a materializar y se va a transformar en estrategia. A veces con aciertos, y otras con desaciertos". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

E1: *"Porque yo tampoco tengo esto digamos, de una lucha encarnizada de que como emprendimiento tenemos que digitar todo lo que se haga, del modo en que nosotros creemos que se tiene que hacer. Nosotros nos ofrecemos a sumar". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]*

E7: *"Hacemos asambleas para tratar diversos temas como por ejemplo: ponerle el precio a nuestros productos; organizar los caterings. También hablamos de nuestras inquietudes, formas de trabajo, etc". [Producción escrita desde el emprendimiento en conjunto con el PEIS: "La sustitución de lógicas. Trabajo y Salud como producciones indisolubles"]*

E7: *"Las asambleas son un lugar de desahogo, es tipo terapia; sirve para que nos llevemos mejor, para que nos enriquezcamos". [Producción escrita desde el emprendimiento en conjunto con el PEIS: "La sustitución de lógicas. Trabajo y Salud como producciones indisolubles"]*

La palabra puesta en discusión y circulación, habilita a una organización en la que, sin correrse del eje o estrategia clínica, todos están en condiciones de asumir diferentes tareas según la circunstancia dada. En el caso de Emilianas, al impulsar el dispositivo adoptando la lógica del cooperativismo, las asambleas se constituyen en el espacio en donde la toma de decisiones, y la palabra en sí, es protagonista. En este sentido, despertó interés en mí visibilizar una constante en ambos dispositivos: no existen en estos espacios, roles estancos, prefijados o definitivos. Cada quien –coordinadores y usuarios- desempeñan acciones en función de sus deseos y posibilidades.

García Fanlo (2007) afirma que analizar un dispositivo consiste en "(...) descubrir esas prácticas que siempre son singulares porque su emergencia siempre responde a un acontecimiento históricamente particular". (p. 3). Pienso, por ejemplo, en el caso de Emilianas, en la distribución de tareas. Las responsabilidades laborales por asumir, oscilan entre tres posibilidades: 1) administrar y atender la cantina, 2) elaborar los productos en la planta productiva, 3) realizar los servicios de catering³². Cada actividad, implica un despliegue de

³² Podría pensarse que existe una cuarta función relacionada a tareas más de tipo administrativas/organizativas, las cuales también son asumidas por los usuarios en función de sus aptitudes

responsabilidades distintas, las cuales los usuarios asumen dependiendo de cuál es la función que más los convoca, o aquella que mejor se adapta al cuadro y situación que atraviesan en un momento dado. Por ejemplo, permanecer en la cantina ante algunas afecciones corporales, ya que este es un sector en el cual se puede permanecer la mayor parte del tiempo sentado; o no asumir el compromiso de concurrir a los servicios de catering en momentos de inestabilidad o crisis subjetiva.

En el caso de las Residencias, "lo laboral" no es lo que hace a la dinámica de funcionamiento. Sí lo es, el ritmo de la vida cotidiana, el asumir tareas en la casa, y el compromiso con algunas actividades como ser: la concurrencia a talleres, o la incorporación de una terapeuta ocupacional que los mismos usuarios contratan para realizar algunas actividades en días y horarios pautados. Lógicamente, los distintos momentos o situaciones que atraviesa cada integrante del grupo conviviente así como del dispositivo todo, hace que no siempre las responsabilidades cotidianas asumidas sean las mismas o se den de manera idéntica una y otra vez.

Lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. (...) entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego de cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, estas también, ser muy diferentes. (García Fanlo, 2011: 01).

De modo que todos los actores involucrados en ambos dispositivos -ya sea desde los múltiples lugares por encarnar siendo coordinador o usuario-, construyen experiencia en esa red de roles asumidos, vínculos horizontales y toma de decisiones que se alejan de la imposición acrítica, propia de la lógica manicomial.

para ellas, pero en este tipo de tareas la rotación de personal suele agotarse en dos o tres usuarios. No todos en algún momento han asumido esta función.

Otro aspecto que los entrevistados ponderan como una particularidad en la experiencia de trabajo cotidiano hacia dentro de un dispositivo alternativo en salud mental, refiere a la relación tiempo-calidad de trabajo.

R1: "(...) nosotros como equipo, teníamos dedicaciones las cuales no servían. Por ejemplo, los acompañantes tenían que dedicarles 30 horas semanales y no servía que vayan a cumplir las 30 horas a sentarse, de hecho, nadie lo controlaba...Sino que nos organizábamos de tal modo que decíamos 'bueno, si alguna vez nuestro trabajo consiste en que cada vez tengamos que ir menos...y, en todo caso veremos qué hacemos después'... ¡pero hacia eso vamos! Nadie va a cumplir horarios por cumplir". [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

R2: "Yo siempre hacia dentro nuestro, repito algo...nosotros somos privilegiados de alguna manera. Esto que yo te decía antes...de que trabajamos todas las cuestiones adentro del equipo (...) que elegimos nuestro horario de trabajo, que no vamos y marcamos y estamos cuatro horas nada más que por estar". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

E1: "Yo no sé si se cumplen las horas a rajatabla, pero se está disponible a la mañana, a la tarde a la noche, los fines de semana, a viajar y bueno, es así (...) y funciona lo que funciona porque es flexible...es eso: cómo generar un compromiso y recuperar algo de lo que tiene que ver con el placer de la práctica". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

Entiendo que este aspecto se configura no de manera espontánea, sino como un posicionamiento ético político de los equipos. Destaco en este sentido la importancia de la reflexión que sostiene la práctica profesional, el intento por alcanzar el distanciamiento de un "hacer" acrítico. En el caso de las Residencias, comprender –en contraposición a un posicionamiento tutelar- que el hecho de que no los "necesiten" de manera permanente, es un buen síntoma, es un indicio de que el grupo alcanzó cierta autonomía.

La experiencia en cuanto a la puesta en marcha de un dispositivo, arroja un panorama de plataformas firmes pero no estancas, de vínculos horizontales –en tanto no son marcadamente asimétricos-, entrelazados en una trama de red que reubica continuamente a unos y otros en distintas posiciones. Entiendo que no por dejar de ser de tipo asimétrico este vínculo se ve desdibujado en su interacción clínica. Por el contrario, en lo cotidiano, en el intercambio mínimo, muchas veces descansa un gran potencial de generar un efecto y lazo con el otro. García Fanlo

(2011), recupera aportes de Giorgio Agamben, y expresa: "Un dispositivo no es otra cosa que un mecanismo que produce distintas posiciones de sujetos precisamente por esa disposición en red: un individuo puede ser lugar de múltiples procesos de subjetivación".

No está de más agregar que la experiencia que se construye desde estas bases, no siempre fluye sin altercados o necesarias alteraciones. Los usuarios/residentes/trabajadores, tal como se mencionó anteriormente, atraviesan momentos de crisis. En este sentido, una vez más, la pregunta gira en torno al abordaje clínico. ¿Desde dónde alojan y acompañan los dispositivos en momentos álgidos? ¿Qué estrategias se configuran en momentos en que el objetivo, el sentido de la intervención, "se desvía" –o amerita ser desviado- hacia la particularidad de una situación puntual?

E1: *"(...) el modo en el que siempre se trabajó es el vínculo con todos los trabajadores absolutamente cotidiano y uno va percibiendo en el modo de trabajar, ciertas cuestiones. Hay ahí ciertas manifestaciones que se van exponiendo en la cotidianidad y lo cierto es que parte de lo que vemos nosotros con el consultorio externo de que están mejor y se relajan...Las intervenciones vienen cuando hay algo que está pasando. Bueno nada, ahí empieza a suceder lo que haya que hacer...entrevistas, coordinación con los terapeutas, visitas familiares, coordinación con otros dispositivos...Pero eso va quedando siempre a cuando van explotando las situaciones". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]*

Una siesta en el Dispositivo Emilianas, se llevaba a cabo una reunión solicitada por el equipo coordinador. La cita era con los tres hermanos de Dante³³, uno de los trabajadores del emprendimiento. Aparentemente, un mes atrás, su madre sufrió un accidente cerebro vascular y este episodio, es coincidente con cierto deterioro –tanto anímico como "físico"- en Dante. En su discurso, por aquellos días, comienza a aparecer de manera recurrente la figura de su madre y sus hermanos, ya que éstos comienzan a tener mayor presencia en su cotidianeidad a razón del cuadro dado. Sumando el hecho de que Dante trae en su discurso a sus hermanos a un episodio puntual y aislado, el equipo convoca esta reunión. Las posibilidades que allí se tejen, se tejen tras el diálogo y la

³³ Se trata este de un relato que se desprende de momentos de observación en instancias de trabajo de campo. El nombre aquí propuesto para nombrar al trabajador del Emilianas es ficticio, utilizado a los fines de preservar la identidad de la persona involucrada en el relato.

pregunta. ¿Qué piensan los hermanos de la situación actual de Dante?, ¿cómo pueden acompañarlo y alojarlo en este momento de fragilidad?, ¿qué lectura pueden realizar ellos respecto de la forma en que Dante atraviesa este momento? Se hace foco en lo artístico, en explotar esa potencialidad que Dante tiene latente: tal vez es un buen momento para pensar en espacios artísticos, recreativos. La idea es lanzada, enunciada y puesta a rodar.

Más allá de si en dicho encuentro se ideó "la" estrategia para Dante y su circunstancia, lo que intento significar es ese "paréntesis" creado hacia dentro del dispositivo. En paralelo pero en simultáneo al trabajo diario, intentar hacer que el dispositivo, sea un dispositivo para Dante, pensado para sus necesidades manifiestas. En este sentido, es pertinente pensar que en las experiencias que se construyen hacia dentro de un dispositivo, "(...) las reglas no son directamente prácticas; las reglas, para hacerse prácticas, tienen que aplicarse en determinadas situaciones que se presentan a cada individuo en infinitas variaciones y es en cada situación que hay que tiene que determinar cómo aplicar la regla". (García Fanlo, 2011: 6)

Por último respecto de la modalidad de trabajo construida hacia dentro de estos dispositivos, un aspecto se presenta como una particularidad en el caso del Emilianas. Éste un dispositivo que funciona dentro de un efector de salud inscripto formalmente en una lógica de tipo polivalente, pero que no está a salvo todavía hoy de reproducir prácticas manicomiales.

Esta condición, es dada a mí entender por la conjugación de múltiples determinantes que oscilan entre:

- el peso histórico de prácticas y modos de abordaje reproducidos desde tiempos remotos en la atención del padecimiento mental,
- y la tal vez solapada pero real resistencia -a veces ético profesional, a veces simplemente costumbrista/acrítica- a concretar el pasaje definitivo hacia un modo de abordaje plenamente inscripto en un paradigma de salud mental y derechos humanos.

Intervenir y construir experiencia desde un dispositivo alternativo a las lógicas manicomiales en un contexto tal, imprime ciertos desafíos en la práctica diaria. Así, el Emilianas, además de construir objetivos y trayectorias de intervención con los usuarios que transitan por el dispositivo, asume como un deber y necesidad, generar acciones que tengan impacto en el Hospital mismo, en sus lógicas manicomiales. "Se trata de circuitos de mixturas donde el manicomio y sus lógicas sobreviven y conviven con los denominados procesos de desmanicomialización". (Serra y Schmuck, 2009:2).

E1: *"Para mi Emilianas cuando está en el hospital, cuando se decide que esté en el hospital tenía que ver con esto, con intervenir un hospital de día y nosotros además en el armado del dispositivo (...) nos planteábamos intervenir también en el manicomio, en las prácticas manicomiales del Mira. Porque también es eso...vos podés tener ese lugar, con esa cantidad de internados y tener otra lógica por más que sigan internados".* [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

E1: *"(...) hicimos toda una intervención con el Lavadero del hospital. El imaginario respecto del lavadero [de ropa] era que te rompían, robaban y manchaban todo. (...) Entonces bueno, fue una intervención porque no teníamos plata para hacer lavar la ropa de cocina en un lavadero. (...) Fuimos, hablamos...'¿quién es el jefe?', '¿quienes trabajan?'...Era el imaginario...era el imaginario. (...) y de hecho, ¡nos cuidaron mucho la ropa!".* [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

E1: *"(...) me acuerdo cuando inauguramos el servicio de catering que habíamos invitado a todos los del hospital a que degusten (...) y dijimos unas palabras y en esas palabras, "nosotros tenemos que agradecer a: los choferes que nos llevan y nos traen, al lavadero que nos cuida la ropa"...y así, nombramos uno por uno y esas cosas van...surtiendo efecto. Como esas, un montón de cuestiones que para nosotros eran intervenciones".* [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

La apuesta al trabajo del otro, hacer al otro partícipe involucrándolo en el proceso, supone la posibilidad de sobreponerse a lo dado, y empezar a tender y extender el entramado de red que va configurando el dispositivo hacia potenciales aliados. En el caso de las Residencias, las intervenciones también disparan hacia diferentes direcciones y actores, y puede que el desafío esté dado en el cruce con las lógicas manicomiales también presentes en la comunidad³⁴.

³⁴ Este aspecto, será retomado más adelante.

En relación a esta posibilidad de intervención en la institución en la que se encuentra inserto el dispositivo, Andrea Flory (2009), comenta: "(...) [un] dispositivo puede ser entendido como una herramienta de transformación institucional y subjetiva, ya que permite y ofrece una lógica de inscripción del lazo social. Opera interrogando los modos asistenciales hegemónicos (...)".

En este sentido es que sostengo que Emilianas tiene la particularidad de dialogar y establecer negociaciones hacia dentro de un entorno histórica y explícitamente atravesado por duras prácticas manicomiales.

VII.II.III Apuestas superadoras de las posibilidades dadas actualmente, y aspectos que aún significan desafíos por sortear

Existen algunos aspectos que en el discurso y posicionamiento ético político de los entrevistados, entiendo que resuenan como desafíos, o ideales todavía no transitados. En este apartado, algunas de esas ideas serán contempladas, ya que constituyen horizontes de sentido de las intervenciones que se sostienen día a día.

Un aspecto traído a los encuentros de entrevistas que es común a los dos espacios aquí considerados, tiene que ver con pensar al dispositivo en una red de dispositivos.

E1: "(...) los dispositivos en general (...) tienen que conformarse en la red de dispositivos (...)". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

En relación al eje anterior, aquí se amplía la mirada, y se contempla al dispositivo inmerso en un panorama macro:

La noción de redes de servicios de salud, surge a partir de un nuevo modelo de atención que traslada el eje desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a los actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos públicos o privados, equipos de profesionales de la salud, profesionales y organizaciones de autoayuda (usuarios y familiares). (Passeggi, 2015:76)

Además de las instituciones llamadas a juego y la existencia de actores profesionales y sociales puestos a disposición, un imperativo para que esta red exista es la debida articulación entre estos elementos, en pos de garantizar la diversidad y continuidad en el tiempo de los servicios. En el caso específico de los dispositivos alternativos en salud mental:

E1: *"(...) eso no puede ser sin la asistencia en los CAPS, sin la asistencia en los consultorios externos, que creo que es parte de esta red de dispositivos, la internación para las crisis también es parte de esta red de dispositivos (...)".* [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

Así, la red se piensa como un espacio de contención que continúa la atención y el cuidado por fuera del -pero en sintonía con- el dispositivo. Tras los espacios de diálogo sostenidos, una serie de indicios me hacen inferir que actualmente esta red no se encuentra fortalecida, pues las estrategias dadas para la necesaria articulación entre actores e instituciones intervinientes es un aspecto todavía débil.

R2: *"Sí pero además padecemos lo mismo que cualquier familia que viene a la guardia...Hemos tenido que estar en los sanatorios, porque la guardia, las que tienen PAMI, en los hospitales...Vos ves el abuso de poder que hacen, el maltrato, el destrato, el des - trato...Que por ahí cuando les mencionas que venís desde la Salud Pública...vos tenes que chapear para que te den bolilla...Que se yo...".* [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

R3: *"(...) hay síntomas clínicos que específicamente nosotros nos vemos jaqueados porque no podemos dar una respuesta en lo inmediato porque no es nuestra función, pero nosotros como trabajadores de la salud pública, ahí vemos desde la gestión del equipo, vemos cómo funciona la red".* [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

Entiendo que la pertenencia a estos dispositivos puede pensarse como la principal o tal vez única "puerta de entrada" a la red. Lo que intento significar es que, de no ser por las trayectorias de asistencia de salud allí construidas y sostenidas, la mayoría de los usuarios de salud mental que no cuentan por fuera de los dispositivos con quien acompañe y garantice su permanencia dentro de la debilitada red, caerían por "los agujeros" de ésta. El dispositivo operaría en este caso, como una especie de garantizador de la continuidad en la atención de la

salud integral de los usuarios –lo cual, claramente, en ningún caso es una certeza pese a los esfuerzos puestos en ello-.

E1: "(...) *qué pasa que el sistema de salud no está garantizando que una persona que es paciente de hace 15 años no tenga un terapeuta. Y PARA MÍ, hay algo de responsabilidad en el emprendimiento, que creo que ha asumido esa responsabilidad y ha tratado de gestionar eso... ¡Y no lo logra! Aún con un equipo tratando de gestionar eso, ¡no se logra!, vos imaginate los que están a la deriva*". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

La gran pregunta que invade la escena entonces, es: ¿qué ocurre con quienes aún siendo usuarios de salud mental, no están afiliados a un espacio que garantice la continuidad de un tratamiento o atención?, ¿cómo evitan quedar fuera de la red? -¿logran evitarlo?-.

En la declaración de intenciones de la Ley Nacional de Salud Mental, el artículo 9 pondera la atención por fuera del ámbito hospitalario, apostando a un abordaje intersectorial e interdisciplinario, basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud. Las posibilidades, se agotan antes de gestarse: al día de hoy, los efectores públicos de salud continúan presentando dificultades respecto de las prestaciones de servicios básicos que deberían poder garantizar conforme lo enuncia la letra de la ley.

En un panorama actual que entiendo así configurado, me atrevo a deslizar otro aspecto que se vislumbra como necesario para el fortalecimiento de una red que verdaderamente contenga a quienes transitan por ella. En contexto de entrevistas con referentes de ambos espacios, aparece de manera reiterada la manifestación de la necesidad de que existan múltiples dispositivos, con diversas características.

E1: "*Y acá hay algo que para mí es como central uno tiene que pensar en la cronicidad del padecimiento subjetivo o en la posibilidad de la curación. Hay que asumir que determinadas personas con determinados tipos de padecimientos, con determinadas condiciones además...que bueno, que van a necesitar sostenes y eso va a ser crónico. Y hay que ver cómo ahí pensar dispositivos distintos a la reclusión que garanticen los derechos, que garantice la mejor calidad de vida posible, la mayor autonomía posible (...)*". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

En el caso del Emilianas, se desliza la mirada hacia la población de usuarios crónicos de la red de salud: ¿desde dónde se piensan las bases para un dispositivo que apunta a usuarios crónicos?, ¿cuáles son las particularidades que esta población necesita que sean contempladas para tener garantizada su atención a largo plazo?

En el caso de las Residencias, además de pensar como necesario que exista una segunda vivienda de iguales características –como supo serlo la de mujeres, que actualmente se encuentra cerrada-

R2: *"(...) debería haber un dispositivo de características diferentes que sea también una casa, pero con presencia de recurso humano 24 horas. Cuando entran en un problema clínico de estas características que no pueden movilizarse, que no hacen control de esfínteres... Nosotros no somos enfermeros, pero lo hemos tenido que hacer (...)"*. [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

Entiendo en este punto que la experiencia transitada hasta el momento en cada dispositivo permite a los equipos de salud reconocer tanto los alcances como limitaciones del espacio construido. Así también, entiendo que las circunstancias que exceden las posibilidades de intervención desde cada dispositivo, disparan nuevas reflexiones, interrogantes y apuestas que se traducen en desafíos.

En el caso de Emilianas, actualmente se encuentran colmados de expectativas tras la posibilidad de llevar a cabo un proyecto por fuera de las instalaciones edilicias del Hospital Mira y López. Esto, constituye una apuesta y debate que los atraviesa desde los albores del dispositivo. Para gran parte del equipo, la mirada siempre estuvo puesta afuera, lejos de un espacio en el que el riesgo de quedar atrapados en innumerables lógicas manicomiales, es tan alto. No obstante, la idea de abandonar un espacio ya ganado, resignificado y fortalecido hacia dentro del Hospital, genera algunas "resistencias" por parte de algunos integrantes de la coordinación, como de los mismos usuarios.

Hoy por hoy, más allá de las dudas y temores que los atraviesan, la apuesta al crecimiento del emprendimiento hacia fuera del Mira y López, es un hecho:

estarán a cargo de la cantina del CEMAFE³⁵. Este desafío los envuelve en un momento de aprendizajes, toma de decisiones, incertidumbre y expectativas. Queda de manifiesto que un dispositivo es algo que constantemente se está reconfigurando a sí mismo, y produciendo distintos tipos de subjetividades (Fanlo, 2011). A su vez, entiendo que estas proyecciones de apuestas que superan las condiciones dadas actualmente en cada espacio así como los desafíos por transitar, son elementos constitutivos de la experiencia creada hacia dentro de ambos dispositivos.

VII.III Experiencia y Política Pública

En este trabajo, han sido tomadas en consideración dos leyes en Salud Mental – municipal y nacional – que se entiende están “por encima” de las políticas públicas, orientando su horizonte de sentido. A su vez, la categoría de Política Pública en Salud Mental es entendida como el paraguas teórico – normativo que contiene la posibilidad de que existan dispositivos alternativos desde los cuales producir experiencias alternativas en salud mental.

A continuación entonces, se revisarán algunos aspectos que posteriormente permitirán pensar el modo en que la ejecución de políticas públicas en Salud Mental a nivel local determina, habilita o condiciona la conquista de autonomía por parte de los usuarios que construyen experiencia en los dispositivos alternativos aquí considerados.

Un aspecto sobresaliente en las instancias de diálogo llevadas a cabo en el marco de esta investigación versa sobre las dificultades dadas en el sistema de salud a los fines de garantizar una atención integral de los usuarios que intentan circular por la red de servicios. Esta idea ha sido referida anteriormente, pero es preciso retomarla para señalar la incongruencia existente entre la realidad dada y el marco normativo que dictamina que: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención

³⁵ Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe.

primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales". (Art. 9. Ley Nacional de Salud Mental).

La posibilidad de haber realizado un trabajo de análisis de las historias clínicas de los trabajadores del Emprendimiento Emilianas, permite de alguna forma poner en evidencia la incongruencia señalada entre la propuesta de la ley y el real funcionamiento del sistema de atención en salud³⁶.

Las historias clínicas del Hospital Mira y López, se desdoblaron por cada usuario. Esto quiere decir que para cada uno existe una historia clínica en la cual se asientan aspectos que refieren a la atención en salud mental, y otro registro similar en el cual se constatan intervenciones de tipo "médico/clínico". Al momento de realizar el trabajo de análisis de las historias clínicas, no se tuvo acceso a esta última, de modo que al revisar la trayectoria de atención en salud de los usuarios, la mirada resultó sesgada por este modo de separar el registro de intervenciones.

Se entiende que esta organización de la información, da cuenta de la forma fragmentada en que se concibe al sujeto, escindiéndolo en "cabeza" y "cuerpo", no reconociendo la integralidad del mismo, y por ende podría sospecharse que no se proyectan intervenciones en las que se priorice la necesidad de la integralidad en la atención.

En instancias de esta revisión de los registros de historias clínicas se observaron también ciertas dificultades o intermitencias en el sostenimiento de los tratamientos y de los profesionales que acompañan cada proceso, así como la no articulación entre distintos profesionales para la construcción conjunta de propuestas terapéuticas –esto solía ocurrir en contexto de internaciones pero no como una constante en el modo de atención-.

³⁶ Se trabajó con las historias clínicas de la totalidad de los trabajadores que asisten al Dispositivo, realizando un recorte temporal correspondiente a los años 2015-2016. Se construyeron variables que permitían poner atención a los siguientes aspectos: - Frecuencia y cantidad de encuentros con cada profesional (mes a mes, año a año), - profesiones que prevalecen o proliferan en la trayectoria asistencial de cada usuario, - continuidad en la atención con un mismo profesional o la variación del mismo en el tiempo, - y algunos aspectos cualitativos del registro que se entiende, daban cuenta de la perspectiva desde la que se asiste, a la vez que permitían pensar en la "calidad" de la misma. Participé activamente en la realización de este trabajo durante el año 2017, en el marco de mi participación como voluntaria del PEIS "Producir trabajo es Producir Salud".

En 2015 el registro realizado por psicólogos es muy bajo, del 7,1%; situación que proporcionalmente baja en 2016 a 2,8%. Aquí podemos plantear dos supuestos: uno, que la descentralización diseñada tiene efectos y muchos de estos usuarios se atienden en Centros de Salud, o bien que la atención en salud mental del hospital está centrada en la perspectiva biomédica. (Producción escrita en conjunto por equipo de coordinación del Emprendimiento Productivo Emilianas y el PEIS Producir trabajo es Producir Salud. Año 2017, s/n).

La historia clínica es entendida como una herramienta de intervención en la cual confluyen los registros del cúmulo de intervenciones que atraviesa a cada usuario, se entiende como una vía de comunicación más entre los distintos profesionales que interviene en cada caso. Por ende, que la información que éstas arrojan sea parcial, escasa, exclusivamente de tipo biomédica –en el caso de intervenciones del área de psiquiatría- y/o que no haya un registro que dé cuenta de una multidisciplinariedad, arroja cierto panorama del modo en que el cuidado y atención del padecimiento mental es puesto en marcha desde las prácticas profesionales dadas.

Lo que intento significar es que el hecho de pensar en aspectos como fragmentación –tanto en la atención como entre los distintos niveles del sistema de salud-, o la prevalencia de una mirada biomédica a la hora de encontrarnos con registros que en parte reflejan las intervenciones dadas en el campo, es pensar en política pública, en cómo ésta opera en la realidad. Esto aquí importa porque esta fragmentación impacta directamente sobre la experiencia que se construye en los dispositivos.

Otro aspecto que entiendo hace al modo de configuración de la experiencia de los usuarios del sistema de salud, guarda relación con lo anterior. Me refiero a la resistencia por parte de los hospitales generales –más allá del Mira y López- al abordaje de padecimientos subjetivos.

R1: *"Bueno, y ese es otro tema: todas estas cuestiones son muy difíciles de transitar por los efectores de salud sin ser estigmatizados...Porque todo lo que le pasó a 'R' durante todo este tiempo, nada tiene que ver con su patología psiquiátrica sino con cuestiones clínicas...cardiológicas, pulmonares...y en los servicios generales, cuando veían qué tipo*

de medicaciones tomaba, lo querían mandar al Mira de vuelta (...) Bueno, pero, ¿por qué?...Entonces, falta mucho... (...). [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

Que a ocho años de reglamentada la Ley Nacional de Salud Mental, no esté garantizada la atención en la totalidad de efectores de salud –puntualmente, en los efectores de tipo polivalente- también habla de la forma en la que se abre camino la materialización –o no- de la política pública en el área.

Tanto la fragmentación del sistema como la no garantía de la continuidad de la atención en los distintos niveles que lo conforman, se traducen en obstáculos en la atención, acompañamiento o diagramación de estrategias de intervención. Estos obstáculos impactan de manera negativa en la calidad de la atención que desde el Estado se ofrece a los sujetos que padecen mentalmente, a la vez que ponen en evidencia cierta sensación de soledad en los profesionales.

R2: *"Y otra de las cuestiones en donde está la falla de gestión, es que emm...los usuarios de estos dispositivos todos vienen con cuestiones clínicas sin resolver, sobre todo cuestiones producto de estar tantos años institucionalizados de esa manera. Entonces...ya tuvimos, un fallecimiento (...) y estamos solos para trabajar. SOLOS, SOLOS"*. [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

E1: *"Nosotros no tenemos con quien trabajar el armado del CEMAFE, no tenemos interlocutor. Eso no sucedía, algún interlocutor había...entre quienes estaban más en un lugar de decisión que podía resolver ciertas cuestiones; que claramente no es nuestro lugar"*. [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

R3: *"(...) y esto es lo que yo cuestiono: lo que debiera articular la Dirección de Salud Mental...que además, digamos, tiene las herramientas para hacerlo, lo tenemos que dar por cuenta nuestra"*. [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

R2: *"Pero sería importante que hubiera una coordinación para los dispositivos sustitutivos. Porque nosotros si no nos reunimos directamente con 'M' (...) Hacen falta otros interlocutores que puedan resolver (...)"*. [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

La ausencia de un interlocutor que ordene y articule el trabajo entre los distintos niveles de salud es una fisura en el sistema. Los dispositivos alternativos, en tanto manifestación de una política pública ideada para atender las particularidades del universo de la salud mental, no pueden funcionar únicamente con las herramientas disponibles a nivel territorial. Una instancia con mayor

jerarquía en aspectos resolutivos y/o de toma de decisiones es visualizada actualmente como una carencia.

Más allá de la falencia comunicacional/organizativa, en esto se torna explícita la sensación de soledad percibida por los trabajadores. Se entiende que en un plano "ideal", la política pública tiene que poder construirse desde la contención y acompañamiento de los trabajadores. En este marco de ausencias, resuena el interrogante –al decir de Vita Escardó- acerca de "¿quién cuida a los que cuidan?".

"(...) el *burnout* genera costes invisibles (Durán, 2003) que conciernen transversalmente a los diferentes niveles de complejidad creciente que son relevantes y han de configurar el que-hacer de los profesionales de salud mental desde una óptica de continuidad de cuidados. Por tanto, la gestión en el ámbito de las propias organizaciones, de los propios servicios de ayuda a seres humanos en contacto con daño, debería tener en cuenta en su diseño la protección de los profesionales que en ellas trabajan, así como potenciar los estudios que puedan aportar más conclusiones para la definición y profundización en líneas de actuación en estas materias". (Olavarría y Mansilla, 2007: 5).

Elías Mehry (2007), hace foco en el agotamiento y *burn out* que emerge en los equipos de profesionales. Ante esta inevitable sensación, encuentra o propone una vía de escape que se configura en la interpelación y puesta en diálogo de aquello que –en la práctica diaria- entristece y agota. Sostiene que es por esta vía que emergen nuevas oportunidades para el equipo, potenciadoras de prácticas antimanicomiales. Construir y sostener a conciencia un espacio de escucha y reflexión de la práctica: eso –también- es lo que se espera y se necesita de la política pública en salud mental. "La posibilidad de pensar por qué y para qué hacemos lo que hacemos, es una herramienta fundamental para cuidarnos y cuidar a otros". (Flory, A., Montini, A., 2012: 64).

Partiendo de experiencias anteriores que demostraron su potencialidad a la hora de diagramar intervenciones desde los dispositivos alternativos, un espacio de reflexión de la práctica es reconocido como necesario.

E1: "(...) eran reuniones permanentes... Si vos necesitabas discutir algunas situaciones, siempre había un interlocutor que te hacía pensar sobre la propia práctica, en algún punto. Por más que no fuera un espacio de supervisión... Bueno los de APS tenían un espacio de supervisión sistemático una vez por semana. Lo dejaron de tener (...) La gestión dejó de tener un espacio de reflexión de la práctica. Y bueno, nada, nosotros también teníamos con la dirección del hospital... teníamos un contacto permanente, con la dirección de Salud Mental... Ahora, no hay nadie que esté a cargo concretamente (...). [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

No se puede perder de vista que los aspectos que vienen siendo señalados hasta el momento, en última instancia siempre repercuten de manera no favorable en la calidad de atención ofrecida a los usuarios; ya sea en la accesibilidad y permanencia en la red de servicios debilitada por la fragmentación tanto interna como entre los distintos niveles, así como por el agotamiento que sufren los profesionales y equipos que sostienen intervenciones desde los dispositivos alternativos.

Por último, dos aspectos que merecen ser señalados, en tanto podrían potenciar la construcción de la política pública en salud mental a nivel local, tienen que ver con: entender la política como necesariamente interministerial, por un lado, y por otra parte, con la asignación de recursos para el sostenimiento de espacios sustitutivos de lo manicomial.

En pos de deconstruir una lógica que impera desde la fragmentación, es posible pensar la política pública en salud mental como interministerial, de modo que otras esferas de actuación se entrelacen en el abordaje de las problemáticas inherentes al campo.

R3: "El horizonte, según lo que planteaba 'M', es que estas casas sean una política interministerial. O sea que, la misma provincia cuente con casas propias y que no sea una política de un ministerio sino que sea interministerial. Se está, en teoría, intentando avanzar con hábitat y con otras áreas del gobierno para que haya casas propias". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

Resulta interesante recuperar este aporte en tanto se tenga presente el hecho de que en la ciudad de Santa Fe, la Residencia Compartida para mujeres fue inaugurada en mayo de 2014 y cerrada en junio de 2016 debido a inconvenientes con la locación. Las consecuencias de esta inadecuada ejecución de la política pública, impactaron de forma directa en la experiencia de los

usuarios y coordinadores del dispositivo, dejando un saldo negativo difícil de asimilar en el marco de un proceso que aspiraba a perpetuarse en el tiempo.

R3: *La Residencia de Mujeres se cierra porque se pierde la casa y porque...la excusa que se pone es que nadie le alquila al Estado. Lo que nosotros nos preguntamos es por qué no pasa eso en Rosario. Yo creo que es porque somos pocos trabajadores para presionar (...) Nosotros somos un equipo preparado para dos dispositivos; que trabajemos en uno me parece además de un desperdicio, a mí no me gusta estar en un lugar donde no trabajo como tendría que trabajar (...)*. [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

R1: *(...) eso ha traído mucho retroceso digamos, porque...todos sus muebles...Ellas se habían comprado cosas, viste, que se yo...el jueguito del patio, habían hecho un mural atrás todo con cerámicos...Fue terrible, te juro que fue terrible. Me acuerdo de eso y...y me...me agarra... (...)*. [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

Toda la carga subjetiva que implica tanto para usuarios como para trabajadores el proceso de habilitar –y habitar- una Residencia, se desmorona. Tal vez, la implicancia y accionar de diversos ministerios competentes en la planificación y ejecución de la política pública, sería una opción válida para evitar procesos que queden truncos y vayan en detrimento de la convicción de generar y sostener espacios alternativos a la manicomialización.

Para alcanzar este cometido, es igual de importante tener en cuenta lo que ocurre respecto de la asignación de recursos. No basta con poner en marcha una política sin tener garantizado un presupuesto que justamente, garantice la debida asignación de recursos -tanto económicos como humanos-.

R2: *Después de la inversión inicial para amueblar la casa cuando se inauguró este dispositivo, la verdad es que no ha habido muchas inversiones. (...) hemos planteado que la casa de Galicia está en un estado edilicio deplorable, deplorable...Qué se yo...nos van pateando pateando...*. [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

R4: *Es más, la casa de Galicia se pensó para cuatro pacientes y hay tres. Y no podemos poner uno más porque no está en condiciones la casa*. [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

E1: *(...) ha habido distintos momentos históricos en los que el Mira por ejemplo se quiso embellecer. En lo edilicio y sí, en la sala de internación en los muebles...como hacer intervenciones estéticas digamos porque bueno....si viven acá, que sea agradable (...) el Mira por ejemplo en este momento tiene un deterioro edilicio muy grande, muy grande. Ahora están haciendo los techos, pero tiene un deterioro muy grande como hacía años*

que no se veía". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

E1: "(...) para mí [la salud mental] sí está en agenda, sí existen muchos recursos en esta provincia. Están como mal coordinados y administrados...de una forma muy ineficiente, en este momento en particular hay muchos dispositivos de evaluación y no de asistencia... (...) hay algo de la ineficiencia en términos de cómo está la estructura armada, o está mal distribuida...Vos decís las salas de internación del Mira tienen un montón de recursos, ¿pero tienen un montón de casos!". [Entrevista a trabajadora social perteneciente al equipo de coordinación del dispositivo Emilianas]

De alguna forma, en este trabajo ha sido planteado que "lo manicomial" no se circunscribe a un espacio físico coincidente con el hospital; se sostuvo que lo manicomial se cuele constantemente en diversas prácticas, en lógicas arraigadas en diversos espacios de intervención. Así es que, tener el respaldo económico necesario para garantizar condiciones de trabajo y de vida –en el caso de quienes habitan la Residencia- es una condición necesaria para no reproducir prácticas manicomiales. Coincidentemente, este aspecto podría verse reforzado si la política se pensara y proyectara de forma interministerial, tal como se exponía anteriormente.

Se trata, en última instancia, de comprender que habitar diariamente un espacio agradable, es constitutivo del cuidado de la salud mental de los usuarios y trabajadores. Garantizar eso, debería ser también un aspecto inherente a la política pública en salud mental.

VII.IV Experiencia y autonomía

Recogiendo las ideas que hasta aquí han sido formuladas, es necesario conjugar lo expuesto con la forma en que se materializan procesos de autonomía en y desde los dispositivos alternativos en salud mental aquí considerados.

Es momento de desandar la implicancia de la idea de autonomía con la experiencia construida en ambos dispositivos; de intentar esbozar respuestas al interrogante respecto de cómo estos espacios aportan a la construcción de autonomía de los usuarios. Las siguientes líneas entonces serán la materialización

del intento por descifrar cómo esta categoría ha sido significada a lo largo de todo el trabajo de investigación realizado.

Desde un plano conceptual -retomando aportes de Coriat (2013)- se ha considerado que la autonomía se construye y transita a través de un camino abonado por otros que promuevan "condiciones para poder ser y hacer".

Esta idea es simple, y entiendo que en su simpleza refleja la posibilidad de pensar en la construcción de autonomía dada en los distintos escenarios de la vida cotidiana; allí donde ocurren movimientos mínimos que denotan grandes logros. Refleja también la necesaria existencia de un "otro" que habilite, que sostenga y arengue cada conquista proyectando la posibilidad de una próxima.

La noción de autonomía como categoría puesta bajo análisis, estuvo presente en todas las instancias de trabajo de campo. Algunas veces, se hacía presente de forma explícita en el discurso de los actores que aportaban información y reflexiones al respecto; otras veces, podía pensarse materializada en algunos actos, sucesos o circunstancias atravesadas por los usuarios.

VII.IV.I La experiencia de habilitar autonomía en la Residencia

De manera explícita y reiterada, emerge del discurso de los entrevistados el hecho de que existe una frontera "porosa" entre autonomía y tutela.

R2: "(...) para nosotros ha sido importante también trabajar esto de no subestimarlos ni entrar en un paternalismo...pero que además no es tan sencillo. Uno lo dice pero en la práctica no es tan sencillo. Vos tenés la tentación. Tenés la tentación de solucionarles todo (...)". [Acompañante/equipo de coordinación de la Residencia de varones]

R1: "Y yo creo que es una construcción...Estar siempre atentos a pasar esa barrera. Es como una vigilancia epistemológica que uno no puede dejar de ejercer (...)". [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

La imagen de barrera, frontera y límite se hace presente como algo que en la práctica se da de manera difusa. La postura que el equipo de la Residencia

intenta construir ante ese panorama se trata justamente de eso: de una incesante construcción. A esa línea difusa pretenden demarcarla revisando y replanteando una y otra vez las prácticas diarias desde las cuales procuran cuidados a los usuarios del dispositivo. "La tentación de solucionarles todo" parece ser la amenaza que atenta contra este quehacer diario que aspira a ser reflexivo.

En este sentido, entiendo que pensar en términos de una necesaria "vigilancia epistemológica"³⁷ le imprime al trabajo diario un continuo ejercicio de cuestionamiento y revisión. Entiendo que en esa vigilancia se traduce el esfuerzo por deconstruir "lo dado", por borrar o aminorar el peso de las marcas que las prácticas manicomiales han dejado impresas en la subjetividad de cada usuario conforme se han dado sus trayectorias de vida.

Entiendo entonces que el equipo de coordinación del dispositivo, en su intento por construir prácticas superadoras de la lógica manicomial y que a la vez sean habilitantes de autonomía, debe renovar la autocrítica de manera constante, sin descansar en la apacible idea de un logro ya obtenido.

R1: *"La autonomía como una construcción que no se construye de una vez y para siempre, y que siempre este límite 'hasta dónde' lo tiene que poner el otro y no uno. Y eso no es sencillo, porque esta frontera porosa entre lo que es autonomía y lo que es la tutela...se mueve. Entonces, lo que en algún momento es necesario porque no están pudiendo cocinarse, en otro momento es tutelarlos, es quitarles la autonomía". [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]*

R1: *"La acompañante iba y les cocinaba. Entonces bueno, no...En todo caso, si algún día se hace alguna comida especial...está bueno...pero en todo caso, habilitá...Eso era toda una cuestión... Todos tenían pensiones, todos tenían sus pesitos...Las alacenas siempre estaban llenas, después logramos que empiecen a ir al supermercado solos (...)"*. [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

³⁷ "El concepto de "Vigilancia Epistemológica" (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2004: 11-24) tiene relación con la necesidad imperiosa en Ciencias Sociales de restituir a los conceptos teóricos de su fuerza heurística. Por otra parte, remite a la noción de que el investigador debe mantener coherencia teórica respecto de la o las líneas de pensamiento que ha elegido para realizar una investigación. La coherencia teórica es lo que le va a permitir luego reconocer cuáles son los errores que comete dentro del proceso de investigación y encontrar, dentro del marco teórico conceptual elaborado, los mecanismos metodológicos para superar los obstáculos presentados. Una mirada atenta tanto a los enfoques teóricos como a cada uno de los procedimientos que se siguen en una investigación, permite, con Bachelard (1987), captar la lógica del error para, en función de ella, y en contraposición a ella, construir luego la lógica del descubrimiento de la verdad". (Blanco, s/d:3)

R1: "Con el tema de la medicación, también...Había algunos usuarios que en su momento podían tomar la medicación, y en otros momentos no podían (...) muchas veces es más fácil darles la pastillita y no decirles '¿tomaste?', o dejarles un recordatorio...Uno también se tiene que dar estrategias...'G' no sabían leer; se lo hacíamos con dibujitos de la luna y el sol...Pasar no a dárselas sino a decir 'te acordas?' Y a veces la rutina hace que no sea posible eso sino que sea más fácil ir y dársela. Pero es todo un trabajo que creo que es posible, pero permanentemente se cuele lo manicomial en estas cuestiones...en esto de lo tutelar...el exceso de cuidado...". [Entrevista a trabajadora social que años atrás formó parte del equipo de coordinación de las Residencias]

Lo tutelar aparece como sinónimo de lo manicomial. Esta convicción parece reforzar la idea anterior respecto de la necesidad de la permanente vigilancia epistemológica de las prácticas. A su vez, agudiza la idea de que en el marco de un dispositivo alternativo, los horizontes de la intervención clínica pueden ser claros pero operan sobre plataformas no estancas, reconociendo en este caso que lo que en algún momento es "necesario", en otro momento es "tutelar".

En el transcurrir de la vida cotidiana se despliegan una serie de toma de decisiones que, en el caso de quienes habitan la Residencia tiene efectos transformadores. Asignación de tareas que hacen al funcionamiento de la casa y la convivencia: ¿quién cocina?, ¿quién limpia?, ¿quién se encarga de abastecer mediante la realización de compras? Las negociaciones que implica repartir estas tareas ponen en marcha un ejercicio que construye autonomía desde la raíz. Aparece la variable de "tiempo" libre" como un espacio por llenar de contenido y sentido, la administración de dinero y el despertar de deseos anteriormente ignorados o postergados. Todo esto se trata de un aprendizaje y de una exploración de posibilidades que en otro contexto fueron anuladas.

Aquí fue considerada la idea de una *paideia* de la autonomía (Castoriadis, 1997, en Negroni 2011), en el sentido –y desde la convicción- de que es la sociedad y sus múltiples instituciones quienes deben educar para forjar sujetos autónomos, pasibles de internalizar tanto la ley como la posibilidad de interrogarla, así como reflexionar respecto de la libertad y las responsabilidades que ésta conlleva.

En la experiencia de la Residencia se sintetiza la idea de la "educación" para la autonomía. Por un lado, los usuarios que habitan la Residencia,

desnaturalizando el transcurrir de la vida cotidiana, imprimiendo en ella aspectos del orden del deseo propio antes negado. Por otro lado, tal como fue anteriormente expuesto, el equipo que coordina y acompaña repensando el por qué, el para qué -y el hasta dónde- de su presencia en el proceso.

VII.IV.II La experiencia de habilitar autonomía en el dispositivo Emilianas

Los indicios que acercan el trabajo diario de este dispositivo a un proceso de construcción de autonomía de los usuarios, no fueron explícitamente puestos en circulación o bajo reflexión al momento de entrevistas, charlas informales o en los intervalos de tiempo compartidos.

En el Emilianas las jornadas transcurren atravesadas por una temporalidad y un uso del espacio que ofrece distintos cuadros situacionales de los cuales se desprenden múltiples sentidos. Recuerdo que en los primeros acercamientos, como espectadora externa y ajena a la "coreografía" de la rutina diaria, me costaba sumarme al "ritmo" de alguno de esos cuadros.

Allí todo ocurre desde una dinámica que más o menos se repite pero que jamás es la misma una vez respecto de otra. Las posibles escenas se emplazan en espacios diferenciados pero al mismo tiempo interconectados: en la sala más grande, acontecen reuniones informales, se descansa, se toma mate, se desencadenan charlas grupales o más de tipo "íntimas", se llevan a cabo tareas administrativas, se convocan asambleas. En la sala contigua -más pequeña en sus dimensiones espaciales-, el equipo de coordinación encarna un sinfín de conversaciones que evocan distintas situaciones: desde comentar alguna situación que está atravesando tal o cual trabajador y -quizás- la forma en la que ésta influye en el grupo, hasta armar presupuestos para posibles clientes. En la cocina, los quehaceres culinarios convocan a quienes están dispuestos a dicha tarea.

Me interesa recuperar esta espacialidad-temporalidad porque la libre pero demarcada circulación que hacen en ella tanto coordinadores como usuarios del dispositivo, creo que imprime un orden que tiene efectos subjetivantes. Estar en la

cocina implica ciertas reglas que en la sala principal no necesariamente rigen con fuerza, a la vez que en la cocina el tiempo cronológico tiene mayor peso –hay que estar atentos a los tiempos de cocción y elaboración del producto- y en la sala el tiempo subjetivo se acerca más al ocio.

La dimensión espacial (topos) cobra tanta importancia como la dimensión temporal (cronos), dado que son las coordenadas donde se introduce la perspectiva simbólica e imaginaria y donde se habilita la posibilidad de generar nuevas inscripciones sociales, vale decir lazos sociales (eros) en sujetos que padecen una gran fragilidad subjetiva estructural, que se manifiesta fundamentalmente a través del aislamiento y la exclusión social. Flory, 2012: 81).

Entiendo que el modo de circular en el espacio, a la vez que la apropiación del uso del tiempo, son recursos clínicos que hacen a la impresión de huellas de autonomía en tanto toma de decisiones: apropiarse de un modo de estar en un lugar, considerando en ese "estar" un uso "responsable" –o no- del tiempo, asimilando dinámicas o reglas inherentes a cada espacio tiene doble sentido si se considera que esta lógica más de tipo autónoma es construida hacia dentro de una institución fuertemente atravesada por lógicas manicomiales.

Los usuarios del dispositivo exploran las posibilidades del trabajo, adscriben a una dinámica descubriendo y reconociendo dónde se sienten más a gusto.

E5: Entrevistadora: *"¿Y qué sentís que te cambió participar acá del Polo?"*

Usuaría: *"Me cambió bastante...a no estar amargada, que no me agarre la... ¿cómo se dice esta enfermedad que tengo?...la...la tristeza, que no me agarre fiaca, sé que tengo una responsabilidad para presentarme a mi trabajo...estar atenta a los horarios que entro, los horarios que salgo (...)"*. [Presentaciones de los usuarios del dispositivo - audios-]

E5: *"(...) en la cantina me siento bien....como yo he tenido cantina por cinco años antes de entrar al ejército, me siento más bien cumpliendo más horas acá adentro que estar allá adentro amasando y todo eso"*. [Presentaciones de los usuarios del dispositivo - audios-]

E5: Entrevistadora: *"¿Y qué es lo que más te gusta del Polo?"*

Usuario: "Amasar, amasar, hacer masitas...todavía el horno no, porque me quemó...un día me quemé el pelo...". [Presentaciones de los usuarios del dispositivo - audios-]

Así como se pone en juego un reconocimiento, apropiación y uso del tiempo y del espacio, otras variables atraviesan la labor diaria cimentando lo que allí percibo como procesos de construcción de autonomía. En la cantina, por ejemplo, el manejo del dinero, así como efectuar los pedidos necesarios que hacer a cada proveedor estando atentos a las faltantes.

Hay algo que tiene que ver con instaurar algunos límites, lo cual entiendo se relaciona con un trabajo clínico direccionado a la toma de decisiones, asunción de responsabilidades. Existe en el Emprendimiento una regla que tiene mucho peso en el trabajo diario y tiene que ver con el cuidado del aseo personal. Al estar en contacto con procesos de elaboración –en cocina-, venta -en cantina- y dispensación –en catering- de alimentos, éste aspecto es un imperativo exigido a todos los trabajadores.

Concurrir al Emprendimiento descuidando este aspecto, tiene inmediatas consecuencias que deben ser afrontadas –ante un episodio tal no se trabaja la jornada, por lo cual son descontadas las horas al momento de cobrar-. Internalizar la idea de que cada acción o decisión tomada tiene una consecuencia, instaura marcas de autonomía.

Entiendo que la obligatoriedad de algunas pautas permite a los usuarios posicionarse frente a ellas, adherir o no, enfrentando en cada caso las consecuencias de esa postura tomada. Se considera la idea de que "(...) la institución de la sociedad implica establecer determinaciones y leyes diferentes, no sólo leyes 'jurídicas', sino maneras obligatorias de percibir y concebir el mundo social y 'físico', y maneras obligatorias de actuar en él". (Castoriadis, 2005:99 en: Negroni, 2011: p. 202).

Respecto de la toma de decisiones, de manera explícita este ejercicio es puesto a circular en el espacio de asambleas. Aquí, las decisiones ya no se toman

desde una óptica exclusivamente individual, sino que la negociación es con otros y esos otros traen consigo sus intereses, ideas, posturas, necesidades y deseos.

E5: Entrevistadora: "¿Y las asambleas qué te parecen?"

Usuaría: "Bien, bien porque ahí te puedes desagotar si tuviste algún problema, dar opiniones, no las asambleas sí me gustan mucho, me gustan mucho porque se puede hablar y se puede encontrar la solución para todo". [Presentaciones de los usuarios del dispositivo -audios-]

E5: Entrevistadora: "¿Y qué te parece el espacio de la asamblea?"

Usuario: "Buenísimo. Buenísimo porque podemos explayarnos en lo que nosotros pensamos o si tenemos estem...un proyecto...lo hablamos, lo integramos al grupo para que todos podamos poner nuestro granito de arena para que el emprendimiento siga funcionando mejor de lo que está. Es algo que lo tratamos entre todos, la opinión de todos yo creo que es muy valedera, es importante, y a nosotros nos hace bien porque cualquier inconveniente o proyecto que tengamos lo volvamos entre todos y entre todos podamos llegar a un acuerdo". [Presentaciones de los usuarios del dispositivo -audios-]

Considero que este es un espacio privilegiado para ensayar la toma de posiciones atravesada por aspectos subjetivos, una instancia en la cual la palabra es vehículo de las decisiones y responsabilidades asumidas. El encuentro con otros en diálogo y debate respecto de la organización de tareas diarias, deja a un lado un modo de hacer impuesto desde afuera. Entiendo que los trabajadores del Emilianas se asumen como protagonistas del proceso de trabajo al formar parte de las instancias de toma de decisiones.

VIII. Reflexiones finales

Llega a su fin este trabajo de iniciación a la investigación enmarcado en mi tesina de grado de la Licenciatura en Trabajo Social. El cierre se entiende como una instancia necesaria en la cual se sintetiza el proceso de investigación y las ideas o reflexiones sobresalientes obtenidas del mismo. No se trata de un cierre que da por agotada la búsqueda de sentidos hacia dentro del universo puesto bajo estudio. Por el contrario, el camino transitado ha dejado latentes varios intereses, interrogantes y posibilidades de nuevas búsquedas que serán expuestos más adelante.

Mi interés personal por explorar –aunque sea de forma incipiente- el campo de la salud mental en un nivel local, me llevó a configurar mi objeto de estudio en relación a: *las experiencias construidas en el dispositivo alternativo Emilianas del Hospital Mira y López y en Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental en el marco de la Ley Provincial y Nacional de Salud Mental, en la ciudad de Santa Fe*. Casi todo el tiempo que duró el desarrollo de este trabajo, me acompañó la impresión de que mi desconocimiento sobre el tema era vasto, pero este “no conocer” fue directamente proporcional a mi curiosidad. Aún en momentos en los que sentía haber perdido un poco el rumbo, esta curiosidad permanecía intacta. Cada acercamiento acontecido en instancias de trabajo de campo, era una forma de reafirmar mi asombro, mi interés.

Este estado, a veces me llevaba a dispersarme en discusiones o aspectos que se alejaban de mi objeto de estudio. Hoy pienso que esas distracciones, además de inevitables, de algún modo han sido provechosas, pues también renovaban el interés por acercarme al conocimiento del campo de la salud mental y las intervenciones posibles de ser allí proyectadas desde la mirada del trabajo social.

En esos estados de dispersión, para volver a encontrar el eje, una y otra vez tuve que volver a los objetivos planteados respecto del objeto de estudio que había construido. Como objetivo general, *identificar la función que ocupan los*

dispositivos alternativos en el proceso de internación/externación. Como objetivo específico, analizar e interpretar en qué medida estos dispositivos alternativos contribuyen en la construcción de autonomía en los sujetos con padecimiento mental.

Ambos, por haber servido una y mil veces en su función de orientar este trabajo de iniciación a la investigación, merecen aquí ser retomados una vez más, ya al final del proceso, para reflexionar ni más ni menos hasta qué punto han sido alcanzados, o qué ha sido descubierto en el camino recorrido al ir tras ellos. De manera sintética es posible enunciar una idea que represente una especie de respuesta a cada uno³⁸.

Respecto de qué función cumplen los dispositivos alternativos en el tránsito de internación/ externación: entiendo que tanto el Emilianas como la Residencia se constituyen como espacios que, enmarcados en quehaceres propios del mundo laboral y la vida cotidiana, ofrecen escenarios para descubrir y/o resignificar aspectos de la propia subjetividad que las prácticas manicomiales habían borrado o "distorsionado" en los usuarios de salud mental. En los dispositivos se tejen redes de sociabilidad, se trazan puentes hacia esferas de la vida anteriormente no exploradas; desde los equipos que coordinan se habilitan, alientan y sostienen estos procesos. El desenlace de las intervenciones clínicas que allí operan no es pensado en términos de "éxito" o "fracaso". El esfuerzo está direccionado al proceso en sí, a las conquistas que en él ocurren, a los cambios de rumbo necesarios de ser advertidos para continuar acompañando y a la posibilidad de renovar más y mejores posibilidades de cambio.

En cuanto al objetivo direccionado a interpretar en qué medida se logran o no procesos de construcción de autonomía en los dispositivos, la respuesta fácil e inmediata sería positiva, sería que sí. Pero el camino investigativo transitado en pos de significar -en las prácticas, discursos y actos construidos en cada uno de

³⁸ Hablo en términos de "respuesta" porque comprendo que éstos, inicialmente han sido interrogantes que terminaron traducándose en objetivos de investigación.

los espacios- rasgos de autonomía, ha sido mucho más revelador que una escueta respuesta positiva.

Para que las ideas que son plasmadas sobre este final reflejen el verdadero sentido del trabajo realizado, es necesario trazar algunas conexiones, hacer explícitos algunos entrecruzamientos de dirección y sentido que el mismo proceso de investigación ha ido ofreciendo en su extenso devenir. En este sentido es que considero que, por ejemplo, la implicancia de los objetivos trazados con las categorías centrales puestas bajo análisis es tal, que no podría considerarse en qué medida éstos han sido alcanzados sin poner atención a las principales líneas que se desprenden del análisis realizado.

Antes de esbozar ese mapeo de ideas, no obstante, quisiera detenerme por un momento a revisar los supuestos con los que comencé este trabajo. Es que considero que, así como los objetivos construidos en el inicio del proceso marcaban "hacia dónde" pretendía llegar con esta investigación, los supuestos bien reflejan "desde dónde" partía. Hoy, habiendo transitado el camino transitado, algunas ideas han sido revisadas respecto del escenario imaginado "antes de".

Ha sido "confirmado" el supuesto respecto de que las organizaciones institucionales avocadas al cuidado y acompañamiento de sujetos con padecimiento mental, aún encontrándose posicionadas desde una lógica polivalente, continúan reproduciendo ciertas improntas manicomiales. La coexistencia de dos modos de abordaje de la salud mental es todavía evidente. Inclusive para quienes intentan construir a diario un modelo que rompa con estas lógicas fuertemente arraigadas en las prácticas, es un imperativo mantenerse alerta. Lo manicomial aparece como "algo" más escurridizo de lo que muchos imaginan o quisieran, y se hace presente en múltiples formas y espacios.

El supuesto que habitaba en mi imaginario respecto de usuarios que no cuentan con relaciones de proximidad que puedan sostener y/o acompañar en una crisis subjetiva, es una de las ideas que ha sido ampliamente resignificada a lo largo de este trabajo. Esta idea escondía detrás de sí toda la carga negativa posible de serle atribuida: imaginaba casi como una constante en los usuarios de

salud mental, un entorno que "elige" poner distancia, un entorno que quizás no se esfuerza lo suficiente –y, ¿cuánto es "suficiente"?- por contener y acompañar "a quien padece". De manera casi solapada, estas ideas me habitaban; como si "estar" y "sostener" sin contar con los debidos recursos y herramientas, fuera algo posible o al menos fácilmente soportable; como si no llegara un punto en el acto de estar y acompañar, en el cual colapsa el afecto, y la fortaleza del vínculo -que se sabe fuerte y perdurable en el tiempo- pierde justamente, su fuerza, dando lugar a la sensación de hastío, desconcierto, a la necesidad de buscar por fuera del entorno familiar alguien que acompañe y esté.

Respecto al supuesto que planteaba la desafiliación social de los usuarios de salud mental, se puede decir que ha sido identificado durante el desarrollo de este trabajo. De hecho, los dispositivos alternativos aquí considerados han sido entendidos cumpliendo un rol muy marcado en cuanto al trabajo de crear, restablecer o fortalecer redes de contención.

De algún modo relacionado a esta idea, habitaba en mí también un supuesto respecto de que en un plano conceptual/legal, el proceso de desmanicomialización tiene su correlato en la comunidad, convirtiéndose ésta en protagonista del cuidado de su salud. No obstante esto, sospechaba que esta premisa no está realmente internalizada ni mucho menos materializada en procesos comunitarios. Tras el trabajo realizado este supuesto cobra relevancia, y si bien no se desconocen esfuerzos destinados a que se logre la instauración de prácticas de cuidado más cercanas a lo comunitario, entiendo que todavía falta fortalecer este proceso por la necesaria vía de la política pública.

Durante este trabajo existieron aportes que permitieron configurar algunas ideas en relación al supuesto que sospechaba al momento de externación atravesado por una idea o sensación de "duelo" por parte de los usuarios. El duelo quizás se manifiesta en el constante acto de deconstruir modos de ser y estar en el mundo asociados a lógicas que arrasan con la subjetividad. Esta deconstrucción y sustitución de algunas formas por otras, es un trabajo que prolifera en los dos

dispositivos aquí considerados. Coriat, al referirse a la transición del espacio institucional a la comunidad, sostiene:

No se pueden ir de golpe, aunque tampoco se puede generalizar: habrá quienes sí se podrán ir de golpe, pero también hay personas con su subjetividad arrasada, más todos los casos intermedios; ahora, (...) en ese traslado, en ese salirse de ese espacio institucional, grande y anónimo, a uno chiquito y acogedor; en esa transición, en la persona misma tiene que haber una preparación. (Coriat, 2013 p. 30).

Esta revisión de supuestos no agota el sentido de este trabajo de iniciación a la investigación. Tal como ya fue anticipado, queda por ofrecer un breve repaso por las principales líneas que han sido obtenidas del esfuerzo por conjugar las significaciones teórico-conceptuales que sustentaron este trabajo, con las ideas, hechos y nociones que efectivamente circulaban por ambos espacios.

La categoría de **experiencia** ha sido explorada en sí misma, pero también ha sido puesta en diálogo con el resto de las categorías teóricas consideradas. En primer lugar entonces, con miras a comprender cómo se constituye la experiencia hacia dentro de cada dispositivo, y/o cómo se llena de sentido y contenido la experiencia allí construida, se establece un eje de análisis respecto a un proceso aquí llamado "de re-significación identitaria", atendiendo puntualmente a la incidencia de la mirada del otro en este proceso: cómo la mirada del otro hace también a la forma en la que me constituyo como sujeto, a cómo me percibo y cómo me percibe el resto. Otro eje necesariamente construido en esta instancia, guarda relación con la experiencia de establecer redes de contención. La presencia del otro para constituirme como individuo y la necesidad de generar alianzas con esos otros en pos de establecer redes que contengan, en las cuales los usuarios puedan espejarse.

En este sentido y retomando aportes de Amarante (2009), se hace referencia a la idea de un nuevo lugar social para la locura, lo cual se piensa en estrecha vinculación a la experiencia de construcción identitaria por parte de los usuarios de los dispositivos alternativos. Desde aquí, se piensa en la posibilidad

de fortalecer una identidad del usuario de salud mental, que se aleje de parámetros de peligrosidad, discapacidad, entre otras imágenes histórica y socialmente construidas y atribuidas al "loco". Los dispositivos aquí considerados, son entendidos como potenciadores de este proceso de (re)construcción identitaria.

La categoría de experiencia fue luego puesta en consideración al abordar el resto de las categorías conceptuales constitutivas de este trabajo. Al momento de pensar en la particularidad de los **dispositivos alternativos** en tanto espacios opuestos a la lógica manicomial, se trabajó en relación a tres grandes ejes.

En primer lugar, se intentó significar la categoría desde la mirada de los profesionales que coordinan estos espacios: "qué entienden por 'dispositivo alternativo' quienes lo conforman, cuáles son las fortalezas recogidas de la experiencia construida". En segundo lugar, y para profundizar más en las particularidades de cada espacio en su dinámica diaria, se construyó un eje respecto de "cómo se configura el trabajo hacia dentro de un dispositivo: toma de decisiones, roles, debates, estrategias". En el tercer eje, fueron agrupadas las "apuestas superadoras de las posibilidades dadas actualmente, y aspectos que aún significan desafíos por sortear". Entiendo que la experiencia construida en tanto dispositivos alternativos en salud mental, implicó en este trabajo recuperar los mencionados aspectos. Aparece en esto la centralidad del trabajo clínico desplegado en ambos dispositivos, la configuración y reconfiguración continua de roles hacia dentro de la escena de cada uno, cómo se desarrolla en ambos espacios el ejercicio de toma de decisiones, el aflorar de manifestaciones ligadas al deseo personal y no a un modo de hacer impuesto desde fuera.

Al momento de explorar la forma en que la implementación de **políticas públicas en salud mental** atraviesa la experiencia construida hacia dentro de cada dispositivo, se consideraron algunos hechos que en la práctica diaria dejan ver algunas fisuras ligadas al funcionamiento del sistema de salud en el cual se enmarcan el Emilianas y la Residencia.

El trabajo realizado con historias clínicas de los trabajadores del Emilianas arroja información para pensar que en las intervenciones que se llevan a cabo en el marco del Hospital Mira y López, prevalece cierta mirada biomédica, obstruyendo esto un trabajo inscripto en un modo de abordaje interdisciplinario. Reproducir prácticas de este tipo hacia dentro de un efector público, cristaliza cierta impronta del Estado respecto al cuidado y abordaje en salud mental.

A su vez, la sensación de soledad manifiesta por los trabajadores involucrados en los procesos de cuidado y acompañamiento pone en evidencia el hecho de que la política pública del área no está pensada en términos de cuidar a quienes cuidan. La ausencia de un espacio de reflexión de la práctica en donde puedan manifestarse malestares propios del quehacer profesional, es una falencia que se hace notoria, a la vez que se constituye como una herramienta necesaria, fundamental para cuidarse a sí mismos y poder cuidar a otros.

Se problematiza respecto del deterioro edilicio –en el caso del Hospital Mira y López y de la Residencia-, como una constante con la cual pareciera que hay que acostumbrarse a convivir e intervenir. Aquí se entiende que este aspecto descuida la relevancia simbólica de habitar un espacio saludable en el proceso de salud/enfermedad que transita cada usuario y el equipo que acompaña este proceso. Son estos algunos de los puntos por fortalecer que en este trabajo han sido considerados, y a través de los cuales intenta vislumbrarse el modo en que la política pública imprime huellas o condiciona la experiencia construida hacia dentro de los dispositivos alternativos.

La experiencia de construcción de **autonomía** en el marco de los dos dispositivos aquí abordados, se entiende como un proceso constante, un proceso que necesariamente ocurre en compañía de "otros" que habiliten o allanen algunos caminos por transitar. Estos "otros", deberán interpelar constantemente las prácticas y estrategias construidas a los fines de no quedar entrampados en procesos que se vuelven acrílicos y se acerquen –nuevamente- a lo manicomial. La posibilidad de crítica de aspectos antes naturalizados, la toma de decisiones y asunción de las consecuencias devenidas de esas decisiones tomadas, es un

ejercicio que fluye en las prácticas diarias, en las nimiedades de gran peso simbólico "ocultas" en lo cotidiano. Aquí se entiende que ambos dispositivos –uno desde la elaboración de sentido de y en la vida cotidiana, otro desde la inscripción de una dinámica laboral-, aportan herramientas para poner en práctica lo que entiendo son procesos habilitantes de autonomía.

Lo que quedaría por interrogarse, es hasta dónde estos "ensayos" –de toma de decisiones y afrontamiento de consecuencias, de puesta en evidencia de una necesidad o deseo- pueden ser replicados fuera de estos espacios. ¿Qué posibilidades habilitantes de autonomía existen en el resto de instituciones por las que circulan los usuarios de estos dispositivos?, ¿quién acompaña y alienta esta construcción más allá de los coordinadores de estos dispositivos?

Estas preguntas comenzaron a resonar con cierta fuerza conforme avanzaba este trabajo de iniciación a la investigación. No puedo dejar de pensar en qué medida los procesos dados en ambos dispositivos pueden replicarse, continuar desarrollándose por fuera de ellos. Allí donde no existe necesariamente un "otro" dispuesto a habilitar, a acompañar; allí donde la sociedad todavía no puede aportar a la construcción de identidad de los usuarios de salud mental por fuera de la idea de peligrosidad y de tantos otros estigmas atribuidos. Qué ocurre cuando "los agujeros" de la red de servicios de salud dejan caer a través de ellos a los usuarios que requieren atención integral. ¿Y cuando las políticas públicas no contemplan la necesaria reflexión de la práctica, la necesaria atención al cuidado de los profesionales que están en continua vinculación con otros que padecen?

Estos interrogantes no desestiman la potencia transformadora de los dispositivos que se erigen y reinventan día a día apostando a un abordaje que reivindica al sujeto/usuario como sujeto de derechos. Creo que a lo largo del desarrollo de esta tesina han sido expuestos los movimientos subjetivantes que se habilitan en ambos dispositivos. Pero ¿qué ocurre con los usuarios que no transitan por estos espacios y construyen su experiencia en contextos menos habilitantes de procesos de autonomía?, ¿existen dispositivos alternativos en

suficiente cantidad y calidad para alojar a los usuarios de salud mental y sus particulares necesidades?

Estos interrogantes se configuran como líneas de pensamiento que quedan ancladas a mi curiosidad, en tanto inquietudes desprendidas del proceso de iniciación a la investigación transitado. Junto con ellos, algunos intereses han quedado latentes y podrían constituirse en disparadores de –o aspectos a tener en cuenta en- posibles futuras investigaciones relacionadas al campo de la salud mental.

Es el caso de la implicancia en los procesos de atención en salud mental desde la lógica de Atención Primaria de la Salud: ¿qué posibilidades están dadas a nivel local para un abordaje integral de la misma?, ¿cuáles son las estrategias y recursos destinados al cuidado de la salud mental de la comunidad? También sería interesante construir un objeto de estudio que se acerque a conocer el trabajo de otros dispositivos alternativos que existen en Santa Fe, tal como se consideró en los albores de esta investigación. Así también, sería oportuno recuperar la voz de los usuarios de estos dispositivos en primera persona, lo cual para esta instancia significaba un gran interés pero a la vez un desafío que ha sido postergado en pos de adecuar el proceso a las posibilidades dadas. El trabajo con relatos de familiares o redes afectivas de los usuarios, también es una posibilidad cercana a mi interés.

Aún declarando intenciones a futuro, no puedo despegarme todavía de las marcas que deja en mí haber transitado este proceso, el cual he intentado acercar a estas páginas. Creo que guardo para siempre imágenes, momentos, palabras, personas, canciones, comidas, lecturas y películas que indefectiblemente volverán a traerme a este sinuoso y encantador recorrido. Tal vez sea oportuno asumir que mi experiencia de implicancia en este proceso, de ninguna manera escapa a la idea de que "(...) la experiencia es lo que me pasa y lo que, al pasarme, me forma o me transforma, me constituye, me hace como soy, marca mi manera de ser, configura mi persona y mi personalidad". (Larrosa, 2006, p. 4).

Bibliografía

Libros:

- Alberdi, J.M. (2003). *Reformas y contrarreformas: políticas de salud mental en la Argentina*. 1ª ed. UNR Editora: Rosario.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- Andrenacci, L., Repetto, F. (2008). "Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana". INDES Perú.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: ediciones de La Piqueta.
- Castel, R. (2009). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Cervantes Saavedra, M. de. (2000). *Don Quijote de la Mancha. Primera Parte*. Barcelona: Sol 90.
- Coriat, S., (2013). Hábitat que habilite. En: Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (comp.), (2013): *El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social. Principios para la formulación de políticas públicas en torno a la implementación del artículo 19. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU*.
- De Souza Minayo, M.C. (2003). Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En: M.C. De Souza Minayo (comp.) *Investigación Social, teoría, método y creatividad*. (pp. 9-39) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Faraone, S., Valero, A. S. (2013). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Flory, A. (2009) Sobre el equipo en Hospital de Día. En: Flory, A. y Montini, A. *Trazar con otros: Experiencia de Hospital de Día. Hospital Escuela de Salud Mental*. (pp. 113-122). Paraná: Editorial Entre Ríos.

- Flory, A. y Montini, A. (2012) "Trazar con otros: Experiencia de Hospital de Día. Hospital Escuela de Salud Mental". Editorial Entre Ríos. Paraná.
- Galende, E., Kraut, A. (2006). El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Goffman, E. (2001). Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1ª ed. 3ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guber, R. (2004) La observación participante: nueva identidad para una vieja técnica. En: Guber, R. *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo.* (pp. 171-188). Buenos Aires: Paidós.
- Hall, S. (2003). ¿Quién necesita "identidad"? En: Hall, S., Du Gay, P. (comp). *Cuestiones de identidad cultural.* (pp. 13-39). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, L.P. (2003). El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo: hacia un enfoque integrado. En: Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C. y Baptista, L.P. *Metodología de la investigación.* (pp.3-60). México: Mc GrawHill interamericana.
- Martínez, M. B. (2015). *Derecho y Salud Mental. Historia del tratamiento jurídico de la locura en la República Argentina.* Rosario: Juris.
- Rastelli, M. B. (2011) La "clínica" a sol y sombra. En: Flory, A. y Montini, A. *Trazar con otros: Experiencia de Hospital de Día. Hospital Escuela de Salud Mental.* (pp. 113-122). Paraná: Editorial Entre Ríos.
- Sautu, R. (2003). El diseño de una investigación: teoría, objetivos y métodos. En: Sautu, R. *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación.* (pp. 37-94). Buenos Aires: Lumiere.
- Sbarra, J. (1986). *Cielito.* Buenos Aires: El Ateneo.
- Selltiz, C., Jahoda, M., y otros. (1991). Métodos de investigación en las relaciones sociales.
- Taylor, S., Bogdan, R. (1986). La entrevista en profundidad. En: Taylor, S. y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* (pp. 100-132). Buenos Aires: Paidós.

Revistas:

- Amico, L. (2004, septiembre). Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental. *Revista Margen*, 35.
- Dubar, C. (2001): El trabajo y las identidades profesionales y personales. *Revista latinoamericana de estudios del trabajo*. Año 7, N° 13.
- Grassi, E. (2011, febrero). La producción en investigación social y la actitud investigativa en el trabajo social. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, s/n, (s/n), pp. 128-139
- Ierullo, M. (2012, febrero). Reflexiones acerca de los desafíos del Trabajo Social en relación a la investigación en Ciencias Sociales. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2, (3), pp. 149-202

Tesis

- Passeggi, D. (2015). *La problemática de la accesibilidad en salud mental: posibilidades y limitaciones institucionales y profesionales que actúan en un proceso terapéutico en adicciones*. Tesis de Maestría en Salud Mental. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná, Argentina.
- Serra, M. F. (2011). *La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros*. Tesis de Maestría en Salud Mental. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná, Argentina.

Ponencias

- Blanco, C. (2010). La vigilancia epistemológica en Ciencias Sociales: un compromiso ineludible. Reflexiones desde la sociología del conocimiento de Pierre Bourdieu. *Primer simposio internacional interdisciplinario Aduanas del Conocimiento*. Centro de Estudios Avanzados de Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en: <https://trabajosocialunam.files.wordpress.com/2015/01/artc3adculo-c-blanco.pdf>
- Colombo, N., Mariani, S., Puccio, J., Schmuck, S., Trempos, N., Viñals, V., (2011). La sustitución de lógicas. Trabajo y Salud como producciones insolubles. *XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria*. Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.

- Schmuck, M.S., Serra, M.F. (2009) Sustitución de las lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos" en "V Jornadas de Investigación en Trabajo Social". Facultad de Trabajo Social, UNER. Paraná.
- Spadaro, P. (2008) El Hospital Psiquiátrico en la mira. Reflexiones sobre la función social del hospital psiquiátrico a partir de las representaciones de trabajadores del Hospital D. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe. V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Decretos

- Decreto 603/2013 <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

Artículos de revistas on line

- Díaz Cotacio, M.E., (2010): Construcción de la identidad por medio del discurso. Revista *Cifra* de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud de Santiago del Estero. N° 5. Recuperado de: http://fhu.unse.edu.ar/carreras/rcifra/c5/CIFRA-5_Completa.pdf
- Garcia Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. A *Parte Rei Revista de filosofía*. N° 74. Recuperado de: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/fanlo74.pdf>
- Olabarría, B., Mansilla, F., (2007). Ante el burn out: cuidados a los equipos de Salud Mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 12, N°1, pp. 1-14. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4029>
- Stagnaro, J. C. (1997). Lucio Melendez y la primera matriz disciplinar de la psiquiatría en Argentina. *Temas de historia de la psiquiatría Argentina*. Vol. I. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas1/Indice.htm>

Artículos de periódicos on line

- S/A, (2015). Lucio Melendez, primer docente de psiquiatría. *Diario Castellanos*. Recuperado de: <http://www.diariocastellanos.net/noticia/lucio-melendez-primer-docente-de-psiquiatra>
- Dema, V., (2015). Tod@s y todxs ¿Pueden las palabras cambiar la realidad? *La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1828848-todsy-todxs-pueden-las-palabras-cambiar-la-realidad>

Videos

- Dirección Provincial de Salud Mental, (2013). *Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental*: <https://www.youtube.com/watch?v=XKVTqjp6FjM> Rosario, Santa Fe.
- Realizaciones Audiovisuales Dos Ríos, (2014). *La Casa*: <https://vimeo.com/77456861> Santa Fe.

Otros

- Definición RAE <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=dispositivos>
- Producción escrita en conjunto por equipo de coordinación del Emprendimiento Productivo Emilianas y el PEIS Producir trabajo es Producir Salud. Año 2017.
- Serra, F. (s/d). "Nuevos dispositivos asistenciales. El desafío de producir nuevas prácticas. Un relato para pensar las prácticas en los dispositivos asistenciales alternativos al manicomio".