

**Universidad Autónoma de Entre Ríos**  
**Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales**

Licenciatura en Psicología

Significaciones de la locura: Estudio en un dispositivo  
alternativo a la lógica manicomial en el marco de la Ley de  
Salud Mental, en contexto de pandemia.

Autora: Florencia Ludmila Pfeiffer

Directora: Lic. Priscila Daiana Hernández

Paraná, 10 de abril de 2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

**RIDA** *Repositorio Institucional  
Digital Abierto*



**FHAyCS**  
Facultad de Humanidades,  
Artes y Ciencias Sociales



**“Significaciones de la locura: Estudio en un dispositivo alternativo a la lógica manicomial en el marco de la Ley de Salud Mental, en contexto de pandemia.”**

**Trabajo Integrador Final**  
Investigación de Campo

**Florencia Ludmila Pfeiffer**

DNI: 32186123

florencialudmilapfeiffer@gmail.com

Directora: Lic. Priscila Daiana  
Hernandez

# ÍNDICE

## I

### 08 DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

- 08 PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO
- 11 INTERROGANTES
- 11 OBJETIVOS
- 12 Objetivos específicos
- 12 ESTADO DEL DEBATE
- 15 HIPÓTESIS O SUPUESTOS

### MARCO TEÓRICO 16

## II

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| <b>CAPÍTULO 1: SIGNIFICACIONES DE LA LOCURA</b>  | 16 |
| Significaciones imaginarias sociales             | 16 |
| Locura como significaciones imaginarias sociales | 18 |
| Edad Antigua                                     | 19 |
| Edad Media                                       | 20 |
| Renacimiento                                     | 22 |
| Edad Moderna                                     | 23 |
| Edad Contemporánea                               | 24 |
| <b>CAPÍTULO 2: REFORMAS PSIQUIÁTRICAS</b>        | 26 |
| Contexto de Postguerra                           | 26 |
| Surgimiento de los Derechos Humanos              | 27 |
| Movimientos de la Reforma                        | 27 |
| Comunidades Terapéutica                          | 28 |
| La política del Sector                           | 29 |
| Psiquiatría Comunitaria                          | 30 |
| Antipsiquiatría                                  | 31 |
| Psiquiatría Democrática                          | 31 |
| <b>CAPÍTULO 3: LA REFORMA EN ARGENTINA</b>       | 33 |
| El Estado Conservador                            | 33 |
| Estado de Bienestar                              | 34 |
| Estado Neoliberal                                | 35 |
| Estado Jus-Humanista                             | 35 |

# ÍNDICE

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| Experiencias Locales Alternativas a lo manicomial | 37 |
| Experiencia de Lanús                              | 37 |
| Experiencia de Río Negro                          | 37 |
| Experiencia de San Luis                           | 39 |
| Experiencia de Santa Fe                           | 39 |
| Rosario                                           | 39 |
| Colonia de Oliveros                               | 39 |
| Coronda                                           | 40 |

## **CAPÍTULO 4: DISPOSITIVO ALTERNATIVO**

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| A LO MANICOMIAL                    | 40 |
| Lo manicomial                      | 40 |
| Alternativo a la lógica manicomial | 42 |
| Dispositivo                        | 44 |

## **CAPÍTULO 5: LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL** 46

### **III**

## **48 DISEÑO METODOLÓGICO**

|    |                                        |
|----|----------------------------------------|
| 48 | Tipo de diseño                         |
| 49 | Selección del contexto                 |
| 49 | Tipo de muestra                        |
| 49 | Técnicas de recolección de información |
| 49 | Técnica de análisis de datos           |

## **ANÁLISIS** 51

### **IV**

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| <b>Eje 1 - Emilianas</b>                       | 51 |
| Surgimiento del dispositivo                    | 51 |
| Funcionamiento y objetivos del dispositivo     | 54 |
| Inclusión a partir del trabajo                 | 55 |
| El trabajo como ordenador y productor de salud | 56 |
| Las asambleas                                  | 58 |
| Pandemia                                       | 59 |

# ÍNDICE

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| <b>Eje 2 - Intervenciones alternativas en el marco de la</b> |    |
| Ley de Salud Mental                                          | 63 |
| Ley de Salud Mental                                          | 63 |
| Intervenciones alternativas a lo manicomial                  | 66 |
| Participación                                                | 66 |
| Presunción de capacidad                                      | 68 |
| Interdisciplina                                              | 69 |
| Intersectorialidad                                           | 71 |
| Revisión de las prácticas                                    | 73 |
| Autonomía                                                    | 73 |

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <b>Eje 3 - LOCURA</b>        | 75 |
| La locura y los diagnósticos | 75 |
| La locura no es individual   | 76 |
| La locura y la pobreza       | 76 |
| Locura y exclusión           | 77 |
| La locura y las pérdidas     | 78 |
| La locura y las crisis       | 78 |
| La locura y los vínculos     | 79 |
| Locura y violencia           | 80 |
| Locura y diferencia          | 80 |
| Locura y derechos            | 81 |
| La locura de todos los días  | 82 |



|           |                     |
|-----------|---------------------|
| <b>83</b> | <b>CONCLUSIONES</b> |
|-----------|---------------------|

|           |                     |
|-----------|---------------------|
| <b>85</b> | <b>BIBLIOGRAFÍA</b> |
|-----------|---------------------|

|           |              |
|-----------|--------------|
| <b>91</b> | <b>ANEXO</b> |
|-----------|--------------|

|     |                |
|-----|----------------|
| 91  | Entrevista N°1 |
| 102 | Entrevista N°2 |
| 112 | Entrevista N°3 |
| 119 | Entrevista N°4 |

## **AGRADECIMIENTOS**

A la UADER, por una educación pública, gratuita y de calidad

Al Departamento de Tesis por el acompañamiento brindado

A Priscila, por ser una guía, siempre amorosa

A mi familia, por el alentarme y animarme

A mis amigas, por ser refugio siempre

A Lisandro, mi compañero de vida, por ser sostén

A Lucia y Brenda, por su apoyo incondicional

A Emilianas, por compartir su experiencia. Y por su apuesta constante.

## **DEDICATORIAS**

Al Piojo, por creer en mí, aun cuando yo no podía

A los locos, por decir las verdades que algunos no quieren escuchar

## RESUMEN

La presente investigación se plantea como objetivo principal analizar las significaciones imaginarias sociales acerca de la locura de los coordinadores del dispositivo alternativo a la lógica manicomial “Emilianas” del hospital Mira y López en el marco de la Ley de Salud Mental, en contexto de pandemia. Para lograr este objetivo se propone describir el funcionamiento del dispositivo y las implicancias de la pandemia en este funcionamiento; y describir y analizar cuáles son las intervenciones de los coordinadores del dispositivo Emilianas, que responden a una lógica alternativa a lo manicomial, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

A partir de una estrategia metodológica que responde a un diseño cualitativo, nos proponemos obtener los datos necesarios para el desarrollo de la investigación, a través de entrevistas semi- dirigidas. En cuanto al análisis de la información, se realizará a través de la técnica de Frases Significativas. Consideramos que esta técnica es la más adecuada ya que nos permitirá, una aproximación a los ordenadores de sentido, los modos de entender y habitar el mundo, es decir, las significaciones imaginarias sociales.

## **I. DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA**

### **MODALIDAD ELEGIDA**

Investigación de campo

### **PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

En nuestro país, la sanción y reglamentación -año 2010 y 2013 respectivamente- de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 plantea un nuevo marco/escenario legal y político en el campo de la Salud Mental. Esta legislación tiene como objetivo la protección de la salud mental y el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Partiendo de la presunción de capacidad de toda persona, reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental, art.3).

Respecto de la modalidad de abordaje se establece que debe realizarse de manera interdisciplinaria e intersectorial, preferentemente fuera del ámbito hospitalario. En este sentido, se considera la internación como recurso terapéutico de carácter restrictivo por lo que debe ser lo más breve posible, siempre en función de criterios terapéuticos y nunca como castigo o para solucionar problemas de vivienda. Las intervenciones deben enmarcarse en los principios de la Atención Primaria de la Salud y orientadas a la promoción/ restitución de los lazos sociales y en este sentido se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, entre otros.

En cuanto al marco legal, podemos decir que entendemos que esta ley propone un cambio de paradigma: nuevas formas de entender y abordar las problemáticas en torno a la locura, otorga un nuevo marco de intervención capaz de regular el despliegue de nuevos abordajes, o bien, un marco que viene a legitimar prácticas que ya se venían desarrollando en el campo de la Salud Mental de manera marginal o enmarcadas en legislaciones regionales.

En relación al contexto social en el cual se enmarca esta investigación, debemos precisar que hacia finales del 2019 irrumpe la pandemia del covid-19 en Asia y Europa, y en marzo de 2020 se evidencian los primeros contagios en nuestro país. Para evitar la propagación del virus y ante la ausencia de una vacuna, el gobierno nacional decreta distintas medidas de prevención -Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) y más tarde Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO)- siguiendo la línea de las medidas que ya estaban dispuestas en países de mayor contagio y luego adoptaron la mayoría de los países. La pandemia y sus consecuencias, directas e indirectas, alteraron de

manera radical los sistemas económicos, políticos sociales y sanitarios a nivel global evidenciando y agravando distintas problemáticas que ya estaban instaladas.

A partir de la experiencia de las prácticas profesionales supervisadas de clínica psicoanalítica de la carrera Licenciatura en Psicología realizadas en el hospital polivalente Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe surge el interés y la iniciativa de investigar esta temática. Durante estas prácticas realizamos rotaciones por distintos dispositivos y servicios del Hospital, lo que permitió una aproximación al trabajo que en ellos se realiza, sus problemáticas, sus modos de abordaje, sus interacciones y las relaciones institucionales que los organizan. De esta experiencia y del camino transitado, surgieron inquietudes, preguntas, cuestionamientos, interpelaciones. En particular, la impresión de la marcada diferencia y la distancia teórico-práctica de los modos de funcionamiento entre los distintos dispositivos y servicios del hospital.

Se presentaron entonces interrogantes respecto al entramado político, socio-económico, ideológico que sostiene las lógicas de intervención y su correlación con el marco que brinda la Ley Nacional de Salud Mental: ¿Cuál es el rol del Estado como arquitecto de las políticas públicas en el campo de la Salud Mental? ¿De qué manera interviene en el diseño de estrategias de atención acordes a la normativa vigente? ¿Opera como garante del cumplimiento de los Derechos Humanos? Respecto a la dimensión institucional hospitalaria, ¿cómo conviven y se articulan dispositivos que responden a distintas lógicas y maneras de entender el padecimiento subjetivo? El que-hacer de los profesionales desde el lugar de saber que encarnan, ¿vehiculiza los procesos de transformación que la ley propone o naturaliza prácticas que responden al paradigma locura-peligrosidad-encierro? Estos interrogantes apuntan a problematizar la dimensión política que subyace en todo discurso y práctica profesional. Es pertinente destacar que, a partir del contexto de pandemia, estos interrogantes adquieren otro valor y son resignificados, en función de un nuevo escenario que propone reflexionar sobre la necesidad de un sistema de salud público fortalecido que oriente sus políticas y prácticas hacia modos de abordaje integrales.

Inaugurado en 1942 como hospital psiquiátrico, el Hospital Mira y López se emplaza geográficamente en las afueras de la ciudad de Santa Fe, compartiendo el barrio con otras instituciones, como la Unidad Penitenciaria de Las Flores y el ex Leprosario. Desde hace unos años y hasta la actualidad funciona como Hospital general polivalente. Es menester destacar que hasta mediados del año 2018 en la puerta de dicha institución se encontraba el cartel que versaba “Hospital Psiquiátrico” que fue removido y reemplazado por “Hospital General”.

Entre los dispositivos que se plantean como alternativa a lo manicomial se encuentra Emilianas, una empresa social vinculada a la salud mental que tiene como objetivo generar espacios de trabajo y la producción de salud. El emprendimiento comenzó a funcionar en el año 2007 y actualmente cuenta con tres unidades productivas: una planta de elaboración de productos gastronómicos, una cantina al interior del hospital y servicios de catering para jornadas de trabajo y capacitación.

El emprendimiento es un esfuerzo mancomunado de la Dirección Provincial de Salud Mental, el Hospital E. Mira y López y la Asociación Cooperadora del hospital y es coordinado por un Equipo Interdisciplinario que acompaña no sólo el trabajo de producción del dispositivo, sino también los proyectos terapéuticos de los usuarios, articulando con las distintas instancias de la red de salud. De dicho dispositivo participan usuarios del servicio de salud mental que son derivados tanto de hospitales como de los centros de salud y otros efectores e instituciones de la comunidad. Se trabaja desde la lógica de cooperativa con una estructura jerárquica horizontal que promueva la participación de los trabajadores en tanto las decisiones respecto del funcionamiento, los modos y objetivos de trabajo (normas de funcionamiento, horarios, distribución del dinero, nuevas inversiones) se adoptan en asambleas.

Consideramos que la elección de este dispositivo para nuestra investigación permitirá analizar el proceso de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental ya que su nacimiento es previo a la sanción de la normativa nacional vigente. Por otro lado, destacamos la relevancia de este estudio teniendo en cuenta el contexto institucional del dispositivo al funcionar en el Hospital Mira y López, el cual se encuentra atravesado por un proceso de transición para la adecuación a los principios y objetivos planteados en la legislación y la sustitución definitiva de manicomios, neuropsiquiátricos e instituciones de internación monovalente por una red de servicios y dispositivos alternativos con base en la comunidad, tal como lo indican los organismos internacionales que el Decreto Reglamentario de la Ley que establece como plazo el año 2020.

Por lo expuesto anteriormente es que nos resulta interesante poder dar cuenta de las implicancias del contexto de pandemia en este proceso, principalmente en lo que respecta al atravesamiento de las dinámicas institucionales, efectos, repercusiones, desafíos y transformaciones que se dieron al interior del dispositivo: su funcionamiento, organización, estrategias y abordajes.

Retomamos la definición de Alicia Stolkiner (1988) respecto de la Salud Mental como un campo de prácticas sociales donde “coexisten y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías” (p.32) siendo este espacio donde se devela el carácter indefectiblemente político de toda práctica en salud. Partimos de esta definición para problematizar la convivencia de dos paradigmas, dos modelos -el médico hegemónico tecnocrático y el alternativo integral- que antagonizan en la construcción de la perspectiva teórico-práctica de la locura y sus consecuentes modos de abordaje dentro de los distintos servicios de la institución hospitalaria mencionada y particularmente dentro del dispositivo alternativo Emilianas. En este sentido entendemos que la Ley de Salud Mental es también un discurso político en su esencia, que corre riesgo de convertirse en letra muerta si no está acompañado de acciones concretas, prácticas políticas y sociales coherentes y ajustadas a sus enunciados. Consideramos entonces, que la distancia entre la dimensión discursiva y la práctica – y también del decir respecto de la praxis- soporta en sí misma una tensión que le es inherente y que se entrama con las condiciones histórico sociales. Esta

distancia es interpelada por las significaciones imaginarias sociales que, como modo de entender y dar sentido a la realidad, también entrañan una potencia creadora y como fuerza instituyente deviene en un acto transformador.

Al pensar las prácticas profesionales como un que-hacer social anclado a la construcción de sentido particular del mundo, preguntarnos acerca de las significaciones de la locura de quienes coordinan un dispositivo alternativo, es preguntarnos sobre su manera singular de entender e intervenir en la complejidad inherente del campo de la Salud Mental. Entendemos que los diversos posicionamientos teóricos, ideológicos, políticos y éticos como agentes de salud inciden, determinan y se develan en sus prácticas, es decir, en los modos de delimitar y abordar las problemáticas del campo de intervención. Consideramos que conocer y reflexionar sobre las significaciones, cimientos que sostienen las prácticas, es un proceso complejo, potencialmente enriquecedor, ya que posibilitaría la desnaturalización de ciertos modos intervenir y dilucidar la dimensión inherentemente política de toda práctica en el campo de la Salud. En este sentido, entendemos que esta reflexión puede generar interesantes aportes a los agentes sanitarios como también a los profesionales de la salud en formación. Creemos que la problemática planteada se inscribe en el debate actual del campo de la Salud Mental donde se entrecruzan paradigmas, discursos, saberes, y prácticas diversas que pertenecen a distintos ámbitos disciplinares. El contexto político-social sanitario en que se inscribe la presente investigación está dado tanto por lo que propone la Ley Nacional de Salud Mental, como por la pandemia, en tanto “crisis sanitaria” que vino a exponer las falencias del sistema y sus fortalezas. Por lo tanto, abordar esta problemática dentro de un dispositivo alternativo como los que esta legislación propone, permite también una lectura sobre los alcances, limitaciones, aperturas y dificultades que se plantea en su implementación efectiva.

## **INTERROGANTES**

De esta manera queda planteado entonces el problema y la pregunta de nuestra investigación: ¿Cuáles son las significaciones imaginarias sociales acerca de la locura de los coordinadores del dispositivo alternativo a la lógica manicomial “Emilianas” del hospital Mira y López en el marco de la Ley de Salud Mental, en contexto de pandemia?

## **OBJETIVOS**

El objetivo general que nos proponemos alcanzar es el de:

Analizar las significaciones imaginarias sociales acerca de la locura de los coordinadores del dispositivo alternativo a la lógica manicomial “Emilianas” del hospital Mira y López en el marco de la Ley de Salud Mental, en contexto de pandemia.

### **Objetivos específicos**

- Indagar sobre las significaciones imaginarias sociales de la locura de los coordinadores del dispositivo.

- Describir el funcionamiento del dispositivo y las implicancias de la pandemia en el mismo.
- Describir y analizar cuáles son las intervenciones de los coordinadores del dispositivo que responden a una lógica alternativa a lo manicomial, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

## **ESTADO DEL DEBATE**

A los fines de ordenar los antecedentes retomados para la realización de esta investigación, los mismos serán divididos en dos ejes temáticos: en primer lugar, las investigaciones realizadas desde la psicología y en segundo lugar los estudios realizados desde otras disciplinas o interdisciplinarios.

En primer lugar, retomamos la tesis realizada por Gonzalo Penco para obtención del título de grado de la Licenciatura en Psicología de la UADER en el año 2014 titulada “Alternativas al encierro manicomial. Una descripción de las intervenciones con niñas/os y adolescentes que realizan los profesionales del Programa Provincial para el Abordaje Integral de la Salud Mental del CoPNAF, en el marco de la Ley de Salud Mental 26.657”. En las conclusiones, el autor sostiene que los profesionales se plantean como objetivo intervenir de manera alternativa. No obstante, al no existir una estrategia planificada previamente para ello, las intervenciones son de carácter singular y ubica la interdisciplina y el abordaje integral como prácticas dentro del programa que responden a una lógica no manicomial. En relación a la concepción del encierro manicomial, concluye el autor, es entendido por los profesionales entrevistados en su sentido más amplio ya que trasciende los muros hospitalarios pudiendo ser manicomial una intervención ambulatoria. Se plantea una clara distinción conceptual y práctica respecto del encierro manicomial y las internaciones ya que se considera que una internación puede resultar la alternativa terapéutica más conveniente. Respecto del encuadre otorgado por la Ley de Salud Mental, en tanto marco legal que regula las internaciones, es reconocido como un aspecto facilitador al momento de realizar intervenciones alternativas al encierro. Se reconocen también las limitaciones en el modo de implementarla en el CoPNAF en tanto institución en la que funciona el programa. Entre estas limitaciones se destacan la excesiva burocratización, la distribución de recursos -humanos y materiales- y la falta de capacitación específica en salud mental.

Si bien este estudio se encuadra en un programa de Salud Mental de niños, niñas y adolescentes, presenta un amplio recorrido y conceptualización relevante para la realización de este estudio. Es menester destacar la importancia que reviste el hecho de que esta investigación se enmarca en la legislación actual a partir de la sanción de la Ley 26.657.

Por otro lado, se toma como antecedente para nuestra investigación la tesis de la Licenciatura en Psicología de la FHAYCS de la UADER titulada “El imaginario social de la salud mental. Un estudio de las características del imaginario social de la salud mental en usuarios y usuarias del Hospital General

Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe” del año 2019 realizada por Priscila Daiana Hernández. A partir de un estudio cualitativo, esta investigación tiene como objetivo analizar las características del imaginario social de la salud mental en usuarios y usuarias del servicio de guardia de Psiquiatría y consultorio externo de Psicología del Hospital Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe.

La autora concluye que el imaginario social respecto a la salud mental en los usuarios y usuarias de servicios del hospital, está constituido y atravesado tanto por la historia social como la personal entendida como recursos simbólicos que posibilitan a los entrevistados pensar, definir y problematizar su propia realidad. El imaginario de la salud mental se presenta en un discurso circunscripto a una demanda de atención asistencial en la que el sujeto se ubica como pasivo y la salud mental queda reducida al tratamiento farmacológico. Paradójicamente, la autora concluye que existe además una demanda de escucha, de historizar el malestar a través del lenguaje. Hernández remarca que, pese a la transformación del Mira y López de hospital monovalente a hospital polivalente, permanece aún en el imaginario colectivo el hospital como psiquiátrico. Usuarios y usuarias entrevistados se encuentran atravesados por un imaginario social en el que la salud mental es homologable a la locura y la figura del loco se asocia con sentimientos de miedo y lástima. En este sentido se ubica a la beneficencia y la solidaridad, en tanto valor religioso, como única forma de lazo social entre quienes circulan de manera ocasional por el hospital y quienes allí viven.

En cuanto a la dimensión teórica este antecedente resulta interesante ya que es una investigación de nuestra casa de estudios que utiliza las significaciones imaginarias sociales como categoría teórica que retomamos para realizar nuestra investigación al tiempo que aporta en sus conclusiones la relación entre el imaginario de la salud mental de usuarios del hospital Mira y López y la locura.

Retomamos como antecedente la tesina de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional del Litoral realizada por Estefanía Sarmiento en el año 2018 titulada: “Dispositivos alternativos en Salud mental: el proceso de desmanicomialización en clave santafesina”. Este estudio, de corte cualitativo, 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 de la ciudad de Santa Fe, con el objetivo de identificar la función que ocupan estos dispositivos en el proceso de internación/externación. En este sentido, la autora concluye que los dispositivos estudiados se constituyen como espacios enmarcados en la cotidianidad de la vida laboral de los usuarios de salud mental, que posibilitan el descubrimiento y/o resignificación de aspectos de su propia subjetividad que fueron afectados por prácticas manicomiales.

La autora confirma la coexistencia de dos modos de abordaje de la salud mental ya que, en espacios de cuidado y acompañamiento a sujetos con padecimiento mental, aun posicionados desde una lógica polivalente, hay ciertas improntas manicomiales que aún se reproducen. Respecto de la construcción de autonomía la autora concluye que ambos dispositivos, ya sea de la elaboración de sentido en la vida

cotidiana o desde la inscripción en una dinámica laboral, otorgan las herramientas necesarias para poner en práctica los procesos habilitantes para dicha construcción.

Consideramos que esta investigación realiza un importante aporte a nuestro trabajo ya que uno de los dispositivos estudiados es Emilianas y lo hace desde la visión disciplinar del Trabajo Social lo que consideramos es enriquecedor si pensamos en la interdisciplina como aspecto fundamental a la hora de investigar una problemática en Salud Mental.

Para finalizar, retomaremos el trabajo realizado por Spaldaro Patricia titulado “El gobierno de los ‘locos’. Tecnologías de poder en tensión en el servicio de internación psiquiátrica del Hospital Dr. Emilio Mira y López”. En el citado artículo se analiza sociológicamente el servicio de interacción psiquiátrica del Hospital Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe con el objetivo de dilucidar cómo se gobierna a la población asilada en esta institución. La autora plantea como guía de trabajo revelar el ejercicio del poder, entendido como prácticas regulares y racionales que combina tácticas y estrategias. El estudio se realizó a través de una estrategia metodológica cualitativa utilizando conjuntamente las herramientas de observaciones etnográficas y entrevistas en profundidad.

La autora afirma que la situación de las personas internadas en el hospital Mira y López está atravesada por la tensión de dos lógicas antagónicas que responden a distintos modelos o tecnologías de poder/gobierno: el manicomial y el antimanicomial. Refiere que, al introducirse una gestión de puertas abiertas en el hospital, como propone el movimiento de la antipsiquiatría, se instalaron algunas novedades pero que estas no logran remover los cimientos manicomiales dominantes.

En este sentido, sostiene Spaldaro, los dispositivos alternativos a la lógica manicomial se inscriben como tentativas frustradas por múltiples factores: la circulación de los internados en el hospital y la intensificación de conflictos y controles rigurosos que supone, para cierto sector, las salidas del hospital. La autora explica la imposibilidad de reemplazar una tecnología de poder manicomial por la solidez del grupo de enfermería, que se identifica con ésta tecnología, legitimando en su función inculcando esta racionalidad a las personas internadas. Finalmente concluye que el fracaso de la desmanicomialización se explica por la incompleta traducción del programa de la antipsiquiatría. Consideramos que este trabajo realiza un aporte enriquecedor a nuestra investigación ya que, desde otro enfoque disciplinar, pone en tensión el término ‘locura’ y el modo institucional de su tratamiento produciendo a su vez entrecruzamientos entre los distintos saberes y poderes, lógicas y modelos que subyacen en las prácticas. Así mismo esta investigación se realiza en Hospital Mira y

López, institución en la que se desarrolla el dispositivo ‘Emilianas’ por lo que aporta datos sumamente relevantes para nuestro trabajo en relación a la historia institucional del mismo.

Como resultado de la búsqueda de antecedentes encontramos numerosas investigaciones que tensionan una o más de las categorías planteadas en nuestro trabajo, sin embargo, no se encontraron precedentes de investigaciones de Salud Mental desde la psicología que articulen las categorías teóricas propuestas

y se lleve a cabo en un dispositivo alternativo. Creemos entonces que allí radica la contribución original que nos proponemos en esta investigación.

### **Hipótesis o supuestos**

El supuesto que guía la presente investigación es que las significaciones sociales de la locura de los profesionales que coordinan el dispositivo Emilianas se inscriben en una lógica alternativa a lo manicomial que se corresponden con los fundamentos de la Ley Nacional de Salud Mental; y que el contexto de pandemia, si bien transformó la dinámica del dispositivo, no alteró esta inscripción y correlación.

### III. MARCO TEÓRICO

#### CAPÍTULO 1: SIGNIFICACIONES DE LA LOCURA

##### 1.1 Significaciones imaginarias sociales

Retomamos en este trabajo la noción de significaciones imaginarias sociales desarrollada por Castoriadis quien las denomina como imaginarias en tanto no corresponden a elementos ‘rationales’ y no se agotan en referencia a éstos, sino que están dadas por creación *ex nihilo*. Son sociales en la medida en que existen solamente como instituidas por la participación de un colectivo anónimo. (Anzaldúa, 2012, p.48)

Para Castoriadis (1983) lo imaginario es siempre simbólico, es potencia de creación, capacidad imaginante de inventar-crear significaciones constituyéndose en el modo de ser de lo histórico-social e instituyendo, de este modo, la sociedad misma. De esta manera difiere de lo planteado por el psicoanálisis francés donde “imaginario” refiere a lo especular, imagen de, imagen reflejada y forma parte del tríptico imaginario-simbólico-real

La institución de la sociedad es institución de un magma de significaciones imaginarias sociales a partir del cual la sociedad instituye, en cada momento, un mundo como su mundo o su mundo como el mundo (p.312), es decir que instituye un *mundo de significaciones* de sentido que es propio de esa sociedad particular, que la mantiene unida y que a su vez la diferencia de otras.

La institución de la sociedad es entonces la institución de un sistema propio (de cada sociedad en un determinado tiempo histórico) de interpretación del mundo: una construcción de sentido que organiza, articula y dirige el hacer social y el representar/decir social, que vehiculizan y expresan un núcleo de significaciones imaginarias sociales (siempre recogidas del magma de significaciones de esa sociedad particular). “Realidad, lenguaje, valores, necesidades, trabajo de cada sociedad especifican en cada momento, en su modo de ser particular, la organización del mundo y del mundo social referida a las significaciones imaginarias sociales instituidas por la sociedad en cuestión” (p.330). Estas significaciones se encarnan en las instituciones y de esta manera otorgan existencia y referencia a los individuos, objetos y representaciones sociales.

Las significaciones estructuran e invisten de sentido al mundo que ellas mismas organizan. Por lo tanto, delimitan, regulan y sancionan los valores y normativas de la vida social (lo que vale y lo que no, lo permitido y lo prohibido), las relaciones y prácticas sociales, formas de pensar, representar y de actuar de cada sociedad. Desde esta perspectiva podemos decir que las significaciones imaginarias son las creadoras de los objetos, discursos, prácticas e instituciones a partir de las cuales los sujetos se construyen un mundo (psíquico y social), que otorga sentido a su ser y hacer en el mundo. Es por medio de las significaciones, y a partir de ellas, que los sujetos son formados como sujetos sociales capaces de participar en el que hacer y representar/decir social, capaces de representar, pensar, decir y actuar de manera compatible, coherente incluso en el conflicto.

Lo imaginario en tanto potencia de creación, se manifiesta en dos dominios inseparables e irreductibles entre sí: el dominio de la psique y el de lo histórico social. En el dominio de la psique lo imaginario se denomina Imaginación Radical que es la capacidad de crear de manera incesante figuraciones de sentido, un flujo de representaciones, intenciones y afectos, que al mismo tiempo crean una trama de significaciones para la psique. En el dominio de lo histórico social, lo imaginario se denomina Imaginario Social (o sociedad instituyente) que Castoriadis define como “un río abierto del colectivo anónimo” (p.328) y refiere a la creación e institución de un sistema de significaciones sociales que otorga existencia y produce sentido a las representaciones, valores y al hacer de una sociedad. Los dominios de lo imaginario no se reducen a las creaciones de sentido, sino que también tienen la capacidad de realizar un desplazamiento de sentido en una relación permanente de alteración de lo que previamente había sido ya representado (por y para la psique) e instituido (en y por el imaginario social) (p.328).

En este sentido el proceso de socialización de la psique resulta indispensable en la creación y recreación de lo histórico, ya que no puede existir una sociedad sin sujetos sociales del mismo modo en que no hay sujetos sociales sin socialización de la psique. De esta manera, plantea Anzaldúa (2012), que la intervención de lo imaginario en la constitución de la subjetividad y la sociedad entraña una doble posibilidad: el establecimiento, reforzamiento y reproducción de lo instituido y/o la creación en tanto instituyente ya que “ningún proceso subjetivo escapa al trabajo organizador- instituyente de lo imaginario en sus dos vertientes como imaginación radical y como imaginario social”. (p.57)

La sociedad, en tanto es esencialmente histórica, sólo puede existir como perpetua autoalteración. De este modo, la institución de significaciones de sentido (fuerza instituida) no es inmutable, se altera por el hacer y representar/decir social ante la necesidad y el surgimiento de nuevos organizadores de sentido (fuerza instituyente) y las prácticas sociales que le son inherentes; de esta manera se instituyen nuevas significaciones que reorganizan y resignifican el conjunto de significaciones existentes.

El devenir histórico de la sociedad y sus significaciones, es esencialmente movimiento entre lo instituido y lo instituyente y puede ubicarse también en la relación de las significaciones en el lenguaje.

El Castoriadis (1983) postula que “la significación es un haz de remisiones a partir y alrededor de un término” (p.290), es decir, la coparticipación de un término y de aquel al que este término remite. Este haz de remisiones está siempre abierto ya que, en tanto lengua, debe permitir la emergencia constante de nuevas significaciones, la redefinición de los términos ya existentes y las relaciones entre ellos. Los sujetos se orientan y se mueven en y por lo que dicen apoyándose en lo mismo para crear lo otro, es decir, nuevas significaciones ya que, en tanto magma, las significaciones son *indefinidamente determinables*. De esta manera, el discurso, se produce en el entramado de tensiones y movimientos entre las dimensiones instituido e instituyente de las significaciones y las relaciones sociales se constituyen y desarrollan mediatizadas, en gran medida, en y por los discursos y los múltiples sentidos que a través de ellos se construyen.

En tanto trama simbólica, estas organizaciones de sentido, se cristalizan en la cultura, los mitos, creencias, concepciones y valores que regulan las relaciones sociales. No obstante, la psique, en tanto imaginario radical, no puede ser sometida por completo, siempre hay un resto que alterará indefectiblemente al mundo instituido a partir de la creación de nuevas significaciones e instituciones. Esta institución del mundo se presenta como manto de sentido capaz de cubrirlo todo en la medida que todo lo decible y representado debe ser aprehendido de la red de significaciones. Así mismo, el autor advierte que ese recubrimiento, que se presenta como absoluto, no tiene garantías y nunca está completamente asegurado ya que “(..)se le escapa el ser mismo de la sociedad en tanto sociedad instituyente: es decir, por último, en tanto fuente y origen de alteridad o autoalteración perpetua” (p.330). La realidad social instituida es una construcción continua, un esfuerzo continuo del imaginario social en tanto busca, mediante la repetición, instituir significaciones que se van instituyendo como ‘la realidad’ tendiendo siempre a la clausura, aunque sin lograrlo. Se trata de un proceso constante de creación, recreación, de repetición y diferencia de sentido que se traducen en: concepciones, valores, normas, palabras, discursos, mitos en virtud de mantener la unidad de una sociedad, su identidad y permanencia. (Anzaldúa p.58).

Si pensamos la institución de esta realidad como un mecanismo que busca controlar y dirigir las acciones de los sujetos sociales, también es válido admitir que en tanto forma de control social presenta también distintas formas de resistencia y líneas de fuga que impiden que el intento de imposición de la socialización a los sujetos sea de manera total y absoluta.

## **1.2 Locura como significación imaginaria social**

Podemos pensar la locura como significación en tanto construcción histórico-social de sentido y organización propia de cada sociedad en cada momento y no como concepto fijo inmutable. Como tal, este término no es estático, sino que refiere a una idea siempre móvil de la diferencia. La locura englobaría entonces todas las formas que puede adoptar lo diferente, toda conducta entendida como desadaptación a una norma u orden social establecido siempre circunscripto a las formas culturales, sociales y políticas de un momento histórico particular.

Por lo dicho anteriormente, no intentaremos definir la locura como concepto unívoco y acabado, sino advertir que las distintas formas de significación de la locura se van transformando enmarcándose en los parámetros que cada sociedad y en cada momento histórico delinea, es decir, “con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego” (Galende, 1994, p.82), en relación al saber que se sanciona, lo que determina la naturaleza de las prácticas y de las instituciones en el abordaje de la locura.

El diccionario de la lengua española (2014) define al término locura como: “privación del juicio o del uso de la razón; despropósito o gran desacierto; acción que, por su carácter anómalo, causa sorpresa;

exaltación del ánimo o de los ánimos, producida por algún afecto u otro incentivo”. Esta definición reconoce a la locura como funcionamiento anormal de la razón, conducta por fuera de la norma, como desviación. Galende (1990) entiende la norma como una manera de unificar lo diverso, reabsorbiendo la diferencia a través de ella “toda cultura elimina o margina sus desechos, crea sus propias plagas patológicas y las representaciones adecuadas a sus valores” (p.83).

Resaltando la dimensión social e histórica que en cada momento delinea el sentido de lo normal y lo anormal, nos ocuparemos de delimitar y describir los distintos sentidos de la locura en tanto significación imaginaria. Entendemos que los desplazamientos de sentido en torno a la locura no se dan de manera automática y definitiva, sino que, en tanto producción social histórica, se dan en términos de proceso en los que muchas veces nos encontramos con una convivencia, una multiplicidad de sentidos. Es entonces que intentaremos destacar los sentidos predominantes en relación a la norma imperante establecida.

### **1.2.1 Edad Antigua**

En la antigüedad, caracterizada por el politeísmo y un pensamiento mágico, la creencia generalizada era que el origen de la locura se debía a causas sobrenaturales. Se consideraba a la locura como obra de los dioses: como don (en tanto conocimiento de las verdades del mundo), castigo o venganza divina; o bien como posesión de entes sobrenaturales, espíritus y demonios que causaba la enajenación de la locura. En este escenario, los tratamientos estaban circunscriptos a la esfera de lo religioso quedando bajo el dominio de chamanes o sacerdotes quienes, mediante distintos rituales de exorcismos, buscaban expulsar a los demonios del cuerpo de la persona poseída.

En Grecia se inicia una interpretación naturalista de las enfermedades. La locura no es ajena a esta concepción y es considerada como parte de la condición humana, y por tanto de la naturaleza misma. La locura era entonces entendida como una afección orgánica. Pitágoras en el siglo VI a.C afirmaba que el pensamiento se encuentra ubicado en el cerebro y que allí debían buscarse las causas de los padecimientos mentales.

En siglo V a.C Hipócrates desarrolla la doctrina Humoral para explicar los procesos de salud/enfermedad a partir del equilibrio-desequilibrio de los humores orgánicos. Las enfermedades, incluidas las mentales, encontraban su origen en un desequilibrio de los humores (bilis negra, bilis, sangre, flema) del órgano afectado. En esta doctrina el desbalance de los humores se correspondía con distintos temperamentos (sanguíneo, colérico, flemático y melancólico). El tratamiento consistía en re establecer el equilibrio perdido por medio de prácticas como los baños y las purgas.

Galeno en el siglo II a.C sistematizó la medicina griega, y continuando con la tradición hipocrática, clasifica a las enfermedades mentales en dos tipos: manía y melancolía, según el exceso humoral del que se trate. Las postulaciones hipocráticas y galénicas, si bien son retomadas durante el período renacentista, y tendrán gran influencia en la medicina moderna occidental, en la antigüedad quedan relegadas por la interpretación sobrenatural y religiosa, ampliamente difundida. Dichas postulaciones se

imponen en Europa con el avance y posterior oficialización del cristianismo medieval. No obstante las enseñanzas griegas fueron la base de los desarrollos médicos árabes.

Es menester destacar que en la tradición antigua los diversos abordajes y tratamientos de la locura no se encuentran entre las cuestiones de la salud pública, por el contrario, se circunscriben exclusivamente al ámbito familiar, es decir, a la órbita privada.

### **1.2.2 Edad Media**

Este período histórico se encuentra comprendido entre los siglos V y XV aproximadamente, se inicia con la caída del imperio romano y finaliza con el ‘descubrimiento’ (o mejor dicho: invasión) de América. Durante estos diez siglos, numerosos fueron los eventos históricos que, de manera paulatina, dieron origen a cambios en las organizaciones sociales y políticas, muchos de los cuales aún se conservan en el mundo contemporáneo. Intentaremos dar cuenta de las principales características de la sociedad medieval y las distintas formas y lugares que adopta la locura.

Abandonado el régimen esclavista de la edad antigua, en la edad media surge el feudalismo como nuevo sistema social, político y de producción, dando lugar a tres clases sociales bien delimitadas: el clero, la nobleza y los plebeyos. El poder político medieval estaba concentrado en la institución papal, otras instituciones eclesiásticas y las distintas monarquías feudales.

El pensamiento medieval se caracteriza por una predominancia teológica en la que el razonamiento queda sometido a una cuestión de fe. Los valores de la religión cristiana se imponen, delimitando y regulando, y a través de sus sacramentos, las trayectorias vitales de todos los sujetos. Como sostiene Galende (1990), en la Europa medieval predominó una simbólica de lo sagrado, y en ella se fijó la norma para determinar sus desviaciones: “(..)en el Medioevo las representaciones colectivas de lo sagrado fueron el marco referencial en el que se definían los problemas de la enfermedad mental, y por lo tanto su abordaje era realizado por las disciplinas míticas y religiosas(..)” (p.85). Si bien las significaciones de la locura tenían distintas características, compartían este marco de sentido místico-religioso.

Retomando la tradición antigua, la locura vuelve a relacionarse con posesiones de espíritus, demonios y castigos divinos. La locura se delinea por el apartamiento de los valores cristianos y su identificación con el pecado: sucumbir a las tentaciones de los vicios y placeres del cuerpo. En relación a ello, Foucault postula que “(...)el hombre que vivía para satisfacer sus deseos, transformaba su alma en prisionera de la bestia (...) y sirven para demostrar el envilecimiento del espíritu en la locura del pecado”. (Foucault 1967 p.35)

Las prácticas anudadas a la locura se asocian con los valores de caridad, sacrificio y penitencia, orientadas a la purificación del alma que se realizan por fuera del ámbito social y familiar: exorcismos, baños tibios, reposo, plegarias, retiros y penitencia. “El loco puede estar poseído por el demonio o ser víctima de un maleficio; en estos casos, se practica el exorcismo: se logra liberar al demente de su mal

a fuerza de rezos, señales de la cruz y conjuros” (Peñalta, 2008, p.129). Estos modos de tratamiento no tienen carácter público sino de aislamiento.

En la Francia del siglo XII se instala la inquisición, institución cuyo objetivo era eliminar la herejía. Esta institución eclesiástica-judicial se extiende por todo el territorio europeo y continúa, luego de su invasión, en el continente americano hasta comienzos del siglo XIX.

Toda conducta que no preserve las costumbres cristianas, que desafíe y/o cuestione sus valores e instituciones, representa un claro peligro para el pensamiento y sociedad medieval. Quienes incurran en estas conductas eran acusados de brujería, hechicería y/o sedición. Estos sujetos representaban la encarnación del mal por tanto eran perseguidos, apresados, enjuiciados, torturados y condenados.

El tema de la locura, como señala Tropé (2010), planteaba serios problemas a los inquisidores para diferenciar la locura real de la fingida, ya que los locos no podían ser castigados por su irresponsabilidad jurídica. Los presos eran sometidos a distintas torturas para obtener confesiones y, dependiendo de la gravedad de la falta, el castigo era la confiscación de bienes, vejaciones públicas y destierro. El tribunal consideraba muchas veces a los delirios religiosos como locura confirmada, equiparando, de algún modo, la herejía con la locura y la devoción cristiana como cordura.

Vemos como las categorías de brujo, endemoniado y loco no eran compartimentos estancos y sus fronteras eran difusas y sutiles. De esta manera, la autora señala que, en los casos de locos considerados peligrosos, su locura era atribuida al demonio y así podían ser juzgados y castigados. (p.97) Los inquisidores utilizaban la locura para desacreditar, recluir, aislar y excluir a herejes (no locos), presos políticamente peligrosos (por ejemplo, lo llamados herejes luteranos), “para acabar con el influjo social de ideas sediciosas” (p.469). De esta manera los herejes peligrosos eran encerrados en monasterios, conventos, casas de misericordias u hospitales de locos.

Los tribunales inquisidores manipulaban la permeabilidad de los límites de la brujería y la locura, valiéndose de esta última o descartándola. Se instituye así un dispositivo de represión y control social para lograr su objetivo: “asegurar a la Iglesia la exclusividad de la elaboración del discurso religioso e impedir cualquier forma de heterodoxia susceptible de poner en entredicho el orden político o religioso establecido” (Tropé 2010 p.100).

En cuanto a las actitudes sociales respecto de la locura, estas eran ambiguas y contradictorias, oscilando entre la misericordia cristiana y la crueldad del castigo del pecado, la burla y la admiración. Para Peñalta (2008) el loco se encontraba marcado por el signo de lo sobrenatural, suscitando sentimiento de repulsión, horror, curiosidad, compasión, diversión y respeto (p.128).

Hacia finales de la Edad Media nos encontramos con otro de los rostros de la locura encarnado en ciertos personajes como bufones, enanos y jorobados, quienes realizaban espectáculos para entretener y divertir a nobles y cortesanos. En este sentido, Foucault (1967) menciona que en estas prácticas institucionales medievales, los locos eran exhibidos y azotados como espectáculo en las puertas de las ciudades. (p.228)

### **1.2.3 Renacimiento**

En este período de transición entre la Edad Media y la Modernidad comienzan a surgir nuevos enfoques en el terreno artístico, filosófico y político, abandonando el teocentrismo del medioevo, e instalando una visión antropocéntrica del mundo. La locura juega un papel importante en las obras literarias, el mundo del teatro y manifestaciones artísticas en general.

El horror ante la muerte, tan presente en la Edad Media a causa de numerosos conflictos bélicos, enfermedades y hambrunas, adquiere nuevas significaciones en el Renacimiento. Foucault (1967) plantea que la inquietud acerca de la muerte gira sobre sí misma y se expresa como burla a la locura, como ironía, dándole una forma más cotidiana y doméstica (p.31). Para este autor, el nexo entre la locura y la nada está anudado tan fuertemente en el siglo XV que subsistirá largo tiempo, y aún se lo encontrará en el centro de la experiencia clásica de la locura (p.33).

En el Renacimiento la locura ocupa un lugar privilegiado: “La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres” (p.28). La locura se convierte en una experiencia próxima, fascinante y peligrosa para los hombres ya que expone su verdadera naturaleza. De este modo la locura se anuda a nociones de saber y verdad.

Para Foucault la experiencia renacentista de la locura es caracterizada, por su alto valor simbólico, con la figura literaria de ‘la Nave de los Locos’, barcos que transportaban de una ciudad a otra sus cargamentos de insensatos. Los locos, con su existencia errante, eran expulsados de las ciudades a los campos alejados o se los confiaba a mercaderes y peregrinos que los transportaran, para ser trasladados a ciudades con gran actividad comercial, liberando de su presencia a la ciudad de la que provenían (p.23).

En este punto, Foucault (1967) sostiene que esta circulación de locos, su partida y embarco, no encuentra todo su sentido como medida de expulsión general, de utilidad social o bien para la seguridad de las ciudades, sino que hay otras significaciones que son próximas a los ritos. Mediante su exclusión, el loco es recluido en las puertas de las ciudades o en los lugares de paso, equiparando su exilio como modo simbólico de encierro. De esta manera, la locura tiene una posición altamente simbólica que será sostenida en el tiempo, al ubicarse en el interior del exterior y viceversa. (p.25). El loco, encerrado en un navío del que no puede escapar, no se sabe dónde ni cuándo desembarcará, ni de qué tierra viene:

“sólo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle” (p.26).

### **1.2.4 Edad Moderna**

Las crisis económicas producto de sequías, hambrunas y pestes, las reformas y rupturas en el interior del orden eclesiástico que se dieron durante la Edad Media, dieron lugar a nuevas organizaciones

sociales. Se debilita el sistema feudal y se genera una nueva estructuración en torno al trabajo, surgiendo una nueva forma de organización social, económica y política: el sistema capitalista burgués. Foucault (1967) postula que, a partir del crecimiento del comercio y la industrialización, el trabajo se impone como un valor en sí mismo, consolidando una ética del trabajo que traza una línea divisoria entre condena o aceptación social. De esta manera surge una nueva sensibilidad ante la miseria y la asistencia, nuevas formas de reacción frente a los problemas económicos, del desempleo y de la ociosidad (p.90). La pobreza y la caridad que la acompañaba, ahora desacralizadas, son condenadas moral y socialmente. La miseria es considerada como falta al orden público y efecto de desorden social, por lo cual debe ser suprimida pasando de “(...)una experiencia religiosa que la santifica, a una concepción moral que la condena” (p.94).

La época clásica define la norma social en relación a una ética del trabajo, valores morales burgueses y la primacía de la razón. Bajo estos parámetros se construye una nueva sensibilidad social, un sentido y modo de percibir a la locura y a toda existencia por fuera de estos límites.

Foucault (1967) afirma que, en el mundo clásico, de la producción y el comercio, se renuevan viejos ritos de excomunión en donde el internado toma el lugar de los leprosarios. (p.115) Retirada la lepra, no por mérito médico sino por la ruptura de los lazos de Europa y Oriente con la finalización de las Cruzadas, quedarán vacantes lugares y ritos de exclusión. Los valores y significaciones sociales, unidos a la temible e insistente figura del leproso y las estructuras y sentido de exclusión social, permanecerán en una cultura distinta y con nuevos sentidos políticos, sociales, religiosos, económicos y morales, propios del mundo clásico (p.86). La experiencia clásica de la locura, viene a ocupar el lugar que tuvo la lepra en el medioevo convirtiéndose así en su heredera.

Para el autor el internamiento es la estructura que expone la experiencia clásica de la locura, denominándola ‘el Gran Encierro’. En el siglo XVII, aparecen los grandes internados y se crea el Hospital General para su administración. Este hospital no es una institución médica sino una estructura semi jurídica para decidir, juzgar y ejecutar diversas medidas, con el fin de ordenar y controlar la miseria. En las instituciones nucleadas bajo el Hospital General, conviven y se mezclan la asistencia, la caridad de la Iglesia, y el afán burgués de ordenar la miseria a través del castigo y la represión (p.86).

Este espacio de exclusión y encierro (de orden monárquico-burgués con participación eclesiástica) alojaba a una población heterogénea, sin recursos ni lazos sociales que ha quedado excluida de los engranajes del nuevo sistema productivo. La locura es percibida en el horizonte social de la pobreza y encerrada junto a pobres, mendigos, vagabundos y holgazanes. Recibe entonces una condena ética de la ociosidad que rechaza todas las formas de inutilidad, incapacidad para trabajar y desorden social, delimitado por el mundo del trabajo, la producción y la industria (p.116).

El clasismo construye su propia organización del mundo ético, traza líneas divisorias entre el bien y el mal, lo prohibido y lo permitido, el error y la virtud, la razón y la sinrazón. Las normas sociales se encuentran ancladas a los intereses y valores morales burgueses de producción, orden y familia. En este sentido, afirma Foucault (1967), la sinrazón empieza a medirse según cierto apartamiento de la norma

social (p.163). Las manifestaciones que, por su desenfreno y furor generen desorden y escándalo público, atentan contra los intereses de la estructura familiar burguesa y sus valores, y por tanto, amerita el ingreso al sistema de coacción moral planteado por el internamiento (p.142). Distintas y variadas conductas condenadas socialmente se van a emparentar, por primera vez, formando un campo homogéneo de la sinrazón, en el que la individualidad de la locura queda reabsorbida en una masa indiferenciada de asociales, vinculándose al crimen, al desorden y al escándalo.

Foucault (1967) plantea que el internamiento sirve al propósito de eliminar del grupo social a los elementos que resultan heterogéneos o nocivos, y con esta finalidad son confinados junto a enfermos venéreos, degenerados, libertinos, homosexuales, alquimistas, blasfemos y locos (p.126). La locura es apartada de la vida social, y ya no mediante la figura simbólica de una barca errante renacentista, sino que se busca garantizar la distancia por medio de las gruesas paredes del internado.

El tratamiento de la locura no era uniforme y en algunos casos los locos eran alojados en hospitales o salas en donde tenían un estatuto casi médico, recibiendo curaciones como purgas, baños, sangrías, etc. Sin embargo, no se trataba de un intento de hospitalización, ya que los esfuerzos no se orientan a la curación terapéutica sino a la corrección moral por medio del constreñimiento. La mayoría de los insensatos se encontraban repartidos de manera indistinta en las casas de internamiento y los correccionales. Y en este sentido es que plantea el autor (1967) “No es de sorprender que las casas de internamiento tengan el aspecto de prisiones, que a menudo las dos instituciones hayan sido confundidas, hasta el punto de que se hayan repartido bastante indiferentemente los locos en unas y otras” (p.182).

La experiencia moral de la sinrazón construida por el clasismo en la que la locura se encuentra junto a las prohibiciones sexuales, religiosas, las libertades del pensamiento y las pasiones, serán los cimientos sobre los cuales se va a erigir el conocimiento, pretendidamente, científico de las enfermedades mentales: “¡Tan cierto es que nuestro conocimiento científico y médico de la locura reposa implícitamente sobre la constitución anterior de una experiencia ética de la sinrazón!” (Foucault, 1967, p.146)

### **1.2.5 Edad Contemporánea**

En el siglo XVIII, que marca el fin de la Edad Moderna y el inicio de la Contemporánea, la locura vuelve a diferenciarse en sus variados rostros y se multiplican sus formas, separándose de la sinrazón que la engloba. Bajo el influjo de las exigencias del racionalismo moderno que vuelve racional lo irracional, la locura es extraída del campo de la sinrazón en el que se encontraba y es conceptualizada y explicada a través de la razón: la locura es transformada en enfermedad mental.

Los pensamientos y conductas alejadas de la norma social son ahora considerados patológicos, su normalización se basa en la curación de la enfermedad. Las prácticas sociales de antaño, relativas al tratamiento de la diferencia y de lo que no puede articularse productivamente en la cadena del trabajo,

ahora son recubiertos bajo el manto de la cientificidad del discurso médico. La locura, pasa a tener entonces estatuto de enfermedad.

En tanto la patologización de las conductas, Galende (1990) plantea que la determinación de la enfermedad mental se hace en relación a la definición previa del estado subjetivo o social normal, y aquel sujeto que se aparte de esa norma, será considerado enfermo mental (p. 83). Agrega además que la medicina mental se consolida como la disciplina hegemónica, propia de los estados modernos burgueses, encargada de la regulación de la norma psicológica (p.134).

Hacia finales del siglo XVIII, los movimientos socio-políticos que se materializan con la Revolución Francesa, plantean un escenario político y social en el que, a partir de los valores humanistas de igualdad y libertad, buscan reivindicar los derechos de los hombres. En este contexto, la figura médica ingresa al hospital. En 1793 Pinel, médico humanista, es nombrado director de los dos hospitales más importantes de Francia. En ellos se albergaban la mayor población de locos en condiciones inhumanas, en calabozos y en su mayoría encadenados. Pinel va a ‘liberar’ a los locos de las cadenas para darles un trato digno en tanto seres humanos enfermos. Estas ideas encarnan el nacimiento de un orden, se logra sacar al loco de las prisiones para ubicarlo en otro sistema de alienación y coerción: el manicomio.

Las nociones pinelianas representaron uno de los primeros pasos hacia la reforma de asistencia de la locura desde la perspectiva médica. Pinel propone abordarla desde un tratamiento moral que consiste en una exhaustiva observación y clasificación nosográfica de sus síntomas. Se da lugar así al asilo como un nuevo espacio institucional de disciplinamiento y control de aplicación de autoridad y jerarquía estricta entre el médico y el enfermo. Dice Galende (1990): “Pinel asume cabalmente en su figura médica los viejos ritos del orden, autoridad y castigo que requieren de esta apelación al principio del padre, el juez y la ley” (p. 130).

El aislamiento y encierro asilar, en su pretendida función terapéutica son, para el autor, curativos para apartar de lo que enferma, pero esencialmente porque refuerzan “la autoridad del médico, que puede controlar todos los aspectos de la vida de su paciente, sometiendo al enfermo a una disciplina severa que Pinel llama ‘Paternal’” (p.131).

La locura entendida ahora como enfermedad mental, es convertida en el objeto de estudio y dominada por el discurso médico psiquiátrico en el que el encierro y la medicalización son los tratamientos más efectivos. Es en este sentido que la locura va a adquirir, institucionalmente, la forma del asilo y de los nuevos hospitales psiquiátricos, en el que el control social de aislamiento y encierro es legitimado y enmascarado como medida terapéutica y tratamiento necesario para el bien del enfermo.

Foucault (1967) afirma que la enfermedad mental se constituyó “(...) como la unidad mítica del sujeto jurídicamente incapaz, y del hombre reconocido como perturbador del grupo (...)” (p.205). Es en este sentido que para el autor, la medicina mental del siglo XIX y la psiquiatría clásica se sustentan en la yuxtaposición y colaboración de dos experiencias en torno a la locura. Por un lado, la de la

hospitalización que percibe a la locura como enfermedad relacionada con la concepción jurídica en la que se presentan alteradas las capacidades y responsabilidades civiles de los locos. Y, por otro lado, la experiencia del internamiento, en la que la locura está ligada a la conducta moral del sujeto social, su culpabilidad, exclusión, corrección y castigo (p.203). De esta manera se instala la concepción de una patología dualista: normal y anormal, sano y enfermo.

Por lo dicho anteriormente, podemos pensar que este reordenamiento del campo de la locura realizado en nombre de la ciencia y el progreso- construye sus bases en procesos y políticas sociales.

## **CAPÍTULO 2: REFORMAS PSIQUIÁTRICAS**

### **2.1 Contexto de Postguerra**

A comienzos del siglo XX surgen en Europa movimientos de crítica a la institución psiquiátrica asilar, proponiendo distintos abordajes de la locura, pero sin lograr modificaciones estructurales en las bases del poder hegemónico de la psiquiatría positivista.

Galende (1983) postula que luego de la Segunda Guerra Mundial se produce un reordenamiento centrado principalmente por la cuestión del poder, al cual el campo de la locura no es ajeno. Surge una nueva conciencia del poder, a raíz de los efectos causados por el nazismo, el poder atómico, etc., que se instala en los ámbitos de la cultura, el arte, la política, la educación y la psiquiatría. En este contexto, era imposible no vincular el horror de los campos de concentración y el exterminio nazi con las condiciones de encierro en los manicomios, como así también sostener la irracionalidad del loco frente a la locura masiva de la guerra, sin asociar el poder de la represión y la tortura ejercida sobre los enemigos políticos con los dispositivos de contención de las instituciones manicomiales (p.4).

Este imperativo de reforma sobre los abordajes y tratamientos psiquiátricos evidencia, para Galende (1983), que “(...) la psiquiatría fue siempre más sensible a los cambios sociales que a los desarrollos de la ciencia” (p.4).

El autor postula que hay tres hechos claves en el contexto de la posguerra que van a impulsar el camino a la reforma. En primer lugar, la sensibilidad social, causada por el horror ante la tortura y el exterminio, conlleva a un profundo cuestionamiento sobre la condición humana, los parámetros de locura y razón se ponen en crisis. El segundo punto se relaciona con la gran cantidad de personas necesitadas de atención como secuela de la guerra, un sistema sanitario devastado y sin recursos y la imposibilidad de los servicios psiquiátricos para dar respuesta a la demanda. El último punto hace referencia al ascenso de distintos movimientos sociales populares que posibilitaron la asunción de gobiernos democráticos con valores humanistas, sensibles a los derechos de las personas y alentando a la reforma de la Salud Pública (p.4).

Amarante (2006) hace especial referencia a la cuestión del trabajo ya que Europa debía afrontar los daños causados por la guerra: psicológicos, físicos, sociales y económicos que sufrieron principalmente personas jóvenes invalidadas para trabajar. Tal y como se dio luego de la Revolución Francesa y el auge de la industrialización, el internamiento de la locura exige ser revisado para la recuperación de mano de obra en tanto recurso de producción y recuperación económica: “La reforma de los espacios asilares, se actualiza como un imperativo social y económico ante el enorme desperdicio de la fuerza de trabajo” (p.26).

### **2.1.1 Surgimiento de los Derechos Humanos**

Es dable destacar que, en este contexto de posguerra y las consecuentes reacciones a los efectos causados, motivan el surgimiento y constitución de distintos organismos, tratados y declaraciones internacionales con la intención de regular las relaciones entre los Estados y al interior de las naciones adheridas para evitar distintos tipos de conflictos y garantizar los derechos de la población.

- 1945 creación de las Naciones Unidas (ONU)
- 1948 Declaración de los Derechos Humanos
- 1948 creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- 1948 Congreso Internacional de Salud Mental

En este punto consideramos necesario destacar la relevancia de la Declaración de los Derechos Humanos para nuestro estudio, ya que es el fundamento del enfoque de derechos en la que se funda la Ley de Salud Mental que utilizamos como marco de nuestra investigación.

Los Derechos Humanos son un conjunto de derechos y libertades fundamentales para garantizar la libertad, dignidad y desarrollo integral de todas las personas, la relación entre ellas y entre los Estados, apuntando a garantizar el bien común. Estos derechos son inalienables e inherentes a todas las personas sin distinción de edad, raza, etnia, religión, nacionalidad, ideología política, sexo, orientación sexual, ni cualquier otra condición. Así mismo estos pueden ser civiles y políticos, colectivos o sociales y su cumplimiento efectivo, resguardo y no violación de los mismos, es responsabilidad de los Estados que los ratifiquen.

## **2.2 Movimientos de la Reforma**

Es este escenario el que posibilitó el cuestionamiento los dispositivos psiquiátricos de segregación, represión y encierro manicomial como también la revisión de las bases de la estructura de poder psiquiátrica, saberes y prácticas que los sostienen, permitiendo una reforma institucional de la psiquiatría y del sistema sanitario en su conjunto. Esta reforma encuentra su materialización a partir de distintos movimientos.

Galende (1990) advierte que estos movimientos no deben entenderse como continuidades e intentos de modernización de la psiquiatría, sino que constituyen su propia crisis y conllevan a la

construcción de un reordenamiento científico, social y político y un nuevo modelo: las políticas de Salud Mental (p.146).

Por su parte, Amarante (2006) refiere que, si bien los marcos históricos pueden ser comunes, cada movimiento tiene sus propias características, ya que en un contexto histórico determinado se dan apropiaciones particulares de las demandas sociales conformándose distintos escenarios sociales en las relaciones con el trabajo, la enfermedad, la desviación y la diferencia (p.48).

En este sentido el autor plantea dos momentos dentro de los movimientos que se dan en la institución asilar. El primero, más orientado a la crítica del funcionamiento y su consecuente cronificación, en este grupo incluye a las comunidades terapéuticas y la psicoterapia institucional. El segundo, que incluye la política del sector y la psiquiatría comunitaria, propone la ampliación de la psiquiatría en el espacio público para promover y prevenir valores de salud, superando las reformas anteriores. Ambas expresiones intentan reencausar la psiquiatría a su objeto inicial de cura, reconociéndola como la disciplina encargada de abordar la locura.

Finalmente, el autor plantea a la antipsiquiatría y a la psiquiatría de tradición basagliana como movimientos de ruptura, de deconstrucción y no de continuidad del aparato médico-psiquiátrico y sus dispositivos. Mencionaremos los principales movimientos de reforma psiquiátrica y sanitaria, sus características, rupturas y continuidades y sus principales aportes.

### **2.2.1 Comunidades Terapéuticas**

Galende (1990) plantea que al finalizar la guerra se produjeron importantes modificaciones en el plano político y cultural de la sociedad inglesa con gran participación de la comunidad en responsabilidades sociales. En 1944 el gobierno laborista implementa un sistema de cobertura previsional y crea el Servicio Nacional de Salud Mental, ley que sirvió de modelo a varios países, incluido Argentina al crear el Instituto Nacional de Salud Mental en 1957. Plantea el autor que el éxito, relativo, de despsiquiatralización impulsado por las comunidades terapéuticas no hubiera sido posible sin este contexto político y su consecuente conciencia social (p.145).

En 1946 Main utiliza el término para denominar el trabajo realizado junto a Bion y Reichman con soldados afectados por la guerra en comunidades y grupos terapéuticos. Es en 1959 cuando Maxwell Jones delimita el concepto a una serie de reformas en el interior del hospital, medidas administrativas democráticas, participativas y colectivas que buscan la transformación de la dinámica de la institución psiquiátrica asilar. Con el objetivo de democratizar las relaciones jerárquicas verticalistas del asilo, se intenta reorganizar el espacio en distintos grupos terapéuticos, reuniones y asambleas generales en las que participan técnicos, médicos, administrativos y pacientes.

En cuanto a los obstáculos a la hora de instalar el dispositivo se destacan, según Galende (1990), las dificultades de la institución hospitalaria para soportar la democratización y participación. La otra cuestión se relaciona con la investidura de la figura de poder del médico que fue difícil de revocar. No

obstante, uno de los cambios principales consistió en el develamiento de la naturaleza política de la figura del médico, haciendo explícita la función política y social de la psiquiatría.

La mayor crítica al movimiento radica en que sólo una parte de los pacientes internados se constituyeron en comunidades terapéuticas, lo que sirvió para ocultar la estructura asilar psiquiátrica que sobrevivió y continuó operando sin modificaciones.

### **2.2.2 La política del Sector**

Las ideas que impulsa el Sector encuentran sus antecedentes en Francia, previo a la finalización de la Segunda Guerra Mundial. No obstante, es en el contexto de la posguerra que las políticas del Sector logran una mayor implementación dadas las condiciones socio políticas y la asunción del Frente Popular. Es el Frente quien incluye al Sector en las políticas de salud implementadas por este gobierno. El Sector se sanciona legalmente por una Circular en 1960. Surge como movimiento contestatario a la psiquiatría asilar (previo a las experiencias de la psicoterapia institucional en el mismo país) planteando que la pretendida función terapéutica de la psiquiatría no podía llevarse a cabo dentro de una institución alienante como la estructura asilar. El Sector se propone entonces llevar el tratamiento psiquiátrico a la población. De esta forma se evitaba así el aislamiento y segregación de los pacientes, abordando la problemática subjetiva (en la que intervienen factores familiares, laborales y sociales) en su entorno social y comunitario (Amarante, 2006, p.33).

La psiquiatría del Sector propone que las internaciones hospitalarias sean una parte breve del tratamiento, y que el mismo esté orientado en relación directa con el origen geográfico y cultural del paciente dentro y fuera del hospital, para garantizar su continuidad en el ámbito comunitario. De esta manera se intenta transferir los dispositivos de atención, que era exclusivo del hospital psiquiátrico, a la comunidad considerando que este abordaje era en sí mismo terapéutico (Amarante, 2006, p.34).

Galende (1990) postula los principios de las políticas del Sector. Entre ellos destacamos la unificación de las acciones terapéuticas -prevención, tratamiento, internación, externación, seguimiento, etc.- integradas a una red alrededor de la cual se ordenan los dispositivos materiales e institucionales. El equipo del Sector es también el agente de programación encargado de formular, cualitativa y cuantitativamente, las necesidades de equipamiento, establecer las demandas de la población y en función de eso, realizar el diseño y la implementación de programas específicos (p.152).

El Sector se encontró con serias resistencias, entre las que el autor plantea como la más importante la burocracia estatal francesa que impidió la implementación de la descentralización del poder y la estructura horizontal propuesta. Por otra parte, se presentaron diferencias entre los pioneros del Sector y los nuevos profesionales que se sumaron. En este punto el autor remarca la formación tradicional de estos nuevos profesionales, los psicoanalistas, quienes trabajaban esperando las demandas desde sus consultorios sin abordar las problemáticas en el ámbito comunitario.

Las políticas de este movimiento introdujeron cambios significativos en el campo de la Salud Mental, que ya no era caracterizable por el asilo. Si bien el proceso de establecer un nuevo ordenamiento tuvo avances y retrocesos, Galende (1990) afirma que “(...)algo quedó establecido: el hospital psiquiátrico, en la sociedad actual, sólo puede vivir en el seno de su crisis, pocos piensan que represente una solución moderna al problema de la locura” (p.155).

### **2.2.3 Psiquiatría Comunitaria / Preventiva**

Este movimiento encuentra sus antecedentes en las distintas manifestaciones de la higiene mental en Estados Unidos iniciadas a comienzo de siglo. A partir de la crisis de la década del treinta cobran mayor impulso en cuanto al cuestionamiento del funcionamiento y condiciones de los hospitales psiquiátricos. Después de la Segunda Guerra Mundial las problemáticas ligadas a la salud mental se agravan y la necesidad de asistencia crece exponencialmente.

Con la asunción del Partido Demócrata al gobierno, -partido que históricamente defendió la ampliación de políticas sociales y protección de las minorías impulsando la cobertura médica gratuita para personas de bajos recursos- se planteó un nuevo escenario político, social y sanitario en el país. Es en este contexto que, en 1963 con la Ley Kennedy, se aplica el Programa Federal de Salud Mental. El mismo se basó fundamentalmente en la democratización de los servicios y las instituciones psiquiátricas a partir de la creación de Centros Comunitarios para la atención en salud mental. La política de este Plan, refiere Galende (1990), se basa en un sistema de atención en Centros Comunitarios y en la desinstitucionalización de las personas internadas en hospitales psiquiátricos con el fin de disminuir las internaciones y cerrarlos de manera progresiva (p.173). Los centros debían brindar servicios de: internación, hospital de día/noche, consultorios externos, admisión, urgencia (intervención en crisis), consulta y educación dedicados a la atención primaria y promoción en salud mental.

El Servicio de Consulta y Educación que, según el autor, es el que mejor expresaba el núcleo ideológico de la reforma, debía articular las intervenciones comunitarias y ser la base de la prevención primaria. “Esto suponía pasar de una detección precoz (esquema del preventivismo clásico) a una intervención sobre las condiciones generales de vida en el seno de las cuales se gesta el daño mental, es decir, una intervención socio política” (p.174). Consideramos que esta cita condensa la mayor novedad planteada por la psiquiatría preventiva-comunitaria ya que su foco no está puesto en realizar cambios dentro de la institución hospitalaria sino en las condiciones de vida de la comunidad.

Plantea el autor que los sectores más resistentes a las reformas fueron justamente los que las políticas comunitarias se proponían modificar: el aparato político administrativo, la sociedad y los profesionales. En cuanto al primero, las resistencias se plantean en torno a la gestión y control de fondos federales rechazando aspectos esenciales de las políticas que debían implementarse. En segundo término, la sociedad estadounidense no se caracterizaba por la participación comunitaria en las cuestiones de salud en los términos que planteaba la Ley, por tanto, no aceptaba responsabilidades compartidas en los procesos de salud-enfermedad. Además, no se pudo desvincular la idea del enfermo mental a la del asilo,

reforzada a su vez por los prejuicios que unían a los enfermos mentales con distintas cuestiones sociales como ser: clase social, raza, religiones, etc. Las manifestaciones sociales iban desde la indiferencia, rechazo hasta la hostilidad hacia las políticas y a los pacientes. Finalmente, en cuanto a los profesionales, las resistencias se dieron en relación a abandonar las comodidades y prestigio de la práctica en consultorio privado.

Con la asunción de Nixon a la presidencia, se impuso nuevamente la gestión privada de las cuestiones sanitarias y el trabajo de los profesionales de la salud al servicio de los valores del mercado.

Pese a esto, es importante destacar las cuestiones instaladas a partir de las políticas de la psiquiatría comunitaria. Se quiebra la hegemonía de la institución psiquiátrica y el poder encarnado en la figura del médico sobre la enfermedad mental. A las problemáticas de la población asistida se agregan las vinculadas a las dificultades de la vida cotidiana. De esta manera se modifica la locura como estereotipo de enfermedad mental y se incluyen nuevos campos profesionales y técnicos que suman formas institucionales ligadas a lo social y comunitario. Se consigue generar una conciencia política de las problemáticas en salud mental, relacionadas con el bienestar general atenuando las medidas de exclusión social.

#### **2.2.4 Antipsiquiatría**

Surge en 1960 en Inglaterra en el marco de los movimientos de la contracultura, tiene como principales referentes a Laing, Cooper y Esterson. Es un movimiento de crítica radical a los valores, saberes y prácticas de la psiquiatría en el trato de la locura. Para Amarante (2006), la antipsiquiatría procura romper con el modelo asilar para expropiar definitivamente al saber médico de la explicación y tratamiento de la locura (p.44). Esta última es considerada por el movimiento de la antipsiquiatría como un hecho social y político por lo que su tratamiento, desde los principios de las ciencias naturales, están condenados al fracaso y tienen como finalidad el control social.

El loco es considerado una víctima de la alienación social y es segregado por contradecir al orden público al tiempo que pone en evidencia el fracaso de la represión psiquiátrica. De esta manera, la terapéutica de la antipsiquiatría no contempla el tratamiento físico o químico, sino que valoriza el análisis del discurso delirante del loco (p.45). Este movimiento inicia un proceso de ruptura con el saber psiquiátrico moderno y finalmente elabora una referencia teórica para abordar la locura inspirada en la teoría de la lógica de las comunicaciones, deslizando su génesis a una problemática comunicativa. Por su parte Basaglia (1977) entiende que, para la antipsiquiatría, la raíz de la enfermedad se constituye por el mecanismo de violencia de la sociedad que se manifiesta en los procesos de exclusión social, de categorización científica y segregación institucional por parte de los sanos, mediante conceptualizaciones técnicas, prácticas terapéuticas y aparatos de gestión (p. 165).

### 2.2.5 Psiquiatría Democrática

La reforma italiana comienza a partir de 1967 en un contexto en el que, pese a los cambios introducidos por las políticas del sector y la inclusión de comunidades terapéuticas, la atención de los padecimientos mentales era dominada por prácticas psiquiátricas biologicistas y manicomiales sin contemplar los cambios políticos del país.

Galende (1990) destaca que durante el proceso de reforma tiene lugar el llamado ‘incidente de Gorizia’ en 1968 cuando en el Hospital, bajo la dirección de Basaglia, se promueve un funcionamiento institucional de puertas abiertas, a partir de una serie de críticas al funcionamiento asilar del hospital.

Un paciente internado en el hospital psiquiátrico de Gorizia, con una cronicidad de diez años, sale a visitar a su familia y asesina violentamente a su esposa cuando se encontraban a solas. A partir de este hecho se instala un profundo debate sobre las transformaciones de los hospitales psiquiátricos y su lógica asilar en el ámbito social, político y mediático.

El autor sostiene que con este suceso quedan expuestos los factores sociales que convergen en el sostenimiento del asilo, ya que la tolerancia para que el hospital se convierta en comunidad terapéutica está dada a partir de poder sostener el control sobre los enfermos internados. En este sentido, el movimiento avanza en denunciar “(...) los anhelos marginizantes (del loco, del pobre, del impedido) que esconden la sociedad y la familia” (p.160). Ya no se trata entonces de una crítica al interior de la medicina, sino un debate sobre las cuestiones ideológicas y políticas de salud y de la función médica del hospital psiquiátrico, cayéndose así la máscara médico-científica como saber absoluto sobre enfermedad mental y el hospital como espacio práctico para su resolución.

En esta misma línea, Amarante (2006) sostiene que la Psiquiatría Democrática propone revisar las relaciones que sustentan el saber y la praxis médica. Realiza un análisis crítico sobre los modos históricos y sociales en los que se aloja - o no- al sufrimiento y la diferencia. Expone la identificación entre la diferencia y la exclusión y la alianza del dispositivo psiquiátrico con el aparato jurídico, en el tratamiento de la locura (p.50). En tanto movimiento, fundamentalmente político, crea lazos con otras fuerzas, sindicales y sociales revelando la “imposibilidad de transformar la asistencia sin reinventar el territorio entre ciudadanía y justicia” (p.51).

La psiquiatría democrática propone superar el modelo de comunidad terapéutica, que plantea la humanización institucional del hospital. Plantea entonces el desarrollo de nuevas prácticas a partir de las relaciones del loco con su comunidad (a través del trabajo, amigos, familia), para la deconstrucción del dispositivo tutelar psiquiátrico de exclusión y peligrosidad, construido y consumido por el imaginario social (p.51).

En 1978 se aprueba la ley de Salud Mental conocida como “Ley Basaglia”. A partir de su sanción se establece que los hospitales psiquiátricos no pueden admitir nuevos pacientes; las internaciones sin consentimiento del paciente se realizan en un tiempo fijado, debiendo acreditarse la necesidad de tratamiento, y éstas no pueden realizarse por presunción de peligrosidad; las internaciones voluntarias e involuntarias pueden hacerse en hospitales generales ya que se disponen camas para ello. La ley plantea

que se priorice el tratamiento en la comunidad a la que pertenece, a través de los centros locales de Salud Mental. En esta línea se crea un departamento de salud mental en cada unidad sanitaria local, persiguiendo la descentralización del servicio, administrando el presupuesto de manera local, para asegurar así el funcionamiento democrático del sector de salud.

La ley propone, y exitosamente consigue, la externación y resocialización con enfoque comunitario de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos, generando además condiciones que puedan prevenir la institucionalización. Para Galende (1990) un ejemplo de esto se expresa en la creación de los consultorios familiares encargados de la actividad preventiva con un abordaje integral de las problemáticas en salud mental, en el seno de las cuestiones y dificultades de la vida cotidiana de los sujetos, potenciando los saberes y capacidades de las comunidades para poder enfrentarlas y resolverlas (p.164).

### **CAPÍTULO 3: LA REFORMA EN ARGENTINA**

En este apartado nos proponemos dar cuenta de las distintas concepciones y abordajes de la locura desde las políticas públicas en salud en nuestro país a partir de los distintos modelos de Estado que delinean estas políticas. A tal fin retomamos las postulaciones de Di Nella (2012), quien establece una relación histórica entre los distintos modelos de Estado y cómo se modifican las nociones de locura y salud mental en cada uno de ellos. El autor plantea cuatro modelos de Estado, que no son necesariamente excluyentes entre sí, sino que se enlazan y yuxtaponen, dejando sedimentos de sus lógicas que algunas de ellas continúan vigentes hasta la actualidad.

#### **3.1 El Estado Conservador**

A raíz de la colonización del territorio argentino durante el siglo XIX, Europa era el ideal cultural y social argentino. Para el Estado Conservador lo europeo representaba la civilización ideal, y lo autóctono representaba lo salvaje y bárbaro. Retomando a Vezzetti (1985), Di Nella (2012) presenta dos modelos no opuestos, pero sí complementarios: el de Sarmiento y el de Ramos Mejía.

El primer modelo considera culturalmente inferior a la población autóctona y mestiza por considerarlos bárbaros, se propone incluir a esta población al orden cultural y social civilizando y disciplinando mediante la educación (p.42). Lo saludable estaba dado por el nivel de civilización, por el control de sus pasiones, en tanto los desbordes pasionales y el desorden correspondían a lo bárbaro, irracional, alejado de los valores morales conservadores.

Por su parte, Ramos Mejía plantea un modelo en el que la inferioridad está dada biológicamente por su condición racial involucionada, inferior y por lo tanto: enferma. La estrategia educativa no tiene lugar ya que lo que caracteriza a un sujeto o sociedad como enferma responde a un orden natural (p.47). Para

este modelo el descontrol y excitación de las pasiones se traducen en términos raciales, conduciendo al extravío mental y a la enfermedad (p.43).

El autor postula que el fundamento biologicista natural promueve la explicación médica de lo bárbaro, es lo que permite a la psiquiatría instalarse como herramienta de control del Estado, reprimiendo e impartiendo pautas culturales a los desajustes que implicaban un peligro para consolidar el modelo Conservador (p.46). Para este cometido son importadas de occidente las instituciones -asilo y cárcel- para completar la estrategia de control. El abordaje del Estado conservador para la insubordinación al orden civilizado se da a través de la educación o la reclusión donde las personas son incluidas en la red social, pero mediante el aislamiento que estas instituciones promueven.

La enfermedad mental, advierte Di Nella (2012), nace en nuestro país como categoría necesaria y estratégica al control social de la diversidad, diferencia y disidencia a los valores del modelo (razón, familia, tierra, trabajo). Por este motivo nos parece que no es casual que las personas internadas, en los hospicios inaugurados entre 1854 y 1863, pertenecen en mayor medida al mismo grupo social: pobre, autóctonos, mestizos, negros, indigentes e inmigrantes. (p.47)

A medida que se producía un aumento demográfico en el país (producto del proceso inmigratorio) aumentaba también el número de personas internadas. Hacia finales de siglo XIX ya no se considera a los inmigrantes (europeos) civilizados, puesto que portaban ideas y conductas contrarias a los valores de orden y progreso conservador. Se produce entonces un viraje en el que la ciudad, lo urbano, deja de ser lo sano para convertirse en el nuevo germen de producción de nuevas formas de locura. Los inmigrantes, asentados en las ciudades y hacinados en conventillos, representaban la vagancia, los vicios y la promiscuidad que encarnan el peligro y el desorden promotor de locura, por tanto, constituían un peligro inminente para los valores higienistas de la época (p.49). A partir de esta premisa, la naturaleza y el trabajo agrícola se convierten en productores de salud, y de la mano de Cabred -impulsor del sistema de puertas abiertas en los asilos- se crean las primeras Colonias Agrícolas de Alienados. Es la psiquiatría quien nuevamente sirve al Estado, con sus fundamentos científicos y su técnica, para la persecución de los grupos sociales amenazantes a sus valores y su reclusión en las Colonias (p.48). Cabred propone al trabajo, agrícola en este caso, no sólo como elemento fundamental en el tratamiento moral de los alienados, sino también como eje de la asistencia estatal (p.49).

Di Nella (2012) plantea la obra de Cabred como bisagra entre un modelo que busca exterminar la diferencia y la diversidad, como es el Estado Conservador, y el asistencialismo como base del modelo del Estado de Bienestar (p.49).

### **3.2 Estado de Bienestar**

En este modelo el Estado se plantea como garante de la asistencia centrándose en las necesidades de la población. Esta población es caracterizada por tener un rol pasivo, es decir, de recibir las políticas públicas de asistencia social. El Estado tiene un deber moral de asistencia de las necesidades, sobre todo

en los grupos sociales con menos recursos. En el ámbito específico de la salud, se trata de asistir a las enfermedades, quedando la atención en salud reducida a la asistencia de la enfermedad ya instalada. Esto se traduce en una no concepción positiva de la salud en tanto procurar el bienestar psico-físico de las personas sanas siendo por esto poco habitual la promoción de la salud a través de programas y campañas.

Este modelo desplaza a los asilos y cárceles como instituciones de abordaje de las problemáticas de salud propias del conservadurismo. Propone al Hospital Polivalente como institución estatal para la atención de la demanda de las enfermedades. El dispositivo que aborda las cuestiones de salud responde a los principios y organización del modelo médico hegemónico. Se utiliza un marco biológico, psicológico o biopsicológico, con una mirada unicausalista y atomizada hacia el objeto de estudio. De esta manera, se fragmenta al sujeto en su sufrimiento, enfocándose en lo que produce malestar, interviniendo, principalmente, la medicina y sus especialidades. Este modelo se centra en el abordaje sintomático de la enfermedad para remitir el cuadro, dejando de lado una concepción histórica holística e integral de la persona (p.50).

Finalmente Di Nella (2012) plantea, retomando a De Lellis (2016), que luego del apogeo del modelo de Bienestar, en nuestro país y en la región comienza un proceso de debate y reestructuración en cuanto al rol del Estado, para asegurar la propiedad privada, los contratos y la competitividad económica.

### **3.3 Estado Neoliberal**

Se proclama como modelo superador del de Bienestar, y surge a partir del agotamiento de éste último. Cabe aclarar que este modelo no se restringe a la dimensión económica, sino que abarca además las dimensiones políticas y culturales. Las reglas del mercado son lo más importante y deben estar garantizadas en la búsqueda del éxito personal a partir de la competencia. Socialmente se refuerzan los valores individualistas recrudesciendo la fragmentación social, en tanto lo diferente es sentido como peligroso.

En cuanto a la salud, este modelo plantea la oferta de un servicio para quienes tengan los medios para acceder a él. Quienes no puedan acceder al circuito comercial, quedan excluidos del derecho a la mejor atención posible, generando aún más exclusión en las clases menos favorecidas de la sociedad (Di Nella, 2012, p.54).

El rol del Estado es el de garantizar y sostener las leyes del mercado de la salud a través del sistema privado, que genere ganancias para los inversores privados, y la desregulación de las obras sociales, permitiendo la competitividad. La salud es considerada como un bien de compra, rentado y rentable, y que debe generar ganancias altas a un bajo costo. Surgen también los seguros de salud pre pagos, en donde se cubre el riesgo de enfermar pero que no tiene acciones sobre el cuidado de la salud.

El modelo neoliberal plantea, según el autor (2012) una población pasiva frente a los intereses del mercado, quien va a establecer los roles y funciones sociales (p.53). Todo lo que quede por fuera de

las leyes de intercambio, aquello que no sea productivo al sistema, queda excluido de las políticas públicas, a excepción de las políticas de control social. Las personas con padecimiento crónico en salud mental, sin posibilidad de recursos para integrarse al sistema de mercado o excluidos por este, son innecesarios y peligrosos, por tanto, deben mantenerse alejados de la sociedad. Esta población, es excluida como resto, y confinada en los hospicios.

### **3.4 Estado Jus-Humanista**

Este modelo parte de una noción de población activa y dinámica en el diseño de políticas públicas en materia de salud. Apuesta a la iniciativa comunitaria, sus intereses y preocupaciones para la delimitación de las problemáticas de salud y sus abordajes. Considera fundamental esta participación en la co-gestión de los servicios y los procesos de salud, en los que se contempla de igual manera al sujeto sano y enfermo, beneficiarios de los servicios de salud. El Estado se propone como garante del derecho a la salud, ya sea a partir de la inversión de recursos o por la utilización de tecnologías para garantizar el acceso en atención, sostenimiento y mejoramiento su salud. El aparato estatal también debe ejercer cierto control del sistema privado de salud, a la vez que implementa acciones de fortalecimiento del sistema público, en tanto atención directa y cercana de los problemas de la comunidad. (Di Nella, 2012 p. 55)

El Estado Jus- Humanista no busca atender la enfermedad instalada ni vender seguros de salud pre-pagos, sino que plantea una acción sostenida y activa para el desarrollo integral de los sujetos. Introduce una novedad respecto al modelo neoliberal, la Atención Primaria de la Salud. Ésta es definida por Di Nella (2012) “como un conjunto sistematizado de actividades multisectoriales aplicadas al sujeto y medio ambiente, destinadas a alcanzar un nivel cada vez mayor de salud para la comunidad, y a satisfacer las necesidades de salud de los individuos que la componen” (p.56). Para este objetivo, las instituciones principales son las unidades sanitarias barriales. Desde los valores de la APS se busca trabajar con el ámbito familiar, generando estrategias de participación comunitaria, que apunten a la prevención y promoción de la salud.

La novedad propuesta por este modelo consiste en ampliar la mirada desde la enfermedad de la persona hacia la trama social condicionante de los modos de enfermar y los modos de mantenerse saludable. Esto implica identificar las capacidades, potencialidades y recursos de los sujetos, grupos y comunidades. Las intervenciones deben ser dirigidas hacia el entrecruzamiento entre las capacidades y los factores que vulneran la salud, revelando cuáles son las fallas del Estado en cuanto a garantizar los derechos a la misma (p.58). Para este modelo el objetivo es producir salud, para lo que es fundamental pensar en sus determinantes sociales como condiciones de vida cotidiana de los sujetos y las comunidades.

La locura, en tanto significación imaginaria social, se encuentra atravesada de manera innegable por los conceptos de salud, enfermedad, instituciones y modelos de abordaje que cada Estado delimita sobre

ellos, en cada contexto histórico, social y político. De acuerdo a estas concepciones se van delineando las intervenciones estatales, los objetivos, funciones y deberes que se traducen en políticas públicas sanitarias y abordaje de la locura. Es por esto que consideramos relevante para nuestra investigación la articulación entre locura y Estado.

Acordamos con de Di Nella (2012) cuando afirma que “(...) la más magnífica arma de control social es y ha sido la desmemoria colectiva sobre los propios sucesos que determinan –y sobredeterminan– cualquier fenómeno social” (p.41). En este sentido es que nos resulta imprescindible realizar un recorrido histórico, aunque breve, sobre las articulaciones de los conceptos de Estado y locura en nuestro país, apuntando a conocer el pasado que permita explicar el presente y construir el futuro.

### **3.5 Experiencias Locales Alternativas a lo manicomial**

Teniendo en cuenta las referencias sociales y políticas expuestas anteriormente, intentaremos puntualizar los aspectos fundamentales sobre las experiencias alternativas a lo manicomial más destacadas que tuvieron lugar en nuestro país. El espíritu de estas experiencias va a expresarse en las distintas legislaciones provinciales, para luego configurar la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

#### **3.5.1 Experiencia de Lanús**

En primer lugar, mencionaremos la experiencia de Lanús, en el Hospital Policlínico Evita, fundado en 1952. En 1956, bajo la dirección de Mauricio Goldemberg, se crea el servicio de psicopatología, el primero en un hospital general en América Latina. Marcelo Martínez (2015) postula que esta experiencia fue absolutamente innovadora, teniendo en cuenta la tradición en nuestro país en cuanto a las prácticas en Salud Mental. Se crean servicios de internación para personas con padecimiento mental en el hospital general, un hospital de día y consultorios externos. Se crean además servicios de extensión comunitaria en los barrios marginales cercanos al hospital (p.172). Gracias al funcionamiento de la Residencia Interdisciplinaria de Formación en Servicio, de psicólogos, médicos y psiquiatras, esta experiencia se constituyó, en ese entonces, como una referencia alternativa al asilo y a la psiquiatría clásica. Con el golpe militar de 1976, Goldemberg y muchos de los profesionales que llevaban adelante esta experiencia debieron exiliarse, finalizando ésta abruptamente.

#### **3.5.2 Experiencia de Río Negro**

En segundo lugar, desarrollaremos las principales características de la experiencia de Río Negro, que fue la más destacada e influyente de nuestro país. En 1985, con el retorno de la democracia, se inicia un proceso de reforma psiquiátrica en el neuropsiquiátrico de la localidad de Allen. Esta experiencia se inspira en el modelo de desinstitutionalización italiana/Trieste y en la experiencia de Lanús. Hugo Cohen (formado en la residencia del Hospital de Lanús), fue el principal referente de la experiencia rionegrina, llevada a cabo por el gobierno provincial con el apoyo de las autoridades de Salud Mental a nivel nacional.

Este proceso conlleva a dos acontecimientos fundamentales: el cierre del manicomio de Allen en 1988, y la sanción de la Ley provincial N° 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, en el año 1991. Esta ley propone cambiar la asistencia psiquiátrica tradicional individual por un modelo de salud mental comunitaria. A partir de un abordaje socio-familiar, se persigue como objetivo la reinserción social de quienes padecen sufrimiento mental. Por otra parte, la legislación prohíbe la habilitación y funcionamiento de manicomios o neuropsiquiátricos, y sus equivalentes, ya sean públicos o privados. Considera la internación como último recurso terapéutico, trabajando continuamente para la externación de la persona y el tratamiento ambulatorio, manteniendo los vínculos con su comunidad, familia y afectos. Como último fin, esta experiencia plantea la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona con sufrimiento mental. (Sampayo p.50)

El proceso de transformación del sistema de salud mental de Río Negro, denominado

“Desmanicomialización”, consistió en la formulación de las políticas, intervenciones y tratamientos, ya no inscriptos en una lógica manicomial sino comunitaria. Para ello se conformaron “equipos patrulla” interdisciplinarios, cuya función era articular los recursos de salud mental con las demás áreas de salud en el territorio provincial (Martínez p.173). Los equipos interdisciplinarios realizaban las gestiones necesarias que facilitaban a la persona con padecimiento el acceso a condiciones básicas para su vida cotidiana: vivienda, alimentación, educación, vestimenta, subsidio, pensión, y trabajo (Sampayo p.50). El objetivo final consistió en romper con el circuito de derivación de las situaciones al manicomio de Allen, para poder abordarlas en los hospitales generales cercanos al ámbito comunitario de los pacientes. Para esto se requirió la implementación de políticas de capacitación y la creación de dispositivos tendientes a romper las resistencias institucionales.

Cohen (1994) plantea los siguientes conceptos fundamentales para llevar a cabo el proceso de desmanicomialización:

- Rescatar los recursos de salud presentes en las personas: se apuesta al concepto de salud positiva, considerando que todas ellas tienen un potencial de salud mental que se pone en juego en su vida cotidiana (capacidades habilidades, etc.). Se apunta a la solidaridad entre los miembros de la comunidad, ya que la propia vida de las personas tiene la potencialidad de generar salud como también enfermedad. (p.88)

- Noción de crisis: las personas requieren de determinados aportes de tipo físico (materiales como vivienda, comida, vestimenta), psicológico (aportes afectivos en la relación con otras personas) y cultural (en relación a la matriz grupal de la identidad) igualmente necesarios para la vida. Una crisis puede ocurrir cuando falta o se modifica bruscamente algunos de estos aportes. (p.89)

- Socializar los conocimientos: en estrecha relación con los principios precedentes, se considera que cualquier persona puede intervenir en una crisis. Se apunta a prácticas que le permitan a la comunidad reconocer su propio saber, en cuanto a sus formas de vivir cotidianas, siendo la función del técnico fomentar su autonomía. (p.90)

-Derechos y necesidades de las personas: la labor terapéutica implica procurar, por los medios posibles, la defensa de los derechos y necesidades de las personas en tanto sujetos de derechos. El rol del técnico/profesional implica, realizar las gestiones que les permitan recuperar su autonomía (alimento, vivienda, pensiones/subsidios), ya que rescatar las habilidades y potenciar las capacidades es el eje de toda estrategia terapéutica (p. 91).

- Afectos: para el autor es un elemento clave para establecer vínculos que conduzcan y posibiliten la recuperación. Se reconoce al afecto como recurso terapéutico como apoyo en el logro de la autonomía de la persona que sufre (p. 92).

### **3.5.3 Experiencia de San Luis**

Otra experiencia emblemática de reforma en nuestro país fue la experiencia realizada en el Hospital Psiquiátrico Provincial de San Luis. Martínez (2015) expone que la transformación de dicho hospital comienza en el año 1993 a través de un plan de externación de las personas internadas, muchas de manera crónica, y su posterior reinserción social en su ámbito comunitario. Al mismo tiempo se produce una profunda modificación de las condiciones de internación (por ejemplo la duración de las mismas) para aquellas personas que, en un futuro, necesiten de esta estrategia terapéutica. Para lograr estos objetivos se promovió la realización de distintas actividades artísticas en las que participaron pacientes, profesionales y empleados del hospital, incluso se realizaron actividades por fuera del ámbito institucional hospitalario. También se realizaron diversas actividades enfocadas a la reinserción comunitaria mediante la conformación de equipos de trabajo para estos fines.

### **3.5.4 Experiencia de Santa Fe**

Para finalizar, nos proponemos exponer las características principales del proceso de reforma psiquiátrica a partir de las distintas experiencias y movimientos en la provincia de Santa Fe.

#### **3.5.4.1 Rosario**

Una experiencia fundacional fue la llamada “Experiencia Rosario”, dirigida en 1958 por PichonRivière. Mediante técnicas grupales y abordaje interdisciplinario, dirigió un trabajo en la comunidad, conformado por estudiantes y trabajadores de distintos oficios y profesiones. Estas experiencias marcaron el inicio de las prácticas clínicas plurales, dando intervención al psicoanálisis en el campo socio-cultural. Posteriormente, las dictaduras militares y el terrorismo de Estado, llevado adelante por el último gobierno de facto, produjeron un corte en estos procesos. (Giraud y Gil p.8)

#### **3.5.4.2 Colonia de Oliveros**

Martínez (2014) destaca la importancia de los movimientos institucionales en la Colonia de Oliveros que, hasta el retorno de la democracia, estuvo a cargo de la Armada Argentina. En 1987 comienzan a desarrollarse las llamadas “políticas de desmanicomialización” orientadas a la externación y la reinserción en la vida comunitaria de los pacientes internados. Se implementaron dispositivos para

regular y restringir las internaciones. Se priorizaron modalidades de abordajes tendientes a la restitución del lazo social de los internados, a través de la reinserción en su ámbito social y familiar (p. 4). De esta manera, la internación estaba prevista sólo para aquellos casos en los que no sea posible realizar tratamientos ambulatorios.

La transformación de la Colonia fue posible, afirma el autor (2014), gracias a la inclusión de prácticas interdisciplinarias y una política institucional activa, en pos de la externación y la promoción de salidas terapéuticas. En esta misma línea se promovieron actividades artísticas, recreativas y laborales para posibilitar la producción de lazos interpersonales, dentro de la institución, como también en espacios comunitarios. Para el autor (2015), una de las características más sobresalientes de la experiencia fue que ésta surgió a partir de un grupo de profesionales de la Colonia de Oliveros. Así inició un proceso de construcción y consolidación de estas prácticas, al que se sumaron otros trabajadores de la institución, principalmente del área de enfermería, extendiéndose a otros espacios. De esta manera, se logró progresivamente que las distintas gestiones de gobierno provincial aceptaran la implementación de las políticas que se denominaron como “políticas sustitutivas de lógicas manicomiales” (p.174). Éstas políticas comenzaron a replicarse en otros hospitales públicos, monovalentes de la provincia como son el Hospital Mira y López de Santa Fe y el Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila de Rosario.

Consideramos que éstas experiencias constituyeron un importante antecedente en relación a la sanción de la Ley Provincial 10.772.

### **3.5.4.3 Coronda**

Otro hecho significativo de la reforma fue el cierre del pabellón psiquiátrico dentro de la cárcel de Coronda denominado “Corralito de Coronda”. Afirma Martínez (2015) que este dispositivo, fue creado en 1985 con el objetivo de alojar personas declaradas inimputables a quienes se les endilgaba un grado de peligrosidad tal que ameritaba su encierro sin perjuicio de que también se depositen allí otros reos e incluso personas que no habían cometido delito alguno (p.175). Desde su cierre en 2008, los tratamientos en salud mental a personas declaradas inimputables se realizan en las instituciones provinciales de salud mental, sin distinción con cualquier otro tratamiento o evaluación.

## **CAPÍTULO 4: DISPOSITIVO ALTERNATIVO A LO MANICOMIAL**

Consideramos pertinente que para poder caracterizar aquellos dispositivos e intervenciones que responden a una lógica alternativa a lo manicomial, es necesario previamente esquematizar de que se trata lo manicomial.

### **4.1 Lo manicomial**

En las páginas precedentes hemos abordado las principales características de la lógica del internamiento desde una perspectiva social, económica y política. Además, describimos los valores

psiquiátricos-asilares del encierro y la reclusión. En ambos casos, puntualizamos sobre las estructuras sociales y de poder subyacentes a cada uno de ellos.

En este apartado nos proponemos retomar las principales características de lo manicomial, en tanto institución médica como también en su dimensión cultural.

Galende, (1994) plantea que la medicina mental fundó sus prácticas en la necesidad de preservar la salud -como lo normal- mediante el aislamiento de quienes la han perdido, es decir, los enfermos. Se invistió de cientificidad el aislamiento, legitimando socialmente el encierro, encubriendo así la función social de la psiquiatría que consiste en vigilar la norma social, excluir al enfermo, custodiar a los segregados (p.100). Este autor (1994) considera que el término manicomio abarca el asilo, las colonias y el hospital psiquiátrico que desde sus comienzos y hasta hoy constituyen la figura central de la psiquiatría.

Por su parte, Goffman (1961) considera al hospital psiquiátrico como una institución total que, junto con los hospitales para enfermos infecciosos y leproarios, forman un grupo que el autor define como “instituciones totales”. Su objetivo es cuidar de las personas que son incapaces de cuidar de ellas mismas, y que representan una amenaza involuntaria para la sociedad. Este autor caracteriza a éstas instituciones como “(...) un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p.13).

Desde esta perspectiva podemos entender a lo manicomial como una lógica institucional de aislamiento, encierro, exclusión y control social, basada en la presunción de peligrosidad. De este modo, exige un funcionamiento disciplinar para un reajuste normativo y moralizador, por medio de medidas punitivas y represivas que suprimen derechos y libertades singulares. Dichas prácticas, consideradas terapéuticas, son legitimadas por el poder hegemónico, saber totalizador concentrado muchas veces en la figura paternalista del médico.

Retomando los postulados de Ulloa, Di Nella (2012), plantea a lo manicomial como un concepto amplio, que va más allá de las paredes del asilo ya que la internación es una de las tantas formas, quizás la más extrema que puede adoptar. Para este autor lo manicomial es una forma de entender el abordaje del sufrimiento mental. Un modo cultural de tratar a los seres humanos y en tanto cultura, “todos estamos inmersos en ella, podemos estar más o menos advertidos de que esto ocurre, pero todos estamos en este sistema manicomial” (p.22).

Este autor postula una serie de elementos que operan interconectados y caracterizan a lo manicomial, los cuales esquematizaremos brevemente.

1- Dogmatismo: el dogma hace referencia a un recorte de la realidad humana al punto tal de sólo concebir esta realidad como ese recorte que realiza. Se produce un reduccionismo que, en el caso de lo manicomial, hace referencia a una disfunción química cerebral sin contemplar una persona con un

padecimiento psíquico. La tecnificación de esta premisa es lo que posteriormente va a dar lugar a un proceso de medicalización del padecimiento.

2- A-historicidad: el autor plantea que para que haya manicomio se debe escapar a la dimensión histórica de los sujetos. Se plantea a la locura como condición esencial del sujeto eliminando las condiciones de su historia de vida. Estas condiciones permiten reconocer un proceso de enloquecimiento de las personas.

3- Individualismo: el manicomio es creado con el nacimiento de la sociedad capitalista y bajo los valores que ésta plantea como lo es el individualismo. De esta manera, para la lógica manicomial, el padecimiento le pertenece al individuo y por tanto el resto de la sociedad puede excluirse.

4- A-culturalidad: en este punto Di Nella (2012) plantea que, lo saludable y lo culturalmente establecido como norma se distinguen, en la cultura manicomial, por el hecho que la norma opera por fuera de la salud. De esta manera, las prácticas y discursos manicomiales no se basan en criterios de cuidado de la salud sino en el criterio institucional, cultural, previamente establecido. El manicomio desconoce los factores culturales para actuar sin apelación alguna a un saber que lo regule dejando al paciente a merced del criterio discrecional de quien detenta el poder, técnico o profesional.

5- Pérdida de orientación curativa: el discurso manicomial pregona como objetivo institucional la rehabilitación de las personas internadas. Sin embargo, la eficacia de lo manicomial se encuentra en la retención de las personas, más allá de su padecimiento y no en su rehabilitación. “Es pura encerrona sin mediar herramientas curativas” (p.26).

6- Verticalidad del poder: desde los inicios del manicomio -y aún hasta hoy- la rehabilitación se plantea a partir de la identificación con la figura del médico, instituyéndose así una verticalidad básica en la relación terapéutica. El saber se encuentra del lado del médico mientras que el paciente no aporta nada al proceso terapéutico, puesto que al relato de su padecimiento no se le reconoce un saber. Se excluye el saber de quien padece y de esta manera se le imponen al sujeto las decisiones terapéuticas del profesional.

7- Desaparición simbólica forzada del sujeto: la cultura manicomial supone entonces distintas pérdidas desubjetivantes para quien padece. “Se elimina la dimensión del otro como sujeto” (p.27). La subordinación en las relaciones de poder y la exclusión en el ámbito del saber (caracterizadas en el punto anterior) conlleva para la persona con padecimiento, su eliminación en su carácter de sujeto.

8- Formación profesional: el autor refiere que el proceso de profesionalización de los trabajadores en salud mental se basa en una educación manicomializante, que supone los elementos caracterizados anteriormente e incluye además la deformación del abstraccionismo y burocratización en su formalización académica.

A partir de lo expuesto, podemos considerar entonces, a lo manicomial como un modo cultural de entender y de intervenir sobre la diferencia y los padecimientos subjetivos.

#### **4.2 Alternativo a la lógica manicomial**

Entendemos a lo alternativo a la lógica manicomial como construcción, como proceso inacabado en transformación constante, correlativo/determinado por las condiciones socio históricas. Ya hemos mencionado los distintos movimientos de crítica a la institución psiquiátrica comenzados en el siglo XX y cómo durante la pos guerra se profundizan, llegando a cuestionar y debilitar las bases estructurales del poder psiquiátrico, sus saberes y prácticas en torno a la locura. Estos movimientos dan lugar a nuevos conceptos, construcciones, dispositivos y abordajes en relación a la locura desde una mirada social, comunitaria y política.

Lores Arnaiz (1986) refiere que los conceptos son construcciones que al tiempo que permiten pensar, también fijan límites recortando de la realidad un fragmento de sentido que termina siendo lo único pensable. Ese recorte y visión de la realidad internalizada se expresa en conceptos que recortan los problemas, determinan los métodos y guían las hipótesis, esto es lo que la autora define como paradigma (p.174). Se destaca la importancia de hacer explícitos estos paradigmas ya que muchas veces arrastran sedimentos de otras épocas por lo que se debe examinarlos a partir de la propia experiencia para repensar si responden a nuestras necesidades y expectativas.

La autora define dos paradigmas en salud: un paradigma Tecnocrático y uno Alternativo. En cuanto al primero, expondremos brevemente las principales características a fines exclusivamente comparativos. El paradigma tecnocrático responde a un enfoque positivista considerando a las enfermedades desde una perspectiva organicista y atomística y su tratamiento consiste en eliminar los síntomas por medios químicos o mecánicos. Así mismo, concibe a la salud como ausencia de enfermedad, es decir que la salud es un aspecto que puede, o no, tener un individuo sin considerar al medio en el que éste se desarrolla, lo que conlleva una negación de las crisis y situaciones vitales. Plantea de esta manera, una disociación entre lo físico y lo mental en tanto el criterio de salud mental refiere a la adaptación al orden social establecido.

El paradigma Alternativo, concibe al individuo como una totalidad biopsíquica inserto en un medio social y por consiguiente, entiende que las enfermedades se inscriben en un momento vital e histórico particular. Desde este enfoque la salud mental se encuentra relacionada con la satisfacción de las necesidades existenciales, el desarrollo de las potencialidades, la calidad de los vínculos, la comunicación y la inserción social y comunitaria de las personas (p.178). Desde esta perspectiva se destaca la prevención y comunicación entre profesionales y pacientes en el tratamiento terapéutico, valorando la eficacia institucional en términos cualitativos de comunicación y participación de la comunidad y efectividad de la prevención. Para finalizar, la autora plantea, el énfasis en la formación técnica y profesional de los agentes de salud destacando la necesidad de apoyo de los mismos para el

desarrollo de una actitud realista y comprensiva hacia el sufrimiento de las personas y de la propia angustia que esto suscita.

Por su lado, Stolkiner (1988) plantea tres concepciones ideológicas y políticas planteadas como modelos de salud pública: la concepción Liberal, la Tecnocrática-normativa y la concepción Participativa Integral, que están sostenidas por sus respectivos modelos médicos implícitos en las distintas prácticas de salud mental. La concepción participativa integral entiende a la salud-enfermedad en términos de proceso determinado por la estructura de producción y reproducción social, concibe al sujeto como sujeto social activo destacando su participación en comunidad (p.53).

En cuanto a la participación en los procesos de salud, la autora plantea que, es en sí misma un hecho de salud mental puesto que permite romper el vínculo de sometimiento de un saber- poder técnico y científico hacia los sujetos y las comunidades (p.58). El criterio de Salud de esta concepción no se relaciona ajustes a valores de normalidad, sino que las acciones en salud se basan en la prevención y acompañamiento a fin de facilitar los procesos de los cuales puedan emerger conflictos y situaciones que produzcan malestar (p. 58). Se enfatiza la importancia de la atención primaria integral de la salud con un abordaje transdisciplinar y comunitario. Para ello se proponen programas participativos e integrales en los que la salud mental se incluye a partir de acciones generales de salud con otras prácticas sociales como educación y cultura.

Stolkiner (1987) considera a los modelos alternativos como ejes de ruptura con la concepción que asigna el lugar decisorio a la ciencia, y con la tecnocratización de los modelos hegemónicos. Así mismo plantea a todo modelo alternativo, tanto en salud como en educación, como un modelo centrado en la participación real en todos los niveles de decisión (p.199).

Por su parte Galende (1994) entiende como alternativa a lo manicomial una construcción de trabajo articulado: la construcción una trama social que pueda contener y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas externadas; creación y efectiva ejecución de políticas públicas, sociales y de salud en las que, a través del Estado, garanticen la cobertura de las necesidades de todo el proceso de reinserción social; una asistencia en Salud Mental que acompañe el proceso mitigando el sufrimiento mental para su recuperación como también impedir nuevos modos de internación (p.84).

Finalmente destacamos el aporte realizado por Di Nella (2012) respecto de las alternativas a la lógica manicomial. El autor refiere que la base de una atención no manicomial es una atención con enfoque de derechos. El respeto por los derechos humanos de las personas con padecimiento subjetivo, refiere, tiene una función rehabilitadora que debe ser garantizada por el Estado, las instituciones y los profesionales en salud. Reconoce además que el pasaje de un sistema manicomial a una red de dispositivos de atención en salud mental, se vehiculiza a través de la garantía de derechos y la restitución de los derechos que fueran cercenados a las personas (p.30).

### **4.3 Dispositivo**

Foucault (1991) define el concepto de dispositivo como una red de elementos diversos y heterogéneos: discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas que pertenecen a lo dicho y lo no dicho (p.128).

El autor destaca la dimensión estratégica del dispositivo en tanto, en un momento histórico determinado, tuvo la función de responder a una urgencia. Los dispositivos, en tanto red de relaciones, son de naturaleza dinámica por lo que se da un proceso de sobredeterminación funcional en el que cada efecto intencional o no, positivo o negativo, entra en resonancia o contradicción con los otros requiriendo una revisión y/o reajuste de los elementos que lo componen. Es en este sentido que los componentes y las relaciones entre ellos varían en función de la efectividad que pueda alcanzar el dispositivo en determinada coyuntura.

Fernández (2007) retoma a Deleuze quien define un dispositivo como un conjunto multilineal con distintas dimensiones en constantes articulaciones y fracturas. Un dispositivo establece condiciones que posibilitan lo visible y lo enunciable como también sus invisibilidades y silenciamientos; se encuentra atravesado por líneas de fuerza: dimensiones de poder y líneas de producción de saberes que se formalizan en principios de ordenamiento que a su vez instituyen poderes. De esta manera “(...) visibles, enunciables, saberes y poderes instituyen prácticas de objetivación y subjetivación. (...)Una línea de subjetivación es un proceso, refiere a la producción de subjetividad en un dispositivo que se produce en el accionar colectivo de las prácticas” (p.114).

Los dispositivos sociohistóricos, institucionales y/o comunitarios operan produciendo formas de disciplinamientos que le son inherentes como también sus malestares, líneas de fuga, desdisciplinamientos y resistencias.

La autora expone que, además de la acepción foucaultiana de dispositivo a la que se hizo referencia anteriormente, este término también refiere a artificios tecnológicos diseñados en las intervenciones instituciones/comunitarias pensados como una “máquina que dispone a..., que crea condiciones de posibilidad” (p.115) provocando, visibilizando y enunciando latencias grupales, institucionales y/o comunitarias.

Retomamos los aportes de Vega (2017), quien siguiendo a Foucault plantea, que el dispositivo es una respuesta práctica, a problemáticas o urgencias prácticas. En tanto, la teoría viene luego como una forma de reconstruir o impugnar las nuevas relaciones que se establecen a partir del esquema problema-solución. De esta manera, frente a un determinado problema, se potencian o bloquean las relaciones de fuerza con efectos en el orden del saber, ya que cada dispositivo produce saberes múltiples, transversales, ramificados, al tiempo que el dispositivo mismo se convierte en un medio productor de saber (p.140).

Las prácticas alternativas a lo manicomial, crean espacios de producción de nuevas racionalidades en el abordaje del sufrimiento psíquico que conlleva a la institucionalización de experiencias nuevas en el campo de la salud mental. Estas prácticas instituyen dispositivos que tejen redes de asistencia enlazando trayectorias en procesos sociales e institucionales diversos. Estas trayectorias reflejan construcciones de prácticas creativas y diversas, que se dirigen a la ampliación de derechos y autonomía en la vida de los sujetos (Faraone p.130).

En este sentido podemos pensar a los dispositivos alternativos a la lógica manicomial como espacios de resistencia estratégicos que, a partir de la creación de redes, posibilitan la producción de subjetividades.

## **CAPÍTULO 5: LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL 26.657**

La Ley 26.657 fue aprobada por el Senado, sin votos en contra, el 25 de noviembre de 2010. Se promulgó el 2 de diciembre del mismo año y se reglamentó el 28 de mayo de 2013 por la presidenta de la Nación Argentina, Cristina Fernández de Kirchner.

Hemos expresado en este trabajo que a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental se plantea un nuevo escenario no sólo jurídico, sino también social y político. Previo a la sanción de la normativa nacional, en nuestro país coexistían de manera desarticulada diversas normativas y legislaciones locales que pueden ser consideradas antecedentes de la Ley Nacional, ya que comparten elementos y objetivos de la misma.

Al inicio del proceso legislativo de la mencionada Ley, sólo ocho provincias contaban con una legislación específica de Salud Mental: Chubut, CABA, Córdoba, Entre Ríos, Río Negro, Salta, Santa Fe, San Juan; y tres provincias: Buenos Aires, Catamarca y Mendoza, disponían de anteproyectos de ley, mientras que las restantes jurisdicciones carecían tanto de leyes como de anteproyectos. Sin embargo, es menester destacar que todas ellas compartían fines similares consistentes en garantizar y ampliar los derechos de los usuarios de los servicios de Salud Mental, promoviendo estrategias de abordaje terapéutico alternativas a la internación en instituciones monovalentes y modificando las modalidades y criterios de internación, el régimen de egresos y altas o el cumplimiento de medidas tales como el consentimiento informado de los pacientes.

Faraone (2012) considera que la ley 26.657 es un instrumento necesario y fundamental para que las experiencias desinstitucionalizadoras puedan consolidarse a nivel nacional y posibilitar una transformación política, social e institucional en cuanto a la salud mental de todo el territorio argentino.

Para De Lellis y Sosa (2011) este nuevo escenario nacional representa una oportunidad inédita para transformar las concepciones y prácticas asilares que aún en la actualidad caracterizan el modelo de atención hegemónico en las instituciones y servicios de Salud Mental (p.2). De esta manera la ley se plantea como una herramienta fundamental para sustituir el modelo restrictivo asilar por otro modelo de

base comunitaria que promueva mayores oportunidades de inclusión social para las personas con padecimientos mentales.

Según Di Nella (2012) esta Ley propone un importante cambio de paradigma en tanto se basa en estándares internacionales de derechos humanos vigentes, marcando concepciones y líneas de acción en Salud que implican una revisión de concepciones y prácticas jurídico- sanitarias (p.18).

La perspectiva de derechos humanos, atraviesa de manera transversal toda la normativa, y se expresa cabalmente en el Artículo 1°, donde plantea como objeto de la misma: asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Siguiendo esta perspectiva de derechos, en el Artículo 3° se define a la salud mental como un proceso destacando los aspectos históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos como determinantes de dicho proceso y cuya preservación, en tanto construcción social dinámica, siempre vinculada con la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas.

Asimismo, se establece en el artículo 7° el reconocimiento por parte del Estado de los siguientes derechos: atención sanitaria integral y humanizada de acceso gratuito, igualitario y equitativo; preservación de su identidad, grupos de pertenencia e historia; tratamiento con fundamentos científico ajustado principios éticos que no restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar y comunitaria y otras cuestiones que fundamentalmente centran a la persona como un sujeto activo de derechos. (De Lellis et al., 2011 p.8)

La Ley se presenta, según estos autores (2011), como punta de lanza de un nuevo modelo de atención el cual debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud y promoviendo, restituyendo o reforzando los lazos sociales (Art. 9°) (p.9).

En el artículo 14, a la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, por lo que debe llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones que puedan ser realizables en su entorno familiar, comunitario o social. En este sentido se plantea, en el artículo 15, que la internación debe ser lo más breve posible, siempre en función de los criterios terapéuticos e interdisciplinarios, y que bajo ningún caso puede ser indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

En el capítulo V se especifica la modalidad de abordaje, en el artículo 8° se establece que debe promoverse la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería terapia ocupacional y otras disciplinas y campos pertinentes.

Así mismo el capítulo VI está reservado exclusivamente al funcionamiento del equipo interdisciplinario y en su artículo 13° establece que los profesionales con título de grado están en

igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios e instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. De esta manera queda planteada una redistribución del poder al interior del equipo interdisciplinario, rompiendo con la autoridad hegemónica que históricamente ejercida por la psiquiatría por sobre el resto de los saberes.

## **II.MARCO METODOLÓGICO**

### **Tipo de diseño**

Para esta investigación se decidió trabajar desde una lógica y una estrategia cualitativa, entendemos que es la más adecuada para la realización de este estudio ya que este diseño otorga la flexibilidad requerida para su ejecución. La complejidad del campo de la Salud Mental requiere considerar aspectos históricos, sociales, institucionales y subjetivos. La estrategia cualitativa tiene carácter interpretativo y reflexivo que permiten el abordaje de la complejidad de este objeto de estudio. Es en este sentido que retomamos el postulado que realiza Sirvent (2006) respecto de la lógica cualitativa:

Comprender implica captar el significado, el sentido profundo que las personas y los grupos le atribuyen a sus acciones; la trama histórica y dialéctica, a veces llena de contradicciones que da sentido a sus vidas, a sus acciones, las luchas sociales, las fuerzas contradictorias, económicas, políticas y sociales que se entraman y se procesan en las historias de vida individual y social. (p.18)

Se trabaja con la implicación del investigador en la construcción que este realiza de dichos significados de la realidad estudiada sin pretender una neutralidad valorativa. En este sentido, el objeto de estudio se constituye según estos significados del mundo y la actuación en el mundo de los actores y el investigador y no en objetos medibles y cuantificables. (p.19)

Por su parte, Maxwell (1996) postula al diseño de investigación cualitativa como “proceso interactivo que involucra “virajes” (Geertz, 1976, p. 235) hacia atrás y adelante entre diferentes componentes del diseño, evaluando las implicancias de los propósitos, teoría, preguntas de investigación, métodos, y amenazas de validez de uno por el otro.” (p.3) Considera al diseño como una estructura subyacente de los componentes del estudio y la interacción de los mismos reconociendo la importancia de esta interacción e interconexión de los elementos del diseño ya que posibilita su modificación o readaptación durante el estudio como respuesta a nuevos desarrollos o cambios en algunos de sus componentes.

El diseño de investigación cualitativa escogido para realizar nuestro trabajo investigativo, se plantea como un modelo interactivo que posee una estructura definida, interconectada y flexible.

Consideramos que favorecerá la concreción de los objetivos de dicho estudio ya que posibilita un proceso reflexivo en cada etapa del proceso, que permite re-direccionar y reorganizar la investigación.

### **Selección del contexto**

La unidad de estudio de nuestra investigación es el dispositivo alternativo “Emilianas” del Hospital “Dr. Emilio Mira y López” de la ciudad de Santa Fe, en tanto la unidad de análisis para llevar adelante la presente investigación se compone por los coordinadores de dicho dispositivo.

### **Tipo de muestra**

Para nuestro estudio realizamos un muestreo de tipo intencional ya que se trata de un trabajo que tiene una intencionalidad determinada y un recorte específico donde no tiene relevancia alguna un muestreo estadístico.

El criterio para la selección de la muestra quedó formulado de la siguiente manera: coordinadores del dispositivo “Emilianas” con disponibilidad para la realización de las entrevistas, procurando la representatividad de los distintos saberes y disciplinas profesionales.

### **Técnicas de recolección de información**

Como técnica de recolección de la información, utilizamos las entrevistas cualitativas definidas por Teylor y Bogdan (1987) como flexibles, dinámicas, no estandarizadas y no estructuradas.

Estos autores refieren que la entrevista no se reduce a un protocolo o formulario estandarizado, sino que apunta a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones expresadas con sus propias palabras donde el investigador se instala como el instrumento de la investigación para la comprensión del recorte de la vida social que se pretende conocer.

Este trabajo propone obtener un entendimiento calado de la problemática a investigar. A tal fin la técnica descripta permite el acercamiento a los estratos más singulares de la unidad de estudio. Es menester aclarar que, para alcanzar los objetivos planteados en este estudio, optamos por realizar entrevistas semi- dirigidas para garantizar la obtención de los datos necesarios para nuestro posterior análisis y también a los fines de optimizar el rendimiento de los encuentros. Consideramos que esta elección mantiene la coherencia necesaria acorde a los objetivos y al tipo de diseño que la investigación postula.

### **Técnica de análisis de datos**

Para el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas utilizamos la técnica de Frases Significativas propuesta por Badano y Díaz (s.f) definida por ellos como flexible y artesanal que propone un modelo ágil y práctico para operar sobre la entrevista como texto en dos aspectos: los temas y los modos. Los temas, refieren estos autores, son las dimensiones argumentativas sobre materias en

particular (trabajo, familia, amistad, etc.) las reiteraciones que van a enmarcar la pertinencia de las palabras y ordenar la situación temporal y espacial de la persona. Durante el análisis fueron emergiendo categorías temáticas que organizaron los ejes descriptivos e interpretativos.

Por su parte, los modos son definidos como conceptos cercanos a la experiencia. Entendiendo que lo que se dice está ligado a un significante y no a otro (para esa persona en esa instancia de enunciación), la relación entre éste y el significado que se construye no es azarosa sino la forma en la que se determina el contenido. Estas expresiones en las que se densifica el sentido y se personaliza el punto de vista, es para los autores “el corazón del análisis”. Son estas categorías de sentido, unidades de significación, que lanzan la entrevista al extremo de la significación. (Badano y Díaz)

A partir de las significaciones singulares que surgieron de las entrevistas y de su articulación con las categorías temáticas realizamos una construcción interpretativa y teórica inductiva-deductiva arribando a una descripción, que los autores llaman “analítica”.

Por lo dicho anteriormente, consideramos que esta técnica nos permitió, atendiendo la singularidad de cada entrevista, una aproximación a los ordenadores de sentido, los modos de entender y habitar el mundo, es decir, las significaciones imaginarias sociales.

## IV. ANÁLISIS

A fines de facilitar la lectura y comprensión, los datos obtenidos en entrevistas realizadas a los coordinadores del Dispositivo Emilianas, serán analizados a partir de tres ejes organizadores. Utilizaremos las cursivas para distinguir los enunciados de las unidades de análisis, los coordinadores. Estos enunciados utilizaremos C1, C2, C3 y C4 respetando el orden de las entrevistas realizadas y expuestas en el anexo.

### Eje 1 Emilianas

Como hemos desarrollado a lo largo de este trabajo, las prácticas sociales en tanto construcciones devenidas de un proceso, se inscriben en un contexto histórico y social determinado. Por esto consideramos necesario que sean leídas a partir de las coordenadas históricas, socio económicas, políticas, institucionales, etc., en las que estas prácticas se enmarcan.

En las entrevistas realizadas podemos encontrar distintas referencias de estas coordenadas para dar cuenta, no sólo del surgimiento del dispositivo, sino también de los avatares sorteados y movimientos del dispositivo a lo largo de los años y en la actualidad.

#### 1.a) Surgimiento del dispositivo

En cuanto al surgimiento del dispositivo encontramos referencias a su relación inaugural a partir del marco legal otorgado por la de la Ley 10.772 de Salud Mental de la provincia de Santa Fe sancionada en el año 1991.

*“Las Emilianas se crea en ese marco donde se quiere impulsar, a través de la Ley de Salud Mental Provincial, este tipo de dispositivos (...)” (C2) (p.104)*

*“En la Ley Provincial se incorpora en un artículo la promoción de dispositivos sustitutivos y enuncia algunos, entre los que menciona casas de medio camino y emprendimientos productivos. En ese marco (...)se promueve este dispositivo (...)” (C1) (p.91)*

Los criterios de esta ley se apoyaron en las coordenadas propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en la segunda mitad del siglo XX: la Declaración de Alma-Ata (1978), la Carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Caracas (1990), pronunciamientos que tienen, a su vez, como fundamento la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU en 1948. (Giraud y Gil, 2021, p.7)

Para De Lellis (2011) la Ley provincial santafesina propone la transformación del modelo custodial por el de un modelo de atención basada en la comunidad considerando a la internación como última instancia manifestando la necesidad de implementar alternativas de tratamiento que privilegien la libertad del paciente y que eviten el distanciamiento de sus vínculos familiares, sociales y comunitarios. A su vez se especifican plazos para la transformación de establecimientos de internación en salud mental, indicando

que en caso de que la misma sea necesaria se realizará en servicios de salud mental de hospitales generales (p.16).

Expusimos anteriormente los procesos de transformación en las políticas de Salud Mental en la provincia a partir de la experiencia de Rosario y Oliveros ya que entendemos que fueron éstas experiencias de colectivos de trabajadores las que impulsaron diversas prácticas por fuera del orden manicomial establecido, logrando legitimidad institucional estableciendo nuevas lógicas de abordaje. Es menester destacar nuevamente estas experiencias ya que consideramos que el abordaje epistemológico, metodológico y jurídico de estas prácticas en relación al sufrimiento psíquico quedó plasmado en la Ley de Salud Mental provincial.

En otra de las entrevistas, encontramos una referencia más específica sobre el surgimiento de Emilianas ubicándolo a partir de la reglamentación de la Ley provincial.

*“(...)el emprendimiento surge cuando se reglamenta la Ley Provincial de Salud Mental. Esa reglamentación fue un trabajo de la Dirección Provincial de Salud Mental que se había re-creado, reinstaurado en el año 2003-2004 después de la inundación, fue un trabajo muy transversal, hubo muchas instancias de debate y de discusión. (C1) (p.91)*

A partir de esta frase, retomamos la función estratégica que plantea Foucault (1991) en cuanto a la génesis de todo dispositivo. Como ya mencionamos el dispositivo, en tanto red de saberes y poderes, se constituye en este juego de relaciones y se sitúa siempre en un contexto histórico espacial y temporalmente específico. En tanto, su función es la de responder a una urgencia histórica concreta de un tiempo y espacio singulares. En este sentido Fanlo (2011) menciona que la emergencia del dispositivo se ajusta a una determinada coyuntura de fuerzas respondiendo a un acontecimiento que lo hace aparecer, por lo que resulta necesario establecer las condiciones de emergencia ya que viene a modificar un campo de relaciones de poder y saber ya establecido (p.2).

Pasaron 16 años desde la promulgación de esta Ley (1991) hasta la sanción de su Decreto Reglamentario 2155/07 (2007) en el que se reglamentaron 13 de 29 artículos. Se destaca a la inundación como evento que dio lugar a la reactivación de un trabajo colectivo que, como referimos anteriormente, impulsó la ley provincial. En el nuevo escenario social, político y sanitario se reinstala el debate sobre las prácticas y los abordajes en salud mental y la necesidad de revisión de las mismas al tiempo que se busca consolidar el marco legal que las ampare a través de la reglamentación de la ley.

Consideramos necesario mencionar algunas de las características de la inundación para comprender el impacto psicosocial y sanitario en la ciudad de Santa Fe y en la provincia. En abril de 2003 se produjo la catástrofe hídrica que afectó a un tercio de la ciudad, de sectores bajos y medios que sufrieron pérdidas materiales y afectivas. Las cifras oficiales indican 75036 evacuados en 460 centros de evacuación y 20 muertos además de auto evacuados. Hubo problemas con el abastecimiento de agua potable, energía eléctrica y gas, suspensión de recolección de residuos, desagües sanitarios y pluviales, las rutas de acceso

anegadas para los servicios y la ayuda de otras localidades lo que provocó innumerables problemas en la situación sanitaria en toda la ciudad.

El incremento sostenido de las consultas en salud desbordaba las posibilidades de los consultorios externos de los hospitales y pone de manifiesto la urgente necesidad de un abordaje en salud mental con anclaje comunitario y territorial. Es en este marco en el que se crea la Dirección Provincial de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud, que dispone incorporación de profesionales para dar respuesta a las demandas de asistencia en el territorio. Se conforman diversos dispositivos de salud mental de carácter territorial con el objetivo de acompañar y trabajar junto a organizaciones sociales, culturales, deportivas, de salud y asistencia para fortalecer los lazos sociales, proyectos solidarios, fomentar una lógica de participación comunitaria en los barrios damnificados.

Es importante tener en cuenta el escenario en el que se produce la inundación en Santa Fe, puesto que el país apenas se encontraba iniciando un proceso para salir de la crisis social, económica, política e institucional estallada en 2001, fruto de años de políticas públicas neoliberales. El sistema de salud público se encontraba desfinanciado, las pérdidas de empleo y poder adquisitivo hizo que la atención sanitaria de las obras sociales y el sector privado se volcaran a las instituciones del sector público devastado e ineficaz para responder a las demandas.

En otra de las entrevistas se menciona el Decreto reglamentario de la Ley provincial como marco que encuadra, impulsa y posibilita la creación del dispositivo:

*(...) la letra de la Ley en sí misma no tiene demasiados puntos concretos de transformaciones. Pero en la reglamentación (...) se incorpora en un artículo la promoción de dispositivos sustitutivos y enuncia algunos, entre los que menciona casas de medio camino y emprendimientos productivos.”(C1) (p.91)*

El Artículo N°18 de la ley provincial de salud mental establece los plazos para la transformación de los establecimientos de salud mental con internación y el rol del Estado en cuanto a arbitrar los medios y promover la implementación de medidas alternativas en salud mental como ser: servicios con y sin internación en hospitales generales, atención domiciliaria, centros de atención en la comunidad, servicios de emergencia, hospitales de día, casas de medio camino y talleres protegidos. Se define como servicio alternativo a aquellos dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos, educativos y culturales orientados a sostener prácticas de asistencia al sufrimiento humano no expulsivas, que no generen exclusión y encierro, que respeten los derechos humanos, y permitan el desarrollo de sus capacidades y su inclusión en ámbito comunitario.

Este artículo plantea la transformación progresiva y gradual de los hospitales psiquiátricos en hospitales interdisciplinarios con el objetivo de erradicar las lógicas manicomiales: medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo indeterminado, aislamiento social, silenciamiento,

ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad. (Decreto Reglamentario 2155/07 Ley 10.772).

Para la sustitución de prácticas manicomiales en hospitales y la formalización de nuevos dispositivos sustitutivos de lógicas manicomiales se establece un reglamento básico. A este fin será prioritaria la asignación de recursos a los servicios y dispositivos alternativos, realizando una adecuación y refuncionalización del presupuesto que priorice la construcción de redes de asistencia y la APS como eje transversal en los tres niveles de intervención en salud.

Es menester retomar lo anteriormente expuesto en este trabajo (p.35) sobre el proceso de surgimiento de intervenciones y políticas sustitutivas a las lógicas manicomiales. En tanto proceso consideramos es inacabado y constantemente atravesado por las coyunturas sociales y políticas como es el caso de la reglamentación de la ley provincial luego de la inundación, que vino a poner de manifiesto la necesidad urgente de políticas públicas que impulsen intervenciones y dispositivos sustitutivos.

### **1.b) Funcionamiento y objetivos del dispositivo**

En cuanto al funcionamiento del dispositivo y a sus objetivos, lo primero que surge en las entrevistas realizadas es la referencia a la restitución de derechos.

*“(...)surge en esta perspectiva del campo de la Salud Mental, en una idea de restitución de derechos. (...)Hay una sustracción de múltiples derechos cuando una persona presenta padecimientos subjetivos. En este caso se aborda el tema del trabajo.” (C1) (p.92)*

A partir de esto, podemos pensar entonces en la función social del trabajo ya que permite el ingreso a un sistema social de derechos y deberes otorgando pertenencia a un colectivo a partir de los intercambios que este genera.

En este sentido Correa (2013) plantea que el mundo del trabajo consiste para el sujeto en una conquista de derechos y ciudadanía en tanto allí se ponen en juego tensiones entre la afirmación de sí, el reconocimiento social y las condiciones objetivas que intervienen sobre las posibilidades y oportunidades de acceso a la integral de derechos (p.192).

Para Moise (2000) el trabajo es una de las vías más fuertes de satisfacción para el sujeto en tanto constituye una actividad social que lo incorpora en la comunidad como productor (p.121).

La necesidad de restituir el derecho al trabajo reside en que, a partir de la incorporación al mundo del trabajo es que el sujeto obtiene un lugar, reconocimiento y valoración social. De esta manera, el trabajo para el sujeto, además de ser un medio de subsistencia, es una fuente de placer y valoración en tanto aporta un sentido de utilidad y trascendencia personal, social y comunitaria.

### **-Inclusión a partir del trabajo**

*“El objetivo general sería (...) restituir derechos a una población altamente vulnerada. (...) la posibilidad de una inclusión al trabajo. El derecho, sobre todo, a la posibilidad de trabajar y todo lo que eso significa en una persona, el enlazarse a través del trabajo(...)” (C2) (p.107)*

Para Correa (2013) la inclusión en el mundo del trabajo implica un movimiento de construcción y reconstrucción, objetivo y subjetivo, en las complejas tramas de las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas, en las que opera el reconocimiento social de derechos (p.189).

En este sentido Moise (2000) postula que la inclusión en el aparato productivo y de consumo integran al sujeto en un ámbito social y comunitario otorgándole los soportes imprescindibles para el lazo social (p.140). La inclusión al trabajo implica para Cohen y Natella (2007) un papel activo en la reconstrucción de nuevos lazos e interacción social apuntando a hacer prevalecer el derecho de vivir una existencia humana completa (p.84).

*“Emilianas es un dispositivo de Salud Mental y eso no nos lo tenemos que olvidar nunca.” (C3)(p.113)*

*“A muchos de los trabajadores, participar del Emprendimiento lo ha hecho pasar de ser un paciente a ser un trabajador. Entonces eso hizo que dentro del hospital se lo vea de otra manera, que la familia lo vea a él o la trabajadora de otra manera y el barrio lo vea de otra manera, los vecinos...” (C3) (p.112)*

*“(...) nosotros les decimos trabajadores, ni siquiera usuarios, son trabajadores o emprendedores como modo de significarlos también (...)” (C2, p.104)*

Estos extractos hacen referencia a la manera en la que la inclusión en el sistema productivo de la sociedad, el estatus y valorización social que el sujeto adquiere a partir del trabajo se convierte, a partir de la participación en el dispositivo, en una estrategia de salud compleja que va más allá de la remuneración económica por la tarea realizada.

Cohen y Natela (2007) afirman que existen numerosos y variados aspectos que confluyen y permiten que el trabajo sea considerado y valorado como una herramienta de salud. En este sentido destaca que brinda la posibilidad de aprender, ejercitar y perfeccionar las habilidades de las personas. Así mismo se refuerza su autoestima y autovaloración, como también una nueva valoración social, en tanto trabajador, dentro del sistema social de producción e intercambio. Este sentido de valoración actuará también sobre las representaciones sociales de la comunidad al ubicar al ‘loco’ como alguien con capacidad de crear, producir y trabajar como todos los ‘normales’. Se modifican así prejuicios y conductas de marginación muy arraigados (p.84).

*“Generalmente las personas que se incluyen en Emilianas tienen un mejoramiento en la calidad de vida y en sus relaciones e incluso en la mirada que pueda tener la familia de ellos. Cambian mucho las representaciones de la familia y también de la comunidad hacia el emprendedor o paciente.” (C2) (p.105)*

El trabajo además de ser una fuente de generación de ingresos para la subsistencia material de los sujetos, también puede ser pensado, como propone Moise (2000) como un medio para satisfacer necesidades personales que catalizan las capacidades sociales causando importantes efectos sobre la calidad de vida de los sujetos (p.142), en tanto acto social productor de salud en los sujetos y las comunidades.

*“Entonces se generan un montón de vínculos, de amores, de desamores, de encuentros, de peleas. Que es la vida. Es la vida que parecía guardada, metida en una sala de internación o en una habitación y que empezó a salir al mundo. Es eso.” (C2) (p.110)*

Moise (2000) sostiene que el ámbito laboral provee a los sujetos de vínculos exogámicos que van a confirmar su pertenencia social y comunitaria incluyéndolo en objetivos sociales más amplios al tiempo que posibilita relaciones sociales sólidas (p.140).

Así mismo refiere que la integración social a partir del trabajo posibilita a los sujetos, en tanto actores sociales, circular en los niveles simbólicos de las relaciones sociales adquiriendo, a partir de ellas, mayores recursos psicológicos para realizar acciones que puedan transformar sus condiciones de existencia (p.129).

### **-El trabajo como ordenador y productor de salud**

*“El trabajo te acomoda bastante porque te hace levantarte a una hora, te hace acostarte temprano porque al otro día tenes que estar bien para la tarea que tenés que cumplir.... y este ordenamiento ha evitado más de una internación de los trabajadores, en estos diez años. Y eso no es poco.” (C3)(p.112)*

Se plantea a las condiciones materiales del trabajo como factores que tienen estrecha relación con la producción de salud en el dispositivo. Puesto que la jornada laboral impone ciertos códigos, estipula horarios y responsabilidades, produce una estructuración y ordenamiento del tiempo, los espacios, los vínculos, los hábitos y costumbres en la vida cotidiana del trabajador y también a su familia. De esta manera el trabajo funciona como organizador central en la vida, social y personal a partir del cual se construye una cotidianeidad ordenada y saludable.

*“(...) trabajadores que han estado muy depresivos por no encontrar una salida laboral después de haber perdido su trabajo.” (C3) (p.116)*

La pérdida de trabajo y/o la imposibilidad de acceso al mismo, implica problemas para la subsistencia y trae aparejados sentimientos de desprotección y desvalorización lo que puede afectar negativamente las relaciones interpersonales y afectivas.

Se produce entonces, como plantea Moise (2000), una fragmentación social y subjetiva en tanto se fracturan los lazos solidarios que constituyen el soporte del sujeto y de su historia (p.126). En este

sentido la autora advierte que, cuando este ordenador se fractura la identidad se ve directamente afectada lo que produce alteraciones en los ritmos vitales del sujeto. Así mismo, postula que el impacto subjetivo que conlleva la desocupación en relación al deterioro de la salud en general y a la salud mental en particular. En tanto la falta de perspectiva y proyecto de vida, se ubica en la génesis de distintas formas de padecimientos subjetivos (p.142).

Como hemos desarrollado anteriormente el trabajo, en tanto derecho, es considerado como elemento indispensable para la restitución de otros derechos fundamentales como también para la producción de salud dentro del dispositivo. Se plantea entonces la necesidad de equilibrar ambas funciones del dispositivo: dispositivo en salud mental y emprendimiento productivo para la supervivencia y continuidad del mismo.

*“(...) para que ingresen más trabajadores tiene que haber más trabajo. Los trabajadores del Emprendimiento se distribuyen un excedente de ganancias en relación a su trabajo.” (C1)(p.92) “(...) ir buscando un equilibrio, un balanceo entre el dispositivo y lo que necesita la empresa social como tal, para poder sostenerse y generar recursos.” (C2)(p.107)*

Amarante (2016) plantea que, en las empresas sociales, el trabajo no se inscribe como una actividad terapéutica en tanto prescrita, o protegida como en un taller, tampoco es una forma de ocupación del tiempo ocioso o forma de control institucional, sino que se convierte en una estrategia de ciudadanía y emancipación social (p.51).

El trabajo aparece nuevamente como anudador central en tanto condición necesaria de ingreso y ordenador del funcionamiento del dispositivo, lo que establece la diferencia con un taller protegido.

*“(...)es lo que lo hace diferente a un taller. Quien ingrese a Emilianas tiene que recibir una retribución por su trabajo, porque es un trabajo.” (C1) (p.93)*

*“Nosotros siempre lo tratamos como de diferenciar, no desde una connotación en términos de malo o bueno sino por una diferencia, con los talleres. La idea no es hacer talleres, talleres laborales, sino generar trabajo.” (C1) (p.92)*

*“Necesitamos producir y necesitamos facturar, sino, se cae. Porque no es un taller protegido.” (C2) (p.108)*

En los párrafos precedentes caracterizamos el trabajo como ejercicio de derecho fundamental, y es en este sentido que se distancia de las concepciones proteccionistas que caracterizan los talleres laborales. Al respecto Cohen y Natella (2007) refieren que en los espacios de laborterapia se realiza una tarea protegida, en cambio la creación de empleo en el mercado laboral potencia habilidades y responsabilidades permitiendo volcar un producto reconocido y valorado por el entorno social como también por el sistema productivo. Estas características promueven la igualdad en capacidades y

competencias lo que refuerza notablemente la autoestima de las personas que fueron históricamente marginadas (p.83).

### **-Las asambleas**

*“Ya desde el comienzo todo se resolvía en asamblea y así fue surgiendo.” (C2, p.113)*

*“Después hicieron unas galletitas que, en una asamblea, se decidió que se llamen Las Emilianas por el Dr. Emilio Mira y López, de ahí salen Las Emilianas.” (C2, p.103)*

El espacio de asamblea se configura como parte fundacional del dispositivo mismo ya que a partir de éstas surge algo tan constitutivo como el nombre del emprendimiento, el que se encuentra también en estrecha relación con la conformación de su identidad.

*“Los primeros ingresos, los trabajadores(...)decidieron que no se distribuyan sino re invertirlos.” (C2, p.103)*

Es desde los inicios del dispositivo que las asambleas se constituyen como espacio inaugural de debates, discusiones y toma de decisiones en relación al modo de funcionamiento del dispositivo y su devenir. Podemos pensarlo como un espacio de construcción constante y permanente, a través de la palabra y el intercambio, del camino a recorrer que hace al dispositivo mismo y de la identidad de los trabajadores en tanto tales.

*“La propuesta siempre fue trabajar desde la lógica de cooperativa. Todo se decide en asamblea. Se intenta. No quiere decir que se pueda siempre (risas).” (C2, p.104)*

*“(…) se trabajó mucho en asamblea es ¿qué se hace cuándo se cobra, se divide todo?” (C2, (p.106)*

*“Se discute todo en asamblea, hay una cuestión de horizontalidad y de la tendencia a democratizar que está muy fuerte. Las estrategias se discuten en equipo y no es que el cocinero porque sea cocinero no puede opinar.” (C2, p.105)*

Si pensamos las asambleas como espacio de construcción, hablamos de una construcción participativa, democrática y horizontal en doble sentido, disolviendo las jerarquías entre los trabajadores y el equipo de coordinación. Este modo de funcionamiento rompe con la lógica paternalista de poder y autoridad que caracterizó a los tratamientos médicos occidentales. Se menciona además un funcionamiento horizontal en cuanto al diseño de estrategias de intervención al interior del equipo, en tanto no se establece ningún tipo de superioridad disciplinar o de saberes.

Las reuniones en asambleas pueden considerarse como instancia terapéutica privilegiada y también como herramienta de gestión, organización y evaluación de las actividades ya que promueven la democratización en los intercambios y construcciones de intereses y objetivos, que permiten consolidar la función de estos espacios. (Galende, 1990, p.144)

Se destaca la importancia del espacio de asambleas para evaluar los modos y estrategias de abordajes a partir del modo en que cada trabajador se implica o se siente convocado en cuanto al dispositivo.

*“(…) para los abordajes, creo que es un lugar que permite ver, cada emprendedor, a donde apunta, a donde está, cómo pueden surgir ideas(…). Qué es lo que lo va convocando a cada uno en el Emprendimiento. Para algunos es el dinero, para otros es el encuentro con otros(…).” (C4)(p.124)*

En relación a este último párrafo vemos como las asambleas se constituyen como espacio de intercambio que habilita el despliegue de la palabra de los trabajadores. En este sentido, ocupa un lugar privilegiado para la construcción, diseño y re diseño de las estrategias de abordaje e intervención.

Las asambleas operan en un movimiento bascular entre las funciones del dispositivo: emprendimiento y producción de salud. Podemos pensar entonces la manera, siempre dinámica, de ajuste y reajuste estratégico, función que caracteriza a los dispositivos tal como lo enuncia Foucault.

### **1.c) Pandemia**

Tomar a la pandemia como contexto de nuestra investigación, nos permite poner en tensión los conceptos de salud, cuidado, aislamiento y trabajo, y cómo estos se resignifican en relación a la continuidad del funcionamiento del dispositivo.

La crisis sanitaria producida por la pandemia tuvo innegables efectos en la salud de todas las personas. En tanto evento disruptivo, se vieron alteradas las cotidianidades individuales y colectivas.

*“La pandemia planteó un contexto nuevo que atravesaba a cada emprendedor de diferentes modos, porque también significó un aislamiento de la familia, un aislamiento de las redes sociales de ellos. (...)muchos quedaron encerrados en sus casas por ser grupo de riesgo, la preocupación por sus compañeros y sus familiares, el encierro.” (C4, p.120)*

Se modificaron radicalmente las rutinas, temporalidades y los espacios, los modos de vinculación, las modalidades de producción, de trabajo y todas las relaciones sociales en general. Este contexto generó diversos y variados efectos en la salud, incluida la salud mental de los sujetos. Los efectos se relacionan con distintos factores como: las condiciones socioeconómicas de vida, las redes y lazos sociales de los sujetos y las posibilidades de acceso a la salud.

Surge la preocupación sobre el sostenimiento material del emprendimiento, dado que no podían realizarse servicios de catering -principal fuente de ingreso de dinero-, a raíz de las medidas preventivas de ASPO que suspendieron eventos y reuniones sociales. Por otra parte, el espacio donde estaba ubicada la cantina del CEMAFE se dispuso para el funcionamiento del triage. Además, la cantina del Mira y López, única fuente de ingresos en ese momento, se encontraba afectada por la poca circulación de gente y potenciales clientes.

*“Cómo para ellos, o muchos de ellos, el ingreso de Emilianas es fundamental, no es algo que suma, es un dinero que la familia o ellos mismos lo utilizan para poder sobrevivir, entonces no era menor pensar en esto.” (C4, p.120)*

La pandemia planteó entonces un doble desafío: por un lado, generar trabajo y ganancias que permitan sostener al emprendimiento y a sus trabajadores, y por otro, garantizar los cuidados de salud necesarios de aquellos trabajadores que eran pacientes de riesgo.

*“Se tomaron decisiones en asamblea y se decidió que había que trabajar igual, aunque no se cobrara. Se decidió que todos tenían que cobrar, aunque no pudieran estar yendo a trabajar.” (C1, p.95)*

Sobre este enunciado nos parece interesante destacar el rol de las asambleas como ámbito de discusiones y acuerdos pero, sobre todo, la apuesta constante de Emilianas a la participación horizontal en la toma de decisiones y al sistema solidario de cooperativa, aun en un contexto plagado de temor e incertidumbres como fue el de la pandemia.

Durante el primer periodo del ASPO, las estrategias diagramadas por los coordinadores fueron de acompañamiento y sostén, de manera telefónica o realizando visitas.

*“Entre los coordinadores nos distribuimos, hicimos como sostén telefónico (...) atentos a cuestiones de salud, de sus tratamientos, gestionando y articulando si alguno se había quedado sin medicación.” (C1) (p.94)*

Mientras llevaban a cabo estas intervenciones, los coordinadores empezaron a percibir la fuerte necesidad de poder sostener algo de su cotidianidad en relación al contacto y comunicación con sus compañeros de trabajo, muchos de los cuales no contaban con los medios tecnológicos necesarios.

El contexto de pandemia expuso problemáticas históricas, profundizando muchas de ellas. Stolkiner (2020) plantea que, en materia de desigualdades, no solo se trata las condiciones materiales de vida, y el acceso a derechos de subsistencia en general. Sino también la desigualdad en el acceso a determinados bienes simbólicos, en particular a los recursos tecnológico-informáticos y conectividad, carencia que no solo se relaciona con las situaciones de pobreza, sino también con un grupo etario.

*“(...) había varios que no tenían celular, entonces se empezó a disparar toda una cosa de: grabarse mensajes, entonces nosotros éramos el vehículo, hacíamos visitas domiciliarias y les hacíamos escuchar el video que le había grabado el compañero (...)” (C1, p.94)*

Apelando a la creatividad, los coordinadores diseñan una especie de dispositivo paralelo, el que operó como andamiaje, que permitió sostener la esencia misma del dispositivo que son los trabajadores y los vínculos que en relación al trabajo se construyen. En este sentido, retomamos lo planteado por Stolkiner (2020) en relación a que algunas personas con diagnósticos de “trastornos graves” y antecedentes psiquiátricos, no han mostrado agravamientos notables en sus cuadros al haber podido mantener, de alguna manera, sus soportes sociales y terapéuticos.

Siguiendo la línea planteada por la autora, podemos pensar que este andamiaje de apoyo y sostén articulado por los coordinadores, permitió mitigar o contrarrestar los posibles efectos negativos en los trabajadores, ante las medidas de aislamiento.

Nos parece importante destacar que la pandemia planteó también un escenario de incertidumbre general, y en particular sobre la continuidad de los proyectos de vida de los sujetos.

*“Nuestros trabajadores estaban desesperados por volver a trabajar. “(...)si bien no tuvimos ninguna crisis muy grave, necesitaban volver.” (C3, p.117)*

*“(...)empezaron a aparecer situaciones de mucho encierro, fobias, crisis. Una demanda terrible de volver a trabajar de ellos y entonces hubo que recrear todo.” (C2, p.108)*

Ante la demanda constante de los trabajadores por retomar su cotidianeidad laboral y todo lo que ella implica, se decide volver a trabajar, tomando las medidas de cuidado adecuadas al caso. Cohen (2013) destaca la importancia de las cotidianidades, en tanto pueden ser un factor terapéutico en la medida que representen fortalecimientos de aspectos saludables. El trabajo en Emilianas, ciertamente, se encuadra en los términos planteados por el autor.

En este sentido, consideramos que el equipo coordinador, a la hora de retomar las actividades laborales, evalúa y prioriza fundamentalmente la salud en términos integrales, en relación a la producción de la misma a partir del trabajo en el dispositivo.

*“A muchos les costó muchísimo el encierro...nuevamente. Entonces fue trabajar con ellos también, y entender que el encierro tenía que ver, en este caso, con algo que era un cuidado de salud y no como cuando hablamos de los encierros manicomiales que saben no provocan salud.” (C4, p.120)*

Si bien las medidas de aislamiento tenían el propósito de impedir el contagio, para muchos de estos trabajadores -que ya vivieron situaciones de aislamiento real o simbólicas- tuvieron como efecto el alejamiento de sus vínculos, sus espacios y toda la cotidianeidad construida a partir del dispositivo, poniendo en juego, además, su identidad laboral. En este sentido, nos resulta indispensable la intervención del equipo coordinador con los emprendedores, para poder resignificar las experiencias de encierro y aislamiento, en términos de cuidado colectivo y solidario y no como una nueva forma de exclusión.

En cuanto a las medidas de adoptadas en el hospital retomamos las siguientes referencias: *“(...) trataron de sacar la cantina de Emilianas para poner el triage de covid (...) de hecho, en el cemafe donde teníamos la cantina pusieron el triage. Frente a algo que se podría haber manejado de otra manera, poniendo una carpita afuera o usando algún consultorio, movieron a los locos de la cantina y armaron el triage.” (C3, p.117)*

En este extracto se hace referencia a la contraposición de intervenciones y lógicas en relación a la salud. Consideramos que la decisión institucional política de desarticular espacios vinculados a

prácticas alternativas, se relaciona -entre otras cosas- con la falta de integración de las políticas de salud mental al sistema de salud general, expuesta por la pandemia (Stolkiner 2022).

Otra de las referencias menciona las medidas adoptadas en relación a los pacientes de las salas de internación: *“Les pusieron todo un corralito, por eso, en pos del cuidado fue bastante feo eso.”* (C4, p.121)

En nombre del cuidado de los pacientes, se retoman prácticas de aislamiento que consideramos que responden a lógicas de tinte manicomial. Retomamos a Faraone et al. (2021) quienes plantean que, para evitar el contagio y en pos de una supuesta protección de las personas internadas, se recrudecieron concepciones tutelares y biomédicas, eliminando la posibilidad de intercambios, salidas y circulación en el propio hospital (p.3).

En cuanto a los aspectos que pueden rescatarse como positivos que dejó la pandemia, retomamos los siguientes pasajes: *“(..)la pandemia también nos ha exigido reinventarnos y buscar diferentes alternativas. “(...) generar productos, generar ventas especiales, con productos con valor agregado. Entonces decimos nació una nueva unidad productiva.”*(C1) (p.94)

*“Nos llamó la atención que tenemos clientes que por ahí, no se de donde han salido, (...)está bueno poder utilizar esa vía de comunicación cliente-proveedor para poder bajar algún tipo de línea con respecto a para qué sirven este tipo de dispositivos y empresas sociales.”* (C3, p.119)

A partir de esta reinención, surge el nacimiento de una nueva unidad productiva, que a su vez permitió de relacionarse con el afuera del hospital a partir de las redes sociales. Consideramos pertinente retomar la noción de dispositivo foucaultiana en relación a sus características de sobredeterminación funcional, como capacidad de reajuste a partir del desajuste entre objetivos y efectos. Y también la de relleno estratégico, que refiere a la capacidad de reutilización de esos efectos imprevistos en la dinámica general propuesta por el dispositivo mismo.

*“(...)en relación a estos dispositivos sustitutivos faltan muchísimas políticas públicas que puedan acompañarlos. Que un dispositivo sustitutivo, en medio de una pandemia, tenga que pensar veinte mil maneras de sobrevivir, no teniendo ninguna política que acompañe que da cuenta de que la nación y la provincia no están pensando en la importancia de generar ciertas condiciones(...)”* (C4) (p.125)

En cuanto a los dispositivos alternativos, Faraone et al. (2021), afirman que la pandemia también se consolidó como un analizador, dejando al descubierto las desarticulaciones profundas entre los niveles de atención en el campo de la salud mental. Así mismo, también se evidenció la diversidad y potencialidad de experiencias que los equipos y las/os usuarias/os fueron capaces de construir (p.4).

*“(...) lo que surgió fue justamente todo lo que el Emprendimiento, por lo que el Emprendimiento fue creado y sobre lo que se sustenta: se generaron lazos increíbles de pertenencia.”* (C1) (p.94)

Finalmente rescatamos cómo, a pesar de la falta de decisión política e inversión en recursos que acompañen y sostengan dispositivos alternativos, Emilianas ha podido reinventarse para sortear los complejos desafíos que planteó el contexto de pandemia. El emprendimiento no sólo pudo sobrevivir a las embestidas, sino que se vio fortalecido a partir del compromiso sentido de pertenencia de sus trabajadores y coordinadores.

## **Eje 2 Intervenciones alternativas en el marco de la Ley de Salud Mental**

### **2.a) Ley de Salud Mental**

Nuestra investigación se inscribe en el marco jurídico, sanitario, social y político que otorga la Ley de Salud Mental 26.657. En este sentido cobra gran relevancia para nuestro análisis. Si bien el surgimiento del dispositivo Emilianas es previo a la sanción de la ley nacional, ésta última otorga un marco más amplio y completo para el desarrollo de sus prácticas.

En primera instancia, retomaremos algunos extractos de entrevistas sobre la ley de Salud Mental: sus aportes, obstáculos y dificultades en cuanto a su aplicación para el trabajo en el dispositivo. Nos parece interesante rescatar estas cuestiones ya que el trabajo de Emilianas, que se propone como alternativo, tiene lugar en el hospital Mira y López, donde aún subsisten ciertas lógicas de corte manicomial. Finalmente, nos proponemos identificar y analizar las intervenciones de los coordinadores del dispositivo, que responden a una lógica alternativa a lo manicomial, en el marco de la mencionada ley.

*“(…)Ley de Salud Mental tiene que ver con un proceso. (...) que tiene que ver con todas las condiciones de vida, las posibilidades de poder enfrentar situaciones (...)” (C2) (p.110)*

*“(…)permitió esto de cambiar algunas cuestiones en relación a las internaciones, al poder médico, al poder de la justicia, a la concepción de locura(...)” (C4) (p.126)*

La Ley Nacional de Salud Mental, para Faraone (2012), constituye un instrumento trascendente en la construcción de una institucionalidad centrada en la garantía de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental (p.60).

La ley aparece en las entrevistas como fundamental pero que, en sí misma, no alcanza para generar cambios significativos en las lógicas hegemónicas de las instituciones.

*“(…)Ley es fundamental, me parece sumamente importante la sanción de la Ley. (...) Pero no alcanza, hay que llenarla de contenido, hay que disputar, seguir disputando. Tener el marco de la Ley es un punto de partida para generar discusiones(...)” (C1) (p.102)*

*“La Ley si te sirve porque al momento de pelearte vos podés argumentar y tenés más herramientas como profesional pero no hubo un cambio significativo.” (C2) (p.110)*

Teniendo en cuenta estos recortes, la Ley de Salud Mental se constituye como herramienta fundamental en las disputas y discusiones profesionales. Consideramos que se trata de disputas de poder y tensiones entre dos modelos y paradigmas opuestos en relación a los padecimientos subjetivos. El

poder hegemónico concentrado opera como núcleo duro que se resiste a democratizar las intervenciones en el campo de la salud mental. Faraone y Barcala (2020) postulan que estas tensiones se dan en torno a la institucionalización de una política pública, donde los diferentes posicionamientos políticos se tensionan en el accionar cotidiano, y emergen como una permanente dialéctica entre lo instituido y lo instituyente (p.22).

Para pensar estas disputas entre dos lógicas: los modos instituidos en el hospital y las propuestas alternativas del Emprendimiento, podemos citar los siguientes recortes. “(...)en el inicio hubo disputas en relación al uso de la movilidad del Hospital. Hubo que disputar y discutir que la movilidad del Hospital nos lleve a los catering así como iba a buscar alopídol a la farmacia central. Fue toda una disputa y se logró” (C1) (p.96)

(...)fue una intervención en el hospital: que 'los locos' tengan llave. Tenían llave para entrar a cualquier hora y sacar las cosas. Ningún LOCO tiene llave en el hospital. Eso fue peleado, peleado con vigilancia, con los choferes (....) se olvidaban una luz prendida porque volvían de un catering a las once de la noche y era el escándalo: "no ves que no pueden tener llave" "¿cómo los dejan solos?" (C2) (p.104)

Aunque las lógicas manicomiales siguen operando institucionalmente, el trabajo alternativo de Emilianas, continúa disputando y conquistando espacios. Por supuesto que estas conquistas no son sin dificultades y discusiones, tampoco pueden pensarse como permanentes, sino que exigen un trabajo constante de reafirmación. En definitiva, el campo de la Salud Mental se trata de un campo de disputas en torno a los derechos y la autonomía de los sujetos.

La falta de la implementación efectiva de la ley se presenta como un factor obstaculizante al momento de pensar intervenciones alternativas: “(...) la Ley de Salud Mental es fundamental pero me parece que la implementación y el cumplimiento de la Ley de Salud Mental va como una tortuga, hay veces en las que avanza un paso y retrocede dos, y así.” (C3) (p.118)

Di Nella (2012) plantea un panorama de fragilidad normativa, por lo que se deben priorizar en la agenda política, acciones específicas y efectivas en la implementación de políticas públicas en salud mental, basadas fundamentalmente en el respeto y la garantía de los derechos humanos (p.115).

Así mismo, aparece mencionada la formación de profesionales de salud mental como un obstáculo para implementación de la ley:

“Yo en el tiempo que estoy las mayores discusiones y mayores problemas que hemos tenido los hemos tenido con psiquiatras jóvenes por ejemplo.” (C3) (p.118)

“(...)por ahí se hace más fácil cuando los profesionales son más permeables a trabajar en equipo con coordinadores de dispositivos de este tipo, sobre todo con los psiquiatras que les cuesta mucho salir del consultorio y armar una estrategia con un equipo interdisciplinario.” (C3) (p.116)

El problema de los recursos humanos en salud mental -al igual que en el sector general de salud- se relaciona, según De Lellis (2013) con la distribución inequitativa, la migración incontrolada, la precarización laboral y la inadecuada orientación formativa de las universidades (p.14). Para el autor, las universidades, formadoras del recurso humano, están orientadas al modelo clínico como instancia legitimada por la comunidad profesional. De esta manera se obtura la inclusión de teorías y técnicas relacionadas directamente con la transferencia al campo social, como también instancias de inserción profesional que trasciendan el contexto asistencial, e incorporen acciones destinadas a la promoción y prevención en salud (p. 15).

Podemos pensar también que ésta dificultad de trabajar en equipo puede relacionarse con las disputas de poder que mencionamos anteriormente. Pensarla en términos de resistencia de sectores hegemónicos que ven amenazado el status social que les brinda su disciplina. En este sentido, el autor destaca que la reproducción de hegemonías y las disputas corporativas, impiden un trabajo integral e interdisciplinario. Lo cual dificulta una respuesta multidimensional, articulada y compleja a las problemáticas en salud mental (p.19).

Por nuestra parte, consideramos fundamental que las instituciones universitarias adecuen la formación profesional a los principios, políticas y dispositivos que la ley establece, en relación a las normas y tratados internacionales en materia de derechos humanos, tal como lo plantea la normativa en su artículo 33.

Además de la formación profesional como obstáculo para realizar intervenciones, aparece también la falta de recursos para realizar abordajes interdisciplinarios:

*“(...)psiquiatras y psicólogos que te dicen 'yo esta situación no la puedo trabajar solo' (...) necesito un equipo' y no lo tienen tampoco. (...)el que lo quiera hacer distinto no tiene cómo hacerlo distinto ni con quién.” (C2) (p.111)*

Nos encontramos nuevamente con la falta de decisión política de invertir y disponer los recursos, humanos y materiales, que permitan la implementación de políticas públicas eficaces y acordes a los principios y objetivos de la ley.

En este sentido, se plantea en el siguiente recorte, la dificultad para que los dispositivos alternativos se consoliden como políticas públicas.

*“No terminan de ser parte de una política pública (...)que permitan que esto se replique y se amplifique. (...)la aplicación de la Ley requiere realmente de mucho recurso humano y me parece que no se han tomado las medidas para eso. (...)para nosotros, por ejemplo, tendría que haber, desde el Estado, un montón de cuestiones que tengan al Emprendimiento como proveedores y que lo aceite el mismo Estado y no nosotros artesanalmente.” (C1) (p.101)*

Creemos que este corrimiento del Estado de su rol como garante de derechos, plantea serias dificultades, no sólo para el diseño de nuevos dispositivos, sino también para el sostenimiento de los ya

existentes, poniendo en riesgo su continuidad (como sucedió durante la pandemia con Emilianas). Es por esto que consideramos que la función del Estado como garante, es indelegable. La ejecución de políticas públicas no puede depender exclusivamente de las buenas voluntades de los trabajadores de salud.

## **2.b) Intervenciones alternativas a lo manicomial**

Consideramos que Emilianas, en tanto emprendimiento productivo, se inscribe en lo planteado en el art. 7 de la ley Nacional de Salud Mental. El emprendimiento comercializa productos y servicios gastronómicos, y en función del trabajo realizado, cada emprendedor recibe una remuneración digna, justa y equitativa como se indica en el mencionado artículo.

En cuanto a los modos de intervenir, las estrategias y los abordajes destacamos la siguiente afirmación: *“No hay un modo, es cada caso. No hay un único modo.” (C2) (p.106)*

Nos resulta interesante poder pensarlo como respuesta ante las distintas problemáticas, padecimientos, necesidades, circunstancias, momentos y vínculos que atraviesan la vida de los sujetos singulares, y que son éstas las directrices que orientan las intervenciones y estrategias.

*“(…)hay una construcción y una historización cada vez que se piensa una situación. Y no tomándola como algo aislado que sucede sino teniendo en cuenta ciertos recorridos de los emprendedores que han tenido tanto en lo institucional como en otros campos que no tenga que ver con la salud, con lo familiar (...)” (C4) (p.120)*

*“(…)el trabajo con las familias o la comunidad más cercana, ningún tratamiento se puede hacer por fuera de eso.” (C4) (p.122)*

Creemos que en estos recortes se da cuenta de un abordaje integral del sujeto dentro del dispositivo, ya que se consideran las dimensiones históricas, subjetivas, familiares, vinculares, etc. que intervienen en los procesos de salud de cada trabajador.

### **-Participación**

Consideramos que dentro del dispositivo las asambleas se establecen como un espacio privilegiado de participación. En las páginas precedentes analizamos el lugar que ocupan las asambleas para la dinámica del funcionamiento del dispositivo en tanto espacio de intercambio, debate y construcción participativa, democrática y horizontal para la toma de decisiones. Stolkiner (1987) plantea que, en todo modelo alternativo de salud, la participación real en todos los niveles de decisión, constituye un elemento central (p.199).

Agregaremos que, por las características mencionadas, las asambleas constituyen una estrategia alternativa a la lógica lo manicomial, en tanto requiere necesariamente de un sujeto activo. En este

sentido Amarante (2016) considera los espacios como las asambleas como estrategias clave en el proceso de desmontaje y superación del modelo manicomial (p.57).

Otro modo de participación, además de los espacios de asamblea, se da en relación a la organización administrativa del Emprendimiento. Los costos, pagos, ingresos, egresos, ganancias, rentabilidad etc., son organizados en un sistema de matrices en donde se pueden observar esos datos de manera clara y objetiva. Es una información que está a disponibilidad para consultarla en cualquier momento.

*“(...)es un recurso re importante para que también ellos puedan sentirse emprendedores: puedan ver cuando hay ganancias, puedan ver cuando hay pérdidas, porque eso hace al rol y a la responsabilidad de ellos. Que al ponerlos a jugar, uno los hace parte.” (C4) (p.123)*

La participación en los procesos de salud, refiere Stokiner (1988), es en sí misma un hecho de salud mental ya que permite romper el vínculo de sometimiento de un saber- poder técnico y científico hacia los sujetos y las comunidades (p.58). En este sentido, podemos considerar que se trata de una estrategia alternativa en tanto habilita y promueve la participación en la toma de decisiones desde su rol como trabajadores ejercido de manera activa, y también en relación a su propio proceso de salud, que se da en el dispositivo, a partir del trabajo.

*“El tema es: ¿qué pasa en una persona cuando en vez de pensarlos y verlos como pacientes se lo empieza a pensar como trabajadores y a significar como trabajadores o emprendedores? ¿qué otras cosas suceden ahí?” (C2) (p.103)*

Nos resulta interesante retomar esta pregunta y poder pensarla en los términos que propone De Leonardis (1995) cuando caracteriza que el usuario de un servicio de salud tradicionalmente no es un emprendedor de su propia vida, sino que padece la institucionalización de su propio sufrimiento. En cambio, la perspectiva del emprendimiento tiene que ver con ser protagonista de su propia vida. Esto permite un aumento de sus capacidades de elección, de lo que ocurre a su alrededor y de acción sobre el proyecto en el que está involucrado. De esta manera aumenta su relación contractual con el mundo social, la familia, etc., aumentando también su calidad de vida.

La participación en tanto estrategia y hecho de salud tiene que ver con habilitar y promover el protagonismo de los sujetos en su propio proceso de salud, que implica un rol activo, que desarrolla y potencia las capacidades de poder incidir y transformar su realidad, sus vínculos y relaciones. Ya no se trata de gestionar una empresa o emprendimiento, sino su propia vida.

En el artículo 7 de la LNSM se plantean los derechos de las personas con padecimiento mental entre los que reconoce el derecho a ser informado sobre todo lo inherente a su salud, tratamiento y alternativas

según las normas del consentimiento informado y a poder tomar decisiones, dentro de sus posibilidades, relacionadas con su tratamiento luego de recibir la información adecuada.

A su vez, el artículo 36 plantea el desarrollo intersectorial de planes de prevención en salud mental, y planes específicos de inserción socio laboral, los cuales deberán contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental.

Resulta importante destacar que lo que posibilita y vehiculiza la participación, es la presunción de capacidad de las personas que forman parte del dispositivo.

#### **-Presunción de capacidad**

El emprendimiento consta de una planta de producción que funciona en el hospital. Allí se elaboran los productos que se comercializan en la cantina de dicha institución y que se ofrecen para los servicios de catering, y para eventos especiales. Esto requiere de la organización y gestión de los trabajadores para el cumplimiento de dichas funciones, que van desde la elaboración y preparación para comercializar los productos, a la atención de la cantina o participación en caterings.

Llevar adelante estas actividades requiere de distintas y variadas tareas, por ejemplo: limpieza y mantenimiento de los distintos espacios y elementos de trabajo; organización y gestión de pedidos a proveedores y del stock de elementos de materia prima y de comercialización; cumplimiento de horarios, plazos, movilización y administración para realizar los catering.

*“Ellos van circulando de acuerdo a sus potencialidades y modos de estar.” (C2) (p.106)*

La distribución de las tareas desarrolladas por los emprendedores se orienta en función de sus gustos e intereses, como también de sus potencialidades. Teniendo en cuenta que los procesos de salud son singulares, dinámicos y se desarrollan en un contexto, el dispositivo funciona de manera dinámica y flexible para acompañar estos procesos.

*“(...)el trabajador termina acomodándose donde más cómodo se siente y donde más útil es para el Emprendimiento, para la empresa social”. (C3) (p.113)*

Emilianas, en tanto dispositivo de salud y empresa social, tiene el desafío constante de encontrar un equilibrio y complementariedad entre ambas funciones. Por lo que las tareas se asignan contemplando también la funcionalidad del trabajo, no sólo para los trabajadores sino también para el emprendimiento.

*“ (...) todas las participaciones son bienvenidas. Tenés al trabajador que puede leer una receta, el que no puede leer una receta pero sí puede hacer un montón de cosas que son súper útiles para el emprendimiento. Por ejemplo hacer compras, lavar los elementos, acomodar el depósito, pero todas las tareas son bienvenidas y se respeta lo que cada uno puede aportar.” (C3) (p.113)*

La estrategia de participación dentro del dispositivo se va a ordenar también por las capacidades o potencialidades con las que puedan contar, en un momento determinado, cada uno de los trabajadores.

Creemos que se trata fundamentalmente de un reconocimiento y respeto por las diferencias y cómo éstas son percibidas como algo valioso y pasible de incorporación, y no como una dificultad limitante y que deba ser excluida.

Al respecto Stolkiner (1988) considera la participación, las distintas vías para su organización y la aceptación de las diferencias, como indicadores fundamentales de salud (p.52).

*“(...)un lugar donde podamos pensar a los usuarios en distintas tareas, si no es esto es otra cosa y sino la buscamos. Que continúe siendo un trabajo y no un 'que venga y haga de cuenta que trabaja' es importante también para pensar los abordajes.” (C4) (p.124)*

Podemos pensar en una estrategia de abordaje del equipo de coordinación que habilite espacios de búsqueda y permite el desarrollo de las distintas potencialidades, y no un “hacer de cuenta que...”, tiene que ver con una participación real y estratégica dentro del trabajo del dispositivo.

En su artículo 3, la LNSM consigna que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización, entre otras cuestiones. El artículo 5 amplía esta noción, especificando que la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular, en un momento determinado.

### **-Interdisciplina**

El equipo de coordinación está compuesto por profesionales de distintas áreas: psicología, trabajo social, terapia ocupacional y gastronomía. En cuanto al abordaje interdisciplinario en el dispositivo, se lo describe en las entrevistas como fundamental.

*“(...)poder construir entre los coordinadores una mirada acerca de lo que ocurre, ya sea una situación clínica o una situación que tenga que ver con lo comercial (...) (C4) (p.120)*

*“Nosotros no hacemos diagnósticos, hacemos lecturas de situaciones. Ahí está también la interdisciplina, los aportes, las escuchas de cada uno desde su campo.” (C1) (p.98)*

Dada la complejidad inherente a la problemática del campo de la SM y considerando la multiplicidad de factores intervinientes, resulta insostenible pensar en un abordaje lineal y unidimensional de las situaciones. Estas problemáticas complejas rebalsan y atraviesan los límites disciplinares y en este sentido Elichiry (1987) plantea que la interdisciplinariedad se basa en la complejidad y unidad de la realidad que no es unívoca, simple o lineal e incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento y transformación mutua (p.336).

*“Que cada disciplina pueda aportar su saber para construir algo que resulte para la situación particular.” (C4) (p.121)*

Nos resulta interesante destacar de estos recortes la referencia al trabajo interdisciplinario como una construcción, que se realiza a partir del aporte de los distintos saberes. Esta construcción conjunta se da en relación a una situación, su problematización y abordaje teniendo en cuenta su particularidad.

Stolkiner (1999) habla de equipos interprofesionales que trabajan en servicios o refieren a prácticas comunitarias en los que la elección de sus miembros se desliza desde los campos disciplinares a los de las incumbencias y perfiles profesionales (p.1). En este sentido plantea que es muy frecuente que estos equipos estén integrados por miembros que no representen saberes disciplinares o científicos sino que aportan otro tipo de saber, no disciplinar, como es el caso de Emilianas.

La autora (2005) plantea que lo interdisciplinar se manifiesta, en un equipo de salud, cuando la distribución de las funciones y la importancia de cada saber se va definir en relación a la conceptualización de la problemática, su análisis y las estrategias que puedan surgir y no en relación al status de la profesión o disciplina tradicional (p.8).

*“(...) no hay una disciplina que tenga más poder sobre otra. (...) Las estrategias se discuten en equipo y no es que el cocinero porque sea cocinero no puede opinar. El cocinero te dice 'no no no che, a él no lo manden al catering porque yo vi que en la cocina ante la presión se inhibe, se pone nervioso y se descompensa' por ejemplo. Osea es tan importante la palabra del chef como la de todos (...)”*  
(C2) (p.105)

En este sentido los equipos interprofesionales, plantea Stolkiner (1999), tienen como desafío la construcción de inter- saberes, la definición de un marco referencial común que implica acuerdos ideológicos básicos como por ejemplo cómo se define el sujeto de la intervención. Este marco será la base que permita formular un programa y objetivos a desarrollar que va a definir y orientar el trabajo del equipo (p.1).

*“(...) pensamos y discutimos un montón respecto de las diferentes estrategias con cada uno de ellos o con las problemáticas que puedan ir surgiendo, en relación a esa figura, a ese significante: son trabajadores.”* (C1) (p.95)

El dispositivo se organiza en función de producir efectos de salud a partir de la inclusión al trabajo. Es en estas coordenadas que el significante ‘trabajadores’ mencionado en la entrevista, se plantea como ordenador de las estrategias de abordaje del equipo. Porque no es lo mismo hablar de pacientes, usuarios, locos que de trabajadores.

Se necesita construir un marco de referencia conceptual común que permita la definición de la problemática de trabajo que orientará las estrategias e intervenciones de un equipo, no alcanza con la mera yuxtaposición de intervenciones desde distintos cuerpos disciplinares o la conformación de un grupo homogéneo de profesionales para lograr un abordaje interdisciplinario. Para poder lograr estos objetivos es necesario generar espacios de trabajo e intercambio que habiliten y posibiliten estas construcciones.

*“(...) los coordinadores tratamos, dentro de lo posible, porque la verdad que Emilianas por momentos es muy caótico, pero tratamos de tener reuniones mínimamente semanales(...)tratamos de ser lo más coherentes posible con las intervenciones ” (C2) (p.114)*

Stolkiner (1999 II) plantea que para que un equipo funcione de manera interdisciplinaria, implica la inclusión programada dentro de las actividades de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos, ya sean espacios de discusión, ateneos, reuniones de equipo, etc., es importante que sea reconocido como parte del tiempo de trabajo (p.1).

En una de las entrevistas aparece la necesidad de incorporar otra disciplina, Terapia Ocupacional, en función de los aportes que esa formación profesional otorgaría al trabajo cotidiano del dispositivo.

*“(...)’basta de trabajadoras sociales, que venga una T.O”. Porque hay cuestiones que nosotros no manejamos, cuando los estudiantes de terapia ocupacional pasaron, yo dije ‘mirá que copado estas técnicas’ (...)Herramientas que estuvieron interesantes y por eso ahora hay una T.O.” (C2) (p.105)*

Consideramos que esta característica de reconocimiento de necesidad de incorporar otra disciplina, es también una actitud de valoración y cooperación entre las técnicas que los distintos saberes, disciplinares o no, pueden aportar en relación al trabajo, los objetivos y las prácticas cotidianas del dispositivo.

La interdisciplinariedad es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas y las técnicas de cada disciplina, por lo que la interdisciplina se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos y los saberes disciplinares (Stolkiner, 2005 p.5).

En cuanto a la modalidad de abordaje la LNSM en el artículo 8°, establece que debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería terapia ocupacional y otras disciplinas y campos pertinentes.

En el artículo 13 se especifica el modo de funcionamiento del equipo interdisciplinario en donde los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios e instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la Salud Mental. De esta manera queda planteada una redistribución del poder, que históricamente estuvo en manos de las ciencias médicas, al interior del equipo interdisciplinario.

### **-Intersectorialidad**

Dada la complejidad que atraviesa a las problemáticas relacionadas a la salud mental y la multiplicidad de factores que intervienen se requiere, como desarrollamos en el punto anterior, de un

enfoque interdisciplinario. Del mismo modo dar respuestas integrales y eficaces a estas problemáticas, requiere de abordajes que implican necesariamente la cooperación e integración de los distintos sectores involucrados.

El concepto de intersectorialidad requiere de la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector, en acciones destinadas, de manera total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (FLACSO, 2015).

Los objetivos a los que se apunta en el dispositivo, producir efectos de salud e inclusión a través del trabajo en el emprendimiento, implica el cruce estratégico de diversos campos sectoriales de políticas públicas.

*“Nosotros también trabajamos (...) en relación al campo laboral, al campo legal, al campo económico, al campo psi. Hay como muchos discursos entrelazados.” (C1) (p.95)*

A partir del aumento de la demanda de los servicios de catering y cantina que brinda el Emprendimiento, se complejizan las tareas administrativas y contables. En las entrevistas se plantean las dificultades del equipo coordinador para realizar esas tareas por no tener competencia en ese área para poder ejecutar esa función de manera eficiente.

*“(...) se buscó ayuda en la universidad, se hizo convenio con la UNL con la Facultad de Ciencias Económicas y ayudó muchísimo para armar programas de seguimiento y de control, mandaron alumnos y se laburó un montón con un programa de extensión de la Universidad.” (C2) (p.106)*

Se interviene recurriendo a la intersectorialidad como estrategia, generando convenios y acuerdos con el sector de Educación. Se decide convocar a la Universidad Pública para trabajar de manera articulada y colaborativa, lo que conlleva una cooperación mutua y un aprendizaje de doble vía: para los estudiantes convocados a partir del programa de extensión como para los trabajadores del dispositivo que recibieron las capacitaciones.

*“Dentro de la planta se hicieron capacitaciones de repostería, pastelería, panadería, cocina, capacitaciones en lo que tiene que ver con manipulación de alimentos.(...) Gracias a un proyecto de extensión de la UNL se pudo capacitar a las chicas que participan principalmente en la parte administrativa y para quienes atienden las cantinas también hicimos una capacitación que tiene más que ver con la atención al público de un emprendimiento gastronómico.” (C3) (p.113)*

Otro ejemplo de trabajo intersectorial que podemos encontrar es en relación a la inscripción en programas de becas otorgadas por el Ministerio de Trabajo de la Nación, que además de brindar capacitaciones aportó un recurso económico importante para los trabajadores del emprendimiento. (...) nos presentamos en un proyecto de entrenamiento para el trabajo que es del Ministerio de Trabajo de la Nación.” (C1) (p.94)

*(...) es buscar becas de los PEC. Emprendimiento Laboral del Ministerio de Trabajo que le pagan como beca de capacitación a las personas que tienen certificado de discapacidad.” (C2) (p.108)*

La intersectorialidad como estrategia implica la participación cooperativa y coordinada de diversos sectores que, en una interacción mutua, aportan y unifican sus esfuerzos, recursos y acciones para lograr dar respuestas integrales a problemáticas complejas y para la implementación de políticas públicas promoviendo la restitución o ampliación de derechos.

En la LNSM la intersectorialidad es considerada como una de las líneas de acción que orientan el diseño de las políticas públicas planteadas en la legislación. La lógica intersectorial se expresa en los artículos 11° y 36° de la normativa.

En el art. 36 se exige a la Autoridad de Aplicación, en coordinación intersectorial los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el diseño de planes específicos, con mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, de prevención y de inserción sociolaboral destinados a las personas con un padecimiento mental. A estos fines, se plantea en el art. 11, que la Autoridad de Aplicación y las autoridades jurisdiccionales deben promover el desarrollo de dispositivos como son las consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

### **-Revisión de las prácticas**

*“(...)hacemos constantemente re-preguntas respecto de nuestras prácticas, tenemos supervisiones, somos bastante insistentes en eso.” (C1) (p.96)*

*“Y ojo, hay que tener muy en cuenta también que en los dispositivos(...)también podemos caer en lógicas manicomiales.(...) nos tenemos que preguntar todo el tiempo porque nosotros también podemos reproducir esas lógicas. No es exclusiva de las salas de internación.” (C1) (p.100)*

A partir de lo planteado en este apartado podemos pensar lo manicomial como cultura y en tanto tal, atraviesa a los profesionales y sus prácticas. Di Nella (2012) plantea que, frente a lo manicomial, “(...)se requiere repensar buena parte de nuestro maletín de ideas y acciones, propiciando iniciativas innovadoras, espacios de discusión y de reflexión sobre las formas y modalidades de abordaje de las problemáticas referidas a la intersección entre Derechos Humanos y Salud Mental” (p.91).

*“Puede haber lógicas manicomiales en un emprendimiento productivo cuando empezamos a tomar decisiones por los usuarios, estamos atravesados por una lógica de hacer por otros y eso no está bueno. A veces, en el apuro de hacer, lo vamos resolviendo. Y no, uno tiene que poder darle al otro la identidad y la posibilidad de resolver y de hacer.” (C4) (p.126)*

En este extracto se advierte que lo manicomial, es una lógica que nos atraviesa a todos. En este sentido, Di Nella (2012) refiere que la superación de lo manicomial se encuentra en el potencial crítico

para revisar sus componentes, detectarlos, y ponerlos en crisis. Lo que permite desarrollar elaboraciones con impacto en las prácticas y dispositivos sustitutivos (p.33)

*“Nos reímos, porque nos pasó en esto del packaging, a veces, decidíamos bastante desde la coordinación y un día los emprendedores estaban diciendo una cosa que no nos gustaban, unos moños grandes horribles, para nosotras... y ellos dijeron 'nosotros queremos moños' y en un momento nos devolvieron un 'se salieron con la suya'. Y ahí quedamos 'pongan lo que quieran'...” (C4) (p.126)*

Consideramos que poder ser crítico y analizar las propias prácticas profesionales, representa un compromiso ético, profesional y social, al problematizar la dimensión política de las prácticas.

### **-Autonomía**

Pensamos que habilitar el desarrollo y reforzar los procesos de autonomía de los trabajadores del dispositivo, requiere necesariamente de una participación activa basada en la presunción de sus capacidades, de intervenciones interdisciplinarias, integrales e intersectoriales, y la revisión constante de las prácticas profesionales.

Al comienzo de este apartado mencionamos algunas de las discusiones y disputas entre distintas lógicas: la del hospital y la del emprendimiento. Que los locos tengan llave, y utilicen la movilidad para realizar los servicios de catering, forma parte de las estrategias alternativas del dispositivo. Por parte de la institución surgen resistencias asociadas a una lógica de custodia, vigilancia. Creemos que estas conquistas forman parte esencial en el proceso del desarrollo de la autonomía de los trabajadores de Emilianas.

*“(...)habilitarlos para que ellos puedan hacer las cosas, ciertos manejos administrativos como ir a buscar las cosas de limpieza para que limpien el sector se encargan los emprendedores. Llevan la lista de lo que le dieron, no le dieron, lo anotan, tienen planillas, saben que es lo que le falta, ellos pueden llevar un control, nosotros no tenemos nada que ver y eso es lo que está bueno.” (C4) (p.127)*

*“(...)que a su vez los usuarios han podido defender, han podido posicionarse (...) 'tiene que venir un coordinador a buscarlos' y los emprendedores 'no, no va a venir un coordinador, venimos nosotros porque tal o cual cosa'”. (C4) (p.127)*

Consideramos que las estrategias utilizadas por el equipo se basan en una participación activa en el proceso de autonomía. Que los emprendedores puedan contar con un lugar habilitante, otorgado por el equipo, consideramos que resulta fundamental para este proceso. Permite poder habilitarse ellos mismos a posicionarse en su rol de trabajadores. Se plantea como intervención el acompañamiento de un proceso de autonomía e independencia de los trabajadores.

A modo de cierre, nos interesa retomar el relato de una experiencia que nos parece, puede graficar algo de lo que venimos desarrollando sobre los efectos que produce el dispositivo, para los trabajadores del dispositivo, como también para los del resto del hospital.

*“(...)la Radio hace todos los 21 de septiembre un torneo de fútbol donde compiten (...)todos los escalafones que integran, como trabajadores, del Hospital. Pusieron un cartel en el hall de entrada que 'todos los trabajadores del Hospital se inscriban al torneo'. Y los trabajadores de Emilianas se inscribieron. Al equipo de Emilianas se sumaron pacientes de la sala (...)hasta ese momento, los pacientes de la sala nunca participaron de ese torneo, aunque sepa jugar al fútbol.(...) Pero son los trabajadores de Emilianas, no es que eso cambia la mirada respecto del padecimiento, de la locura.” (C1) (p.97)*

El hecho de que emprendedores de un dispositivo alternativo, en el marco de una institución asilar como lo es el Hospital Mira y López, participen como trabajadores en una actividad interna, permite que podamos leer que, es a partir de intervenciones desde el dispositivo que una persona con un padecimiento puede concebirse, en el plano de lo social algo más que solo una persona enferma, o un loco.

*El segundo año (...)uno de mantenimiento eligió integrar nuestro equipo. Pero en el partido se escucharon cosas espantosas: 'cómo el loco este de mierda te va a hacer un gol', también se ponen en juego todas las representaciones respecto de la locura. Que es lo mismo que pasa en la sociedad misma.” (C1) (p.97)*

Esta escena evidencia cómo dentro de una misma institución conviven lógicas diversas y sobre las que se ubica, el gran desafío de poder transformar habitando y conquistando espacios. Después de todo, el hecho de “jugar” a algo, en este caso al fútbol, como un hecho compartido entre pares, aparece como un espacio donde ese otro, que se configura como un “loco de mierda” puede ser, inesperadamente para ese sujeto que agrede, un buen jugador o un gran goleador.

### **Eje 3 Locura**

Dejar para el final de nuestro análisis la categoría central que plantea nuestra investigación, no resulta casual ni azaroso, sino que resulta una planificación estratégica.

Consideramos que durante todo el desarrollo de nuestro análisis, en relación a los objetivos del dispositivo, su modalidad de abordaje y las intervenciones planteadas por el equipo de coordinación de Emilianas, se fueron evidenciando los posicionamientos ideológicos, éticos, políticos y profesionales que son la base que sustentan las prácticas que propone el dispositivo, develando también cuáles son las significaciones sociales acerca de la locura, desde las cuales efectúan sus lecturas e intervenciones.

En los siguientes ejes expondremos las distintas construcciones de sentido que surgen en relación a la locura. Asimismo, consideramos necesario advertir que estos sentidos, agrupados como determinantes

o emergentes de la locura, mantienen relaciones recíprocas entre sí, en tanto se complementan y resignifican unos a otros.

### **3.a) La locura y los diagnósticos**

*“El Emprendimiento lo piensa en términos de la locura porque no tiene en sí mismo el objetivo de establecer diagnósticos. (...)yo de hecho dije 'locura' y no dije psicosis, no dije esquizofrenia, porque me parece que uno puede pensar en distintos campos. ”(C1) (p.97)*

Basaglia (2008) postula que la enfermedad mental es la organización de la locura en términos de lenguaje sistematizado. En este sentido pensamos que la esquizofrenia es la sistematización de un modo de expresión de la locura, que responde al orden médico.

El diagnóstico psiquiátrico, como clasificación y etiquetamiento de las distintas manifestaciones de la locura, es un recorte que acota la experiencia del sujeto. El trabajo dentro del dispositivo promueve justamente lo contrario, posicionándose desde el campo de la Salud Mental, para construir una visión ampliada de la locura, desde el campo de la salud mental.

Podemos pensarlo desde la propuesta de Basaglia de “poner la enfermedad entre paréntesis”. Sobre esta idea Amarante (2016) refiere que no significa negar la existencia de enfermedad sino aceptar que exista una experiencia que pueda producir dolor, sufrimiento o malestar. Se trata de la suspensión de un determinado concepto, como puede ser la esquizofrenia, que implica la posibilidad de nuevos contactos empíricos con el fenómeno en cuestión que (p.37), en este caso, es la experiencia vivida por los sujetos.

*“La persona tiene posibilidades cuando no queda invisibilizada por un diagnóstico o por una conducta, que no es que por esta conducta va a ser siempre así.” (C4) (p.122)*

El diagnóstico tiene, potencialmente, una fuerza homogeneizante que aplasta las singularidades de la historia personal borrando las diferencias subjetivas (Galende 1990, p.269).

Si bien el diagnóstico es un derecho de los usuarios y puede operar como orientador del trabajo terapéutico en función de las necesidades del sujeto, esta función sólo es posible si se reconoce la trama singular, historia y social en la que se inscribe el sujeto. Por el contrario, si se desconoce la dimensión histórico social, el diagnóstico opera como silenciador de las singularidades y sometiendo la subjetividad a los márgenes que este mismo le impone, exaltando sus dificultades y limitando e invisibilizando sus capacidades y potencialidades.

### **3.b) La locura no es individual**

*“(...)hay cuestiones estructurales de la subjetividad pero también el devenir de esa locura va a estar marcado por cuestiones que no son individuales, son sociales y de colectivos.” (C1) (p.98)*

La locura en tanto expresión subjetiva, se enmarca en el contexto histórico y social del sujeto de manera tal que el surgimiento y devenir de la misma tiene una relación intrínseca con su historia y el medio cultural y social en la que ésta se inscribe.

Para Basaglia (2008), la locura es expresión de contradicciones del cuerpo orgánico y social, y en tanto tal se verifica en un determinado contexto. La locura no solo es un producto social sino producto de la interacción de todas las dimensiones que componen al sujeto: biológica, social, psicológica, etc. (p.94).

Debemos tener presente que los procesos de subjetivación se dan siempre en un medio social determinado, ámbito en el que se desarrollan las experiencias de felicidad y sufrimiento. Para poder comprender el modo de producción del padecimiento, es necesario el reconocimiento de los factores histórico sociales y cómo estos se articulan con los factores subjetivos, vinculares y comunitarios de los sujetos.

### **3.c) La locura y la pobreza**

*“Yo creo que las condiciones de vida hacen a la locura (...) La pobreza genera locura. El no llegar a comprar alimentos, no tener dinero, vivir vulneraciones. Todo eso genera locura.”(C4) (p.122)*

Acordamos con Basaglia (2008) cuando afirma que la locura no tiene otro origen más que en la vida misma de las personas (p.48). En este sentido, las condiciones materiales y sociales de la vida de los sujetos tienen la capacidad de generar bienestar como también de causar malestar o sufrimiento, en particular para aquellos que sus condiciones se encuentran signadas por la desigualdad, la pobreza y la marginación.

Locura y miseria van juntas a la par, asegura Basaglia (2008), vivir en condiciones de pobreza es fuente de malestar social y de locura. Por estos motivos plantea que una de las principales formas de prevención de la locura es la lucha contra la miseria (p.50). La relación entre pobreza y locura no es novedosa, basta recordar que, como señalamos en nuestro marco teórico, durante lo que Foucault (1967) denomina “El gran encierro” locos y pobres, junto a otros rostros de la sinrazón, compartían calabozo por ser perturbadores del orden social imperante e improductivos para el sistema industrial que estaba surgiendo.

Lejos de una mirada estigmatizante de la pobreza, analizamos este punto a partir de lo planteado por Ferrara Floreal (1985) acerca del proceso de salud enfermedad que, en tanto dinámico y complejo también está determinado por lugar que ocupa el sujeto en el sistema de producción social y el acceso a los medios de producción.

El sistema capitalista caracterizado por la concentración de la riqueza y medios de producción genera una distribución desigual e inequitativa de oportunidades para generar los medios necesarios de subsistencia y una vida digna. Los sujetos excluidos de este sistema quedan expuestos a una situación de extrema vulnerabilidad social y subjetiva, dificultando también el acceso a los derechos básicos.

### **3.d) Locura como exclusión**

*“(…) a algo de la locura(…)yo lo relaciono en nuestro caso, a la exclusión, a la falta de oportunidades(…)” (C2) (p.108)*

*“Creo que hay condiciones de que algo de la locura se despierte (…)situaciones que están atravesando de vulnerabilidad, de no tener, de violencia, de faltas ¿cómo no va a estar atravesada la locura acá?” (C4) (p.122)*

Pensamos cómo la cultura capitalista margina a quienes no tengan la capacidad de adaptarse a las exigencias del sistema, dejando a los sujetos que le resultan improductivos, excluidos de los circuitos de intercambio social. De esta manera la exclusión puede ser otro modo de alienación, en tanto la imposibilidad de acceder a los recursos básicos para satisfacer las necesidades esenciales de existencia, causa que los sujetos pierdan la capacidad de desarrollar autonomía quedando en una situación pasiva y de sometimiento.

Anteriormente en nuestro análisis, hemos desarrollado de qué manera la exclusión al sistema productivo dificulta el acceso a otros derechos fundamentales y cómo quedar por fuera del circuito de intercambios sociales y simbólicos, implica sentimientos de desprotección y desvalorización subjetiva. Todo esto conlleva un debilitamiento de los vínculos familiares, sociales y comunitarios y deterioro de la salud general -incluida la salud mental- del sujeto.

### **3.e) La locura y las pérdidas**

Surge como determinantes de la locura, en relación a los trabajadores que han transitado por el dispositivo: *“(…)les han pasado cosas que los han hecho tener una depresión o algún brote psicótico. (…) trabajadores que han estado muy depresivos por no encontrar una salida laboral después de haber perdido su trabajo.” (C3) (p.116)*

La locura se relaciona con las experiencias vitales de los sujetos, sobre todo cuando se desarrollan en contextos problemáticos, de vulnerabilidad o riesgo. La locura aparece como emergente de eventos que causan malestar y sufrimiento como puede ser encarar un trabajo de duelo a partir de una pérdida. Puede tratarse de un afecto, un trabajo, una mudanza o alguna otra circunstancia significativa para el sujeto.

Se puntualiza sobre la pérdida del trabajo y la posibilidad de acceder nuevamente a los intercambios simbólicos y sociales que este implica. que en tanto se fractura el principal ordenador de la vida social de los sujetos. queda excluido y sin posibilidad de incluirse nuevamente en el circuito de intercambios sociales que otorga status, reconocimiento y valoración subjetiva, familiar y social para una persona.

### **3.f) La locura y las crisis**

*“(...)’bueno tuvo un brote psicótico y ya está, va a tener veintemil brotes psicóticos’... y no, fue un momento en el que seguramente hubo mayor vulnerabilidad, (...)donde no se tuvo los recursos para poder hacer otra cosa.” (C4) (p.122)*

Consideramos que el concepto de crisis desarrollado por Cohen y Natella (2013) durante el proceso de reforma y desmanicomialización rionegrino, puede realizar aportes sumamente interesantes para pensar la relación que surge en las entrevistas, de manera directa o indirecta, entre locura y crisis.

En el enfoque de crisis, ésta es entendida como una ruptura en el equilibrio vital existente y, por tanto, un estado de máxima vulnerabilidad (p.134).

Al considerarla como emergente del proceso de salud-enfermedad del sujeto, el padecimiento psíquico se plantea en términos de reversibilidad y transitoriedad y no como permanente e inmodificable. De esta manera, puede considerarse como una oportunidad de recuperar o mejorar las condiciones de vida potenciando y fortaleciendo los recursos simbólicos y materiales y los vínculos socio familiares del sujeto.

*“Siempre estamos atentos de prevenir crisis y prevenir internaciones sobre todo.” (C3) (p.116)*

El enfoque de crisis planteado por los autores plantea que, mediante intervenciones adecuadas puede ser superada, pero a partir de una intervención fallida puede ser un camino hacia la marginación y aislamiento. Pensamos que las internaciones, utilizadas como único recurso y realizadas de manera automática frente a una crisis subjetiva, puede convertirse en una intervención fallida si no contempla otro tipo de dispositivos de intervención que permitan abordar las circunstancias que dieron lugar a la crisis.

En relación a las determinaciones de la locura, aparece el concepto de crisis asociado a las internaciones como única resolución. Nos preguntamos entonces, cuáles son los recursos y la perspectiva de abordaje de las crisis dentro hospital.

### **3.g) La locura y los vínculos**

*“(...)las posibilidades, o no, de poder hacer frente a situaciones adversas. Esos pueden determinar situaciones que condicionan que uno enloquezca más que otro. Cuando hablo de adversidad no hablo sólo de lo social y lo económico hablo de cuestiones vinculares también.” (C2) (p.108)*

Surge aquí cómo situaciones y eventos determinados, tienen la potencialidad de enloquecer a los sujetos más que a otros. A partir de este recorte podemos pensar que, ciertas experiencias de vida devengan enloquecedoras, se relaciona con la ausencia de redes vinculares y sociales sólidas con que pueda contar el sujeto, para poder hacer frente a las adversidades.

Para Cohen y Natella (2013) que los sujetos puedan contar con un contexto que brinde apoyo y acompañamiento material y afectivo, como pueden ser los vínculos familiares y amistades, contribuye a la disminución de angustias y miedos, a la vez que fortalecen las capacidades subjetivas (p.132). De esta manera, el sujeto sin una red de apoyo vincular y comunitaria que sirva de soporte y sostén, queda expuesto a situación de mayor vulnerabilidad, ya que cuenta con menos recursos para poder resolver-se en situaciones críticas.

*“Creo que hay varias causas, yo te puedo hablar de la observación que he hecho en estos años en los trabajadores del dispositivo. Está los que son 'fusibles' de familias que están todos locos pero salta por uno que 'hace de fusible' (...)” (C3, p.116)*

En este extracto, se considera a la locura como ‘fusible’ de un sistema familiar disfuncional. Podemos pensar que la locura, como plantea Basaglia (2008), puede ser la expresión de una situación o de una condición loca (p.94). En este sentido, ese ‘fusible’, en tanto emergente, es portador de la locura de su grupo familiar.

Para Di Nella (2012) esto no quiere decir que el sujeto que opera como ‘fusible’ no tenga una realidad intrapsíquica, sin embargo, plantea la necesidad de intervenir también con el grupo familiar. El autor, retomando a Pichón Rivièr, refiere que el portador de la enfermedad es el más fuerte del, por lo que es quien puede hacerse cargo de la enfermedad del grupo (p.81).

Por lo antedicho, es que consideramos que los vínculos saludables y los lazos sólidos, se constituyen como elementos facilitadores para potenciar las capacidades y recursos subjetivos de los sujetos.

### **3.h) Locura y violencia**

A partir de la inclusión al dispositivo de mujeres alojadas en una casa de amparo, surge la violencia por motivos de género relacionada a la locura y las siguientes reflexiones:

*“No hablo de los dispositivos sustitutivos solamente como locura, pienso en violencia de género que también está atravesada la salud mental, (...) también hay padecimiento mental ahí.” (C4) (p.126)*

*“Por supuesto que está vinculado a la salud mental, porque a esa chica le pasó de todo en la vida, tuvo intentos de suicidio, no es que es una cosa sin la otra.” (C2) (p.107)*

*“Tenemos trabajadoras que han sufrido problemas de violencia de género (...)” (C3, p.116)*

Nos resultó realmente una sorpresa este emergente ya que aparece en la mayoría de las entrevistas como un factor relacionado íntimamente con locura, en tanto una forma de padecimiento a partir de haber atravesado situaciones de violencia por motivos de género.

Anteriormente analizamos como uno de los determinantes de la locura a la violencia en términos de pobreza y exclusión, producida por un sistema desigual. Salvando las distancias, nos animamos a pensar que, se trata de otro tipo de violencia -de género - cómo producto de otro sistema desigual y de opresión como lo es el patriarcal.

Aunque nos resulta sumamente interesante que haya surgido en nuestra investigación la cuestión de género en relación a la salud mental, no ahondaremos en la temática ya que, por su complejidad y sensibilidad, consideramos que requiere de un estudio pormenorizado y particular.

Sin embargo, podemos aventurarnos a pensar en la problemática de las violencias de género, desde una perspectiva histórica. Es decir, en relación a la distribución desigual del poder, de los medios de producción y de los recursos, pero fundamentalmente al acceso a los derechos en general y al trabajo en particular entre hombre y mujeres.

### **3.i) Locura como diferencia**

Encontramos que aparecen en estos recortes otras referencias en relación a la locura, relacionado como un modo de estructuración asociado a la diferencia como principal característica.

*“(...)la locura creo eso, que es una estructura diferente (...)no imposibilita ciertos caminos y recorridos que una persona pueda hacer. Me parece que hay que poder mirar más allá de las estructuras y de los modos que se tengan. Siempre algo es posible.” (C4) (p.122)*

La diferencia, entendida como apartamiento de las normas culturales, sociales, representa, como ya hemos mencionado, un peligro para los valores de una sociedad determinada. Por este motivo, el tratamiento de lo diferente se caracterizó, en distintos momentos históricos, sociales y políticos, por el apartamiento, aislamiento, internamiento, exclusión y encierro.

Pensamos que un pasaje en relación al tratamiento de la locura como otredad amenazante, para poder pensarla en términos de alteridad, se trata fundamentalmente de la construcción de un nuevo modo de alojar al sufrimiento subjetivo. Otorgarle a lo diverso y diferente, un nuevo lugar social más allá de la exclusión. Consideramos que Stolkiner (2022) hace referencia a este pasaje, cuando afirma que: “renunciar a una idea de diferencia, que implica una cosa o la otra, para adoptar la de diversidad. Y aceptar que esa diversidad no me destruye a mí en mi identidad, sino que va por un lazo amoroso.”

Otro de los recortes plantea que, este modo de estructuración “loco y diferente”, no se considera como un factor invalidante para el despliegue de las capacidades del sujeto.

*“Entonces decimos que más allá del modo en que una persona pueda lidiar con sus estructuras y con su vida, eso no implica necesariamente que lo imposibilite para desarrollar diferentes actividades, entre ellas el trabajo” (C1) (p.97)*

Teniendo en cuenta este recorte, y lo analizado en el apartado anterior, coincidimos con Basaglia (2008) cuando afirma: “Indudablemente una de las terapias más importantes para combatir la locura es la libertad” (p.87). El autor se refiere a libertad en tanto el sujeto es capaz -si tiene la oportunidad- de poder generar su propio sustento a partir del trabajo.

De esta manera, creemos que la libertad se trata, ni más ni menos, que el acceso al derecho al trabajo, para poder emanciparse, relacionarse y en definitiva, a vivir dignamente. En este sentido, Cohen (2013) plantea la necesidad de un redimensionamiento ético de la sociedad con el diferente, que permita impulsar sus capacidades y garantizar sus derechos (p.165).

### **3.j) Locura y derechos**

*“Es un campo de intervención muy amplio en donde se juegan los derechos, sobre todo, y el acceso a los derechos.(...) con la Ley, igual le falta, viene a romper con ciertos estigmas que hay en relación a la locura.” (C4) (p.125)*

En este extracto aparece la locura como asociada al campo de la Salud Mental, en tanto campo de derechos, articulado con la estigmatización de locura y la ley de Salud Mental. Consideramos que, para la transformación de los dispositivos de exclusión y encierro en el tratamiento de la locura, es imprescindible un enfoque de derechos, como el que la ley de Salud Mental propone.

Para garantizar prácticas y dispositivos con perspectiva de derechos, para Di Nella (2012) es indispensable la superación de mitos y estigmas creados y recreados, históricamente, en torno a la locura. Estos mitos populares devienen en prejuicios que impactan en las prácticas sociales, reforzando la exclusión del sujeto padeciente. Se conforma así una trama de discriminaciones y exclusiones. Es por esto que el autor señala que estas construcciones atentan de diversas formas, directa o indirectamente, contra los derechos de las personas con padecimiento mental (p.103).

*“Entonces para nosotros la locura puede ser también un modo de vida, el punto es, que sea una vida vivible, (...) hacen falta muchas cosas que puedan hacer eso vivible.” (C1) (p.97)*

Para poder pensar en una vida vivible, es fundamental la reconstrucción de los vínculos sociales como también las condiciones materiales de vida. Por esto resulta indispensable el compromiso de la comunidad y de la creación de nuevas redes a partir de las políticas públicas. En este sentido es que destacamos, nuevamente, la importancia del rol del Estado, como garante de derechos. Principalmente al derecho a la salud y al trabajo.

Para Amarante (2016) se trata de la lucha por la inclusión de nuevos sujetos de derechos y de nuevos derechos para los sujetos en sufrimiento mental, derecho a los recursos que la sociedad ofrece. “De vuelta a la ciudad, señor ciudadano”, dice el poeta Paulo Mendes Campos”. (p.38)

### **3.k) La locura de todos los días**

*“Nosotros tenemos el chiste que 'nadie está ahí por pie plano'. Pero NINGUNO de los que estamos ahí. Todos estamos locos en algo. Se habla de eso como una parte más de la vida, integrada la locura como parte de nuestras vidas. Yo tengo mis locuras y todos se me ríen, y el otro tiene su obsesión por armar*

*las cajitas perfectas y nos reímos también, una coordinadora que ama hacer viandas entonces enloquece con las viandas y nos reímos de eso. Y “los mismos locos” se ríen de eso.*

*(...)con mucho humor y respeto, una vez les dije 'pero ¿ustedes están locos? ¿qué están haciendo?' me responden 'ah no! ¿por qué te pensás que estamos acá?' y reíamos todos.*

*Es algo más, la locura, la sensatez, son parte de nuestra vida. En acomodarnos o no. No hay una burla, sino que está integrado. Uno de los trabajadores, (...)dice que es John Lennon, y le decimos '¿quién vino hoy, John Lennon?' y el te dice 'hoy vino John Lennon' y canta, está integrado, funciona.” (C2) (p.109)*

Para finalizar nuestro análisis sobre la locura, nos pareció interesante retomar este relato que refleja las experiencias cotidianas que se dan en el dispositivo. Consideramos que la locura aparece como cierta particularidad que le es propia al sujeto y por la cual, se distingue y destaca del resto. Por tanto, podemos pensar la locura como rasgo inherente a todos los sujetos.

Escapando a las nociones de enfermedad, Stolkier y Ardila Gomez (2012), proponen pensar a los procesos inherentes a la vida misma, como pueden ser malestares, sufrimiento o singularidades que escapan de las normas, en términos de salud colectiva, poniendo en escena la vida y la subjetividad en el sentido social y singular (p.64)

Consideramos que en Emilianas estas singularidades, que integran a los sujetos, también pueden funcionar integradas al trabajo en el dispositivo. En este sentido, podemos pensarlo como un espacio que aloja, desde el respeto por la alteridad.

## **CONCLUSIONES**

Las significaciones acerca de la locura de los coordinadores del dispositivo Emilianas, en tanto construcciones de sentido, se inscriben en relación a un contexto histórico, social, político y económico. Por tanto, se plantean en relación a una concepción más amplia y superadora que el concepto de enfermedad mental. Se relaciona a la locura con el entorno social y comunitario, con las condiciones materiales de vida, en relación al sistema de producción social, y a los recursos simbólicos de los sujetos.

La locura aparece como emergente de desigualdades y condiciones de vulnerabilidad social. Como un modo particular de expresión de un malestar o sufrimiento asociado a condiciones de pobreza, exclusión, carencias de recursos materiales, subjetivos y vinculares. La locura puede surgir como reacción o crisis ante vivencias o eventos disruptivos, situaciones relacionadas a procesos vitales, que causan al sujeto sufrimiento psíquico. Por lo puede entenderse como estado transitorio, no permanente, asociando su reversibilidad a los recursos simbólicos y vinculares del sujeto.

También, encontramos referencias a la locura en tanto modo de estructuración asociado con la diferencia, la exclusión y la estigmatización. Esta diferencia reconocida como alteridad, no resulta inhabilitante, por lo que debe ser incluida en diversos espacios y circuitos de producción e intercambio social, como es el trabajo. En este sentido, la locura se vincula con el acceso a los derechos para vivir una vida digna, aunque sea de modo diferente.

En el emprendimiento la locura funciona integrada, ya que se la considera un aspecto inherente a todos los sujetos. En un marco de respeto, se reconocen las particularidades y singularidades, excepcionales, que destacan a cada sujeto.

Emilianas surge a partir de la reglamentación de la ley provincial de salud mental N.º 10.772. A su vez, esta reglamentación, se da en un contexto de crisis sanitaria y social, suscitado por la inundación de la ciudad de Santa Fe. Es a partir de este evento, que cobran un fuerte impulso las políticas públicas de promoción y prevención en salud, como también diversos dispositivos para la atención en salud mental. El principal objetivo del dispositivo es la producir efectos de salud a partir de la inclusión al trabajo. En este sentido, la inclusión al sistema de producción y los intercambios sociales y vinculares que éste habilita, permite el acceso y restitución de otros derechos esenciales. Es por esto que consideramos que el funcionamiento del dispositivo se basa en un enfoque de derechos, para la producción de efectos de salud.

La pandemia constituyó un escenario de crisis sanitaria, social, económica, política a nivel global, que conllevó medidas de aislamiento social para evitar la propagación del virus. En el interior del hospital se recrudecieron las medidas de aislamiento, y encierro. Este contexto, planteó un gran desafío para el funcionamiento y sostenimiento del dispositivo. El emprendimiento tuvo que reinventarse, y surgió una nueva unidad productiva que permitió expandir a la comunidad el trabajo del emprendimiento, a través de las redes sociales. El equipo de coordinación apeló a intervenciones creativas para sostener, acompañar y cuidar la salud integral de sus trabajadores. Así mismo se fortalecieron los lazos de pertenencia que sostienen al dispositivo.

El trabajo en el dispositivo, se realiza a través de abordajes integrales, interdisciplinarios, intersectoriales. A partir de espacios de participación real basados en las potencialidades y capacidades -como las asambleas- se apunta el desarrollo y fortalecimiento de la autonomía de los trabajadores. Estas intervenciones alternativas a lo manicomial, se encuentran ancladas a una perspectiva de derechos, y enmarcadas en la Ley de Salud Mental.

En el espacio institucional del Hospital Mira y López, conviven dos lógicas antagónicas. Mientras Emilianas se posiciona desde coordenadas alternativas, el hospital resiste desde lógica hegemónica de corte manicomial. Esta la convivencia no es sin conflictos y disputas de poder. En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental, es considerada como herramienta fundamental para discutir intervenciones, disputar y conquistar espacios. Así mismo, la falta de aplicación de la ley, genera dificultades al momento de intervenir de manera alternativa. Se destacan cientos obstáculos, principalmente en relación a la formación de profesionales de la salud mental, y la falta de recursos, humanos y materiales, para realizar prácticas interdisciplinarias y replicar dispositivos alternativos. Para esto, se requiere una pronta repuesta política, de inversión y financiamiento, que permitan generar políticas públicas sólidas.

En este punto creemos que estamos en condiciones de ratificar nuestra hipótesis inicial, en tanto, pudimos confirmar que las significaciones sociales de la locura de los coordinadores de Emilianas se inscriben en una lógica alternativa a lo manicomial, que se corresponden con los fundamentos, principios y objetivos de la Ley Nacional de Salud Mental. Así mismo, el contexto de pandemia exigió una reinención, no alteró esta inscripción y correlación de las prácticas alternativas, sino que éstas se reafirmaron y fortalecieron.

Emilianas redobla la apuesta, por un modo alternativo de alojar y acompañar trayectos de vida, basados en el trabajo como modo de restitución de derechos. Aunque en el contexto planteado, parezca una locura.

La complejidad del campo de la Salud Mental, admite distintos entrecruzamientos de diversas problemáticas, es así, que esperamos que nuestro trabajo haya generado aportes y preguntas que den lugar a futuras investigaciones. A partir de nuestro desarrollo, consideramos que emergieron cuestiones interesantes que pueden retomarse: pensar la locura en relación a las violencias por motivo de género y contextos de exclusión, como intervención integral en salud mental, y el entrecruzamiento de problemáticas de consumo y locura en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

## **BIBLIOGRAFÍA**

-AMARANTE, P. (2006) *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Argentina. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

-AMARANTE, P. (2016) *Salud mental y atención psicosocial*. Colección Salud Mental Colectiva, 7. Grupo 5. Madrid. Recuperado de:  
[https://xpsicopedagogia.com.ar/wpcontent/2018/03/Salud\\_Mental\\_Y\\_Atencion\\_Psicosocial.pdf](https://xpsicopedagogia.com.ar/wpcontent/2018/03/Salud_Mental_Y_Atencion_Psicosocial.pdf)

-ANZALDÚA ARCE, R. (2012) *Imaginario: creación de sentido*. 2a. ed. Universidad Pedagógica. México. Editorial Horizontes Educativos.

-BADANO, Ma. Del Rosario & DÍAZ, R. *Análisis de la entrevista: Frases significativas*. Seminario Apoyo Tesistas, Maestría en Trabajo Social - Facultad de Trabajo Social- Universidad Nacional de Entre Ríos. Recuperado de  
[http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat\\_catedra/analisis\\_entrevistas\\_frases\\_significativas.pdf](http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat_catedra/analisis_entrevistas_frases_significativas.pdf)

-BASAGLIA, F. (1977) *La mayoría marginada. (La ideología del control social)*. Editorial Laila, España.

- BASAGLIA, F. (2008) *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Topia Editorial. Buenos Aires. Argentina
- BORSOTTI, C. (2009) *Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas*. Editorial Miño y Dávila. Buenos Aires, Argentina.
- CASTORIADIS, C. (1983) *La institución imaginaria de la sociedad Vol. I*, Tusques, Barcelona.
- COHEN, H. (1994). *El proceso de desmanicomialización en Río Negro*. En O. Saidón / P. Troianovski (Comp.) *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.
- COHEN, H. y NATELLA, G. (2007) *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- COHEN, H. y NATELLA, G. (2013) *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- CORREA, A. (2013) *Trabajo, actividad y subjetividad: utilidad y sentido del trabajo en la cárcel*. En: Trabajo, actividad y subjetividad. Debates abiertos. ISBN 978-987-29270-2-8. Córdoba, Argentina.

DE LELLIS, M. (2013) *Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud*. Aletheia 41, p.8-23.

-DE LELLIS, M.; SOSA, M. (2011). *Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental*. IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población: Derecho a la salud y protección social. Instituto Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

-DE LELLIS, M; FOTIA, G.; CUELLO M.; PEREYRA, G.; DIETA, T.; MANCUSO, M.; LEZAETA, L. (2011). *Normativas de Salud Mental y Adicciones. Análisis comparado de la legislación nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Ponencia presentada en la Facultad de Ciencias Sociales. IX Jornadas de Salud y Población. Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

-DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. y ROTELLI, F. (1995). *La empresa social*. Nueva visión. Buenos Aires. Argentina. Recuperado de <http://conferenciabasagliargentina.org/la-empresa-social/>

-DI NANNO, A. (2008) *Hacia la construcción de una política en Salud Mental. Rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad*. Revista Argentina de clínica psicológica XVII.

-DI NELLA, Y. (2012) *Inclusión mental. Políticas públicas con enfoques de derechos (Por la suspensión del dogma manicomial)*. Buenos Aires, Argentina. Koyatún Editorial.

-ELICHIRY, N. (1987) *La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. En: Elichiry, N. (Compiladora). *El niño y la escuela: Reflexiones sobre lo obvio*. Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.

-FARAONE, S. (2012) *El acontecimiento de la ley de salud mental. Los debates en torno a su sanción*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Artículos Centrales. Año 2, N° 4.

-FARAONE, S. y BARCALA, A. (2020) *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental*. Editorial Teseo. Buenos Aires. Argentina.

-FARAONE, S.; IRIART, C.; OBERTI, M. (2021) *El campo de la salud mental en pandemia (y post pandemia). Una investigación en el espacio manicomial-asilar, los hospitales generales y los abordajes comunitarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de

-  
Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de:  
<https://www.aacademica.org/000074/22>

-FERNANDEZ, A. M. (2007) *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

-FLACSO. (2015) *Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de* -

FOUCAULT, M. (1991) *El juego de Michel Foucault*, en Foucault, M. Saber y verdad, trad. Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría, Madrid, España: Ediciones La Piqueta.

-FOUCAULT, M., (1967) *La historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económico: México.

-GALENDE, E. (1983) *La crisis del modelo médico en psiquiatría*. Cuadernos Médicos sociales N°23

-GALENDE, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

-GALENDE, E. (1994). *Modernidad, individuación y manicomios*. En O. Saidón y P. Troianovski (Comp.), *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.

-GARCIA FANLO, L. (2011) *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. Revista de Filosofía A Parte Rei N.º 74, España.

-GOFFMAN, E. (1961) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

-GUBER, R. (2004) *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

-GUIRADO, C. y GIL, M. (2021) *El campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe. Hacia una historización de políticas públicas, sentidos y prácticas*. Revista de la Escuela de Antropología XXIX, UNR, Argentina.

-HERNANDEZ, P. (2019) *El imaginario social de la salud mental. Un estudio de las características del imaginario social de la salud mental en usuarios y usuarias del Hospital General Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe*. Tesis de investigación, UADER, Entre Ríos, Argentina.

-LORES ARNAIZ, M. (1986) *Hacia una Epistemología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Belgrano.

MARTÍNEZ, M. (2014) *Juntas Especiales en Salud Mental, en la encrucijada de la institución judicial y la locura*. XI Congreso Argentino de Antropología Social. Rosario, Argentina.

-MARTÍNEZ, M. (2015) *Derecho y Salud Mental. Historia del tratamiento jurídico de la locura en la República Argentina*. Editorial Juris. Rosario, Argentina.

-MAXWELL, J. (1996) *Qualitative Research Desing. An Interactive Approach*. California, EEUU. Sage Publications.

-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2013) *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Decreto reglamentario 603/2013*. Buenos, Argentina.

-MOISE, C. (2000) *Trabajo, desempleo e impacto subjetivo*. En: Estado salud y desocupación: de la vulnerabilidad a la exclusión. Paidós. Argentina.

-PENCO, G. (2104) *Alternativas al encierro manicomial. Una descripción de las intervenciones con niñas/os y adolescentes que realizan los profesionales del Programa Provincial para el Abordaje Integral de la Salud Mental del CoPNAF, en el marco de la Ley de Salud Mental 26.657*. Tesis de investigación, UADER, Entre Ríos, Argentina.

-PEÑALTA CATALÁN, R. (2008) *Locos y locura al final de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas*. Revista de Filología Románica, Vol. 25 127-138  
*Programas de Salud Pública*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Chile. Recuperado de: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>

-SALAVERRY, O. (2012) *La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental*. Recuperado de: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2012.v29n1/143-148/es/>

-SAMPAYO, A. (2005) *La desmanicomialización como práctica contra hegemónica en el abordaje de la salud mental*. Tesis de investigación, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.

-SARMIENTO, E. (2018) *Dispositivos alternativos en Salud Mental: el proceso de desmanicomialización en clave santafesina*. Tesis de investigación, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.

-SIRVENT, M. (2006) *El proceso de Investigación*. Ficha de Cátedra, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de [http://postitulo.socioeducativa.infod.edu.ar/archivos/repositorio/500/718Sirvent\\_El\\_proceso\\_de\\_investigacion.pdf](http://postitulo.socioeducativa.infod.edu.ar/archivos/repositorio/500/718Sirvent_El_proceso_de_investigacion.pdf)

- 
- SIRVENT, M. (2006) *Nociones básicas de contexto de descubrimiento y situación problemática*. Notas preliminares del libro en elaboración con Luis Rigal: Metodología de la Investigación social y educativa; diferentes caminos de producción de conocimiento. Recuperado de [http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat\\_catedra/contexto\\_sitproblematica\\_problema\\_sirvent.pdf](http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat_catedra/contexto_sitproblematica_problema_sirvent.pdf)
- SKATE, R. (1998) *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España. Editorial Morata.
- 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 Dr. Emilio Mira y López de la Ciudad de Santa Fe*, V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. La Plata. Argentina.
- STOLKINER, A. (1987) *Supuestos epistemológicos comunes en las prácticas de salud y educación*, en *El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio*, comp. Elichiry, N. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Nueva Visión.
- STOLKINER, A. (1988) *Prácticas en Salud Mental*. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, Colombia.
- STOLKINER, A. (1999) *Equipos Interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes?* Revista Campo Psi-Revista de Información especializada Año 3, N° 12. -STOLKINER, A. (1999) *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada Año 3, N° 10.
- STOLKINER, A. (2005) *Interdisciplina y Salud Mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provincial de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Argentina.
- STOLKINER, A. (2020) *El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia*. Soberanía Sanitaria: Revista digital, Especial pandemia. Recperado de: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-campo-de-la-salud-mental-y-sus-practicas-en-la-situacionde-pandemia/>
- STOLKINER, A. (2022) *La pandemia nos dejó una sensación de desesperanza y aún estamos elaborando las defensas*. Redacción Mayo: pensar el país desde adentro. Recperado de: <https://www.redaccionmayo.com.ar/convivencias/la-pandemia-nos-dejo-una-sensacion-desesperanzaaun-estamos-elaborando-defensas-n11933>

STOLKINER, A. (2022) *Los desafíos de la salud mental en la pospandemia: "La demanda ya aumentó"*. Artículo periodístico, Página 12. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/401524-losdesafios-de-la-salud-mental-en-la-pospandemia-la-demanda>

-STOLKINER, A. y ARDILA GOMEZ, S. (2012) *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas*. Polemos; Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII, (101), 57-67.

-TAYLOR, S. BOGDAN, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativo de investigación*. Barcelona, España. Editorial Paidós.

-TROPÉ, H. (2010) *La Inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII (y II). La eliminación de los herejes*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. 30, N° 107: 465-486

-TROPÉ, H. (2010) *Locura e inquisición en la España del siglo XVII*. Norte de salud mental, Vol. III, N° 36: 90-101.

-VEGA,G. (2017) *El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la "microfísica" y el tratamiento de la multiplicidad*. Nuevo Itinerario Revista digital de Filosofía ISSN 1850-3578, Argentina.

## **ANEXO**

### **ENTREVISTA N°1**

- *¿Cómo y cuándo surge el Dispositivo? y si participaste desde el comienzo.*

- Cuando surge yo no formaba parte del Emprendimiento, yo estaba en el equipo de Gestión de la Dirección de Salud Mental. El Emprendimiento surge, es interesante pensarlo desde esas coordenadas, porque el emprendimiento surge cuando se reglamenta la Ley Provincial de Salud Mental. La Ley Provincial es del año 1991 y se reglamenta en el año 2007. Esa reglamentación fue un trabajo de la Dirección Provincial de Salud Mental que se había recreado, re-instaurado en el año 2003-2004 después de la inundación, fue un trabajo muy transversal, hubo muchas instancias de debate y de discusión, te resumo, por qué decía esto.. porque en realidad la Ley, la letra de la Ley en sí misma no tiene demasiados puntos concretos de transformaciones. Pero en la reglamentación se lograron incorporar, acorde a los puntos de la ley, algunos ítems bastante interesantes, que de hecho es muy a tono, en sintonía con lo que después fue la Ley Nacional de Salud Mental. En la Ley Provincial se incorpora en un artículo la promoción de dispositivos sustitutivos y enuncia algunos, entre los que

-  
menciona casas de medio camino y emprendimientos productivos. En ese marco y en un contexto en el que la Dirección del Hospital Mira y López estaba en sintonía y formaba parte del Equipo de Gestión de la Dirección Provincial de Salud Mental, en un momento político en el que el Hospital Mira y López era considerado un dispositivo más dentro de las líneas, de las políticas públicas en Salud Mental, se promueve este dispositivo que también tuvo mucho que ver con un trabajo bastante aceitado que estaban haciendo la Dirección del Hospital con la cooperadora. Una cooperadora que en ese momento, en ese contexto, y con todos estos elementos plantea que quiere apoyar este tipo de dispositivos. Además de hacer rifas, té bingos, etc para comprar frazadas, sábanas, colchones, equipamientos y demás, que es lo que suelen hacer las cooperadoras; la cooperadora dice "nosotros queremos apoyar la creación de estos dispositivos. Entonces, por eso nosotros siempre decimos, nuestro slogan de presentación: "que es un esfuerzo mancomunado de la Dirección del Hospital Mira y López, la Dirección Provincial de Salud Mental y la Cooperadora del Hospital".

En ese contexto es que se piensa este dispositivo, en un inicio, intentando transformar el Hospital de Día del Mira y López para darle otra lógica. Se comienza a trabajar en ese sentido, de hecho, muchos de los actuales trabajadores del Emprendimiento vinieron del Hospital de Día. En un momento, en el que no pudo haber acuerdo para que el Emprendimiento sea una transformación del Hospital de Día, se separan los proyectos. El Hospital de Día continúa y el Emprendimiento nace entrevistando y ofertando el espacio a los usuarios que integraban el Hospital de Día. Muchos, inclusive alguno de los actuales, tenían su tránsito y optan por dejar el Hospital de Día, hubo una transición por supuesto entre los dos espacios, pero eligen incorporarse al Emprendimiento productivo.

*-¿En qué momento te incorporas al emprendimiento y con qué te encontraste?*

Yo en realidad formaba parte de otro equipo, otro dispositivo de la Dirección Provincial de Salud Mental, que es el equipo de Fortalecimiento. Por diferentes razones, coyunturales, en las cuales el dispositivo de Fortalecimiento fue cambiando de características y a su vez, el Emprendimiento estaba demandando a la Directora Provincial de Salud Mental de ese momento, la incorporación de un profesional psi para su equipo... que lo habían tenido, algunos integrantes psicólogos y por otras razones también se habían ido, entonces yo empecé. Estuve dos años formando parte de los dos dispositivos, tres días en el equipo de Fortalecimiento y dos en el Emprendimiento. Hará siete años que estoy en el Emprendimiento.

*-¿Podes contarme sobre los objetivos que persigue el dispositivo?*

- El dispositivo surge en esta perspectiva del campo de la Salud Mental, en una idea de restitución de derechos. Aborda el punto en el que una persona con padecimientos subjetivos, teniendo algún tránsito por espacios de atención.... psiquiátrica específicamente, en la mayoría de los casos, pierden el derecho al trabajo. Hay una sustracción de múltiples derechos cuando una persona presenta padecimientos subjetivos. En este caso se aborda el tema del trabajo. Hay muchas dificultades para

que estos pacientes, estos usuarios, estas personas se incorporen y digo incorporen porque en general ya lo perdieron, también podría ser que 'sostengan' si es que estaban en el campo laboral previamente o que se incorporen al mundo del trabajo en el marco de las coordenadas capitalistas del trabajo. Entonces el Emprendimiento piensa cómo, de alguna manera, responder a esa problemática. En realidad primero se problematiza sobre eso y piensa cómo poder abordar esas dificultades conformando un Emprendimiento Productivo. Nosotros siempre lo tratamos como de diferenciar, no desde una connotación en términos de malo o bueno sino por una diferencia, con los talleres. La idea no es hacer talleres, talleres laborales, sino generar trabajo. Que no es lo mismo que empleo. Porque las coordenadas sobre las que el Emprendimiento se sustenta, por supuesto no las inventa, se toman experiencias en otros lugares... La más rimbombante es la experiencia de Trieste, la experiencia basagliana y de otras experiencias en el país. Por eso digo que no inventa nada, pero bueno, toma la coordenadas de la Empresa Social. Justamente porque nos parece que es la organización que puede permitir, desde los valores del cooperativismo, del bien común y la solidaridad, alojar las diferencias.

- *¿Cuáles son los criterios de admisión?*
- Mirá, te voy a contar cosas pero no son rigurosas y además son cosas que vamos construyendo todo el tiempo. Hay, no un criterio de admisión en términos de lo que los profesionales de la salud entendemos porque no es clínico. Sí hay un criterio que está desde el inicio y es inamovible: para que ingresen más trabajadores tiene que haber más trabajo. Los trabajadores del Emprendimiento se distribuyen un excedente de ganancias en relación a su trabajo. Retiran un excedente en relación al trabajo que desarrollan y eso para nosotros es una premisa fundamental, fundacional, es lo que lo hace diferente a un taller. Quien ingrese a Emilianas tiene que recibir una retribución por su trabajo, porque es un trabajo. Te decía que hay un criterio para que ingresen nuevos trabajadores o tiene que haber uno que dejó, porque se va o no pudo sostener el trabajo entonces se genera una vacante, o hay más trabajo y entonces hay ampliación. La premisa es que el ingreso de un nuevo trabajador no disminuya el ingreso de los que ya están, porque en realidad también tratamos de sostener, en general fallidamente, pero tratamos de sostener la premisa de un mejoramiento en los ingresos. La verdad que vamos medio que perdiendo por los avatares también de la realidad económica, porque por supuesto a nosotros nos tocan todas las crisis económicas también porque es un emprendimiento productivo. Entonces con la crisis económica de Macri, así como todos los emprendimientos gastronómicos estaban en crisis por la baja de demanda, el Emprendimiento también. Ese es un criterio, que no es clínico, que no es de la clínica que los profesionales de la salud interpretamos. Para nosotros, es clínico porque hace a la esencia y al objetivo del Emprendimiento. Después hemos ensayado diferentes estrategias. En un momento por ejemplo nos resultaba muy difícil trabajar... osea nosotros nos consideramos, decimos que el Emprendimiento es una intersección entre la empresa social y un dispositivo de salud. Es las dos cosas. Pero entendemos que son dos cosas. Entonces en el campo de la Salud creemos que el Emprendimiento puede ser también un dispositivo que tenga injerencia en las

-  
estrategias clínicas, no es que las encabeza, no es que las dirige, pero nos parece que somos parte de las discusiones de las estrategias clínicas que pueden llevar adelante los profesionales tratantes. Nos costaba mucho encontrar profesionales tratantes (risas) para discutir. Había derivaciones, un psiquiatra sugería a un paciente que vaya al Emprendimiento. Suponé que en ese momento el Emprendimiento tenía cupo y se daba un ingreso. Después no había manera de poder discutir respecto de las trayectorias de salud de los trabajadores con alguien. Entonces en un momento pensamos que la condición sea que haya un equipo derivador... bue... Lo intentamos poner en práctica y terminamos pensando que en realidad, los que terminaban perjudicándose, nuevamente, eran los pacientes por no estar esa pata. Entonces eso lo sostenemos en cuanto a premisa pero no es un criterio que excluya. Tratamos de que no haya criterios excluyentes. En realidad nosotros pensamos que... lo que si tenemos organizada... no es una admisión, sino una incorporación que tiene pasos. Entonces un aspirante a incorporarse al Emprendimiento viene a alguna entrevista con los coordinadores, se le cuenta de que se trata el Emprendimiento, se le pregunta respecto a las expectativas y ahí muchas veces se dirimen..."bueno no me mandaron", "yo necesito plata" diferentes intereses respecto de eso, se le dice que lo piense y en caso de aceptarlo, tiene un mes en el que no participa de las ganancias y es como un mes de capacitación, que también es un mes para ver si se halla, si le gusta y si es posible su incorporación en un montón de sentidos. Y después hay, que tampoco son excluyentes, pero la experiencia nos ha dado algunos elementos que algunas veces, insisto que no es excluyente porque hay de esas problemáticas entre los integrantes del Emprendimiento, pero se torna bastante difícil en situaciones de adicciones, en relación justamente al ingreso de dinero. Nos hemos encontrado en situaciones en las que la indicación médica es que el paciente no puede manejar plata y uno de los objetivos del Emprendimiento es generar la autonomía. Lo hemos hecho, lo hemos abordado, por eso digo que no es excluyente, hay de esas situaciones en el Emprendimiento, en este momento. Pero la experiencia nos ha dado tener algunas advertencias en relación a determinadas problemáticas, que no se

toman como criterio de admisión. Después otro criterio, como universal, es que sea mayor de edad, porque es un trabajo.

- *¿Qué actividades realizan en el Emprendimiento y cómo está organizado?*

- Te puedo contar algo... que era...y no sabemos si va a volver a ser (risas) porque la pandemia también nos ha exigido reinventarnos y buscar diferentes alternativas. El emprendimiento se fue organizando en unidades productivas, como para pensar el armado de la empresa social. Las unidades productivas, que teníamos activas antes de la pandemia, eran la planta de producción, el servicio de catering y el servicio de cantinas que primero fue en el Hospital Mira y López y después se incorporó la del CEMAFE. (suspiro) si no hay catering y sin la cantina del CEMAFE . Nos organizamos en generar ventas, desplegar otras estrategias que antes no teníamos. Porque el servicio de catering era, en realidad, la fuente de ingresos más importante del Emprendimiento y lo va a seguir siendo. No tenemos manera de igualar los ingresos del Emprendimiento con otra cosa como era con los catering porque es la venta de un servicio, no solamente de alimentos. Nosotros ya veníamos, cuando se abrió la cantina del CEMAFE para poder darnos todo un tiempo de apuesta a ese dispositivo, nos presentamos en un proyecto de entrenamiento para el trabajo que es del Ministerio de Trabajo de la Nación. Ya teníamos aprobado, el año pasado tuvimos aprobados, dos de esos entrenamientos entonces este año lo renovamos. Nosotros en realidad quisiéramos no necesitar de esos Programas pero la verdad que hoy sería imposible que el Emprendimiento esté en pie si no fuera por esos Programas. Hoy estamos más encabezados en generar productos, generar ventas especiales, con productos con valor agregado. Entonces decimos que nació una nueva unidad productiva. El trabajo en unidades productivas nos permite esto, ver cómo una unidad puede aportar a la otra generando más ingresos. La verdad que la pandemia en general nos generó una experiencia increíble. Nosotros teníamos mucho temor al inicio, nosotros el 15 de febrero nos indicaron que teníamos que cerrar, el 13 de febrero teníamos un servicio de catering pedido para 600 personas que nos lo suspenden el día anterior. Teníamos todo comprado y prácticamente todo hecho, entonces eso también hizo que la pandemia impactara en cada uno de nosotros y de los trabajadores antes de las medidas gubernamentales. Nosotros tuvimos registro de la dimensión de la pandemia estrictamente por cuestiones laborales y para mí eso estuvo implicación en los trabajadores que yo no puedo, en este momento, conmensurar pero estoy segura que las tuvo. El impacto en los trabajadores primero, no fue el presidente declarando el aislamiento, sino que nos suspendieron un trabajo que nos había llevado dos semanas (risas) de muchísimo esfuerzo y tuvimos que ver qué hacíamos con eso. Después vino el tiempo de aislamiento y nosotros la verdad estábamos muy preocupados. Y se generó... lo que surgió fue justamente todo lo que el Emprendimiento, por lo que el Emprendimiento fue creado y sobre lo que se sustenta: se generaron lazos increíbles de pertenencia. Los trabajadores, con una necesidad de conectarse, de comunicarse. Entre los coordinadores nos distribuimos, hicimos como sostén telefónico, le hacíamos un segui-.. un acompañamiento telefónico, atentos a cuestiones de salud, de sus tratamientos, gestionando y

articulando si alguno se había quedado sin medicación. Pero había una necesidad de comunicarse entre ellos y había varios que no tenían celular, entonces se empezó a disparar toda una cosa de: grabarse mensajes, entonces nosotros éramos el vehículo, hacíamos visitas domiciliarias y les hacíamos escuchar el video que le había grabado el compañero y todos sosteniendo la pregunta de 'cuándo volvemos, cuando volvemos, cuando volvemos', 'necesitamos trabajar', 'qué va a pasar'. Fue como un, realmente, un sostén importante desde el trabajo. Cuando nos autorizaron a volver a trabajar que fue en el mes de mayo...nosotros estuvimos en cuarentena, los coordinadores digo, estricta...una semana y media, después empezamos a ir al Emprendimiento, empezamos a hacer esto que cuento de las visitas, de las coordinaciones y otro tipo de tareas, tuvimos que presentar el Entrenamiento para el Trabajo y demás. Cuando nos autorizaron a volver hubo un mes de paro de colectivos y no pudimos arrancar (risas) y arrancamos con una asamblea donde planteamos que, en realidad, había que decidir... El Emprendimiento no tenía plata, porque no habíamos podido trabajar todos esos meses, había quedado algo de lo que se había podido trabajar los días de febrero pero que era lo único que había. Y que teníamos que decidir qué hacer... podía pasar que trabajemos y no se cobre y no se distribuya, hubo que decidir que se hacía con los trabajadores que tenían que estar en sus casas porque eran pacientes de riesgo entonces no podían ir a trabajar. Se tomaron decisiones en asamblea y se decidió que había que trabajar igual, aunque no se cobrara. Se decidió que todos tenían que cobrar aunque no pudieran estar yendo a trabajar. En esos parámetros nos estamos sosteniendo hoy... me parece que me fui por las ramas... Hay cosas que fueron durante un montón de tiempo de una manera... Vos me preguntaste por el modo de organización, es ese, la planta de producción, las cantinas y la idea es que los trabajadores, cuando ingresan, puedan transitar por todos los espacios. Y después es la búsqueda de cuál es el lugar que mejor les cabe, en el que se sienten más cómodos o en el que pueden desenvolverse mejor, en relación a las necesidades, y a veces en relación al estado de salud o subjetivo de los trabajadores, entonces eso va variando en esas dos coordenadas.

*-Vos me hablaste sobre cómo se sustentan económicamente, que es en relación a la producción y al trabajo que va surgiendo. Inicialmente, el emprendimiento arranca con el aporte de la cooperativa.*

- La cooperativa sigue siendo parte del Emprendimiento porque de hecho es nuestra figura legal. Las cosas que el Emprendimiento puede convertirse en proveedor del Estado. Los servicios de catering nosotros mayoritariamente se los hacíamos al Estado, también al privado, pero mayoritariamente al Estado, para cursos de capacitación, para eventos en los que el Estado si o si iba a contratar un servicio gastronómico. La posibilidad del Emprendimiento de facturar esos servicios es a través de la cooperativa. Que se sustenta, las bases de sus estatutos, incorpora las bases de apoyo, como rol social que tiene la cooperativa, apoyo a este tipo de dispositivos.

- *En relación a las estrategias de intervención que diagraman los coordinadores ¿qué lugar ocupa la interdisciplina? si es que lo ocupa...*
- TODO. En realidad te diría que es una interdisciplina mucho más amplia de los profesionales que integran el Emprendimiento porque es una interdisciplina de campos. Nosotros también trabajamos desde lo interdisciplinario en relación al campo laboral, al campo legal, al campo económico, al campo psi. Hay como muchos discursos entrelazados. Además nosotros tenemos los trabajadores, los usuarios, para poder diferenciarlo: en el Emprendimiento son trabajadores. Entonces nosotros pensamos y discutimos un montón respecto de las diferentes estrategias con cada uno de ellos o con las problemáticas que puedan ir surgiendo, en relación a esa figura, a ese signifiicante: son trabajadores. Muchas veces eso también responde a que yo no soy la psicóloga de ellos, en todo caso soy la psicóloga del Emprendimiento. Mis aportes tienen que ver con una lectura, con una escucha, pero yo no hago tratamientos... entonces muchas veces hay limitaciones porque las personas en sus trabajos se cuidan y nosotros apostamos a eso. Porque nos parece muy importante que ellos se constituyan desde ese signifiicante de trabajador. Es estrictamente interdisciplinario el abordaje. Después nosotros hacemos constantemente re-preguntas respecto de nuestras prácticas, tenemos supervisiones, somos bastante insistentes en eso. Y bueno, (risas) habrá momentos en los que eso funciona mejor o peor, habrá momentos en los que eso se tensa o no, pero es desde ahí.
- *En esto que mencionas sobre una interdisciplina ampliada, con distintos campos y discursos, ¿hay alguna relación del Emprendimiento y el Hospital Mira y López? que es donde surge el Emprendimiento.*
- Hay momentos. Yo creo que sí hay una relación. La relación se puede describir de un montón de maneras, puede haber momentos de más trabajo en conjunto. Yo creo que la relación se da en la inserción y es además, por ejemplo, creo que es a través de la cantina uno de los lugares en los que el Emprendimiento tiene una inserción en el Hospital además de una relación. Eso genera muchas cosas, también hay otro tipo de relaciones. Nosotros decimos que hay ahí como un trabajo que está a medio camino. Hubo muchas cosas que al inicio fueron como muy potentes, muy importantes y que podrían pensarse en términos transformadores. Nosotros creemos que eso tuvo una detención. Hubo un momento en el que eso se detuvo en ese empuje transformador. Te lo pongo con ejemplos: en el inicio hubo disputas en relación al uso de la movilidad del Hospital. Hubo que disputar y discutir que la movilidad del Hospital nos lleve a los catering así como iba a buscar alopídol a la farmacia central. Así como la movilidad se usaba para el transporte del alopídol (risas) o como llevaba a los pacientes de la sala a cobrar al cajero o a tramitar pensiones, para nosotros la movilidad también tenía que ocuparse de esto. Fue toda una disputa y se logró. Y eso generó una transformación porque generó estas discusiones... ¿por qué la movilidad puede ir a llevar a la trabajadora social con un paciente a pensiones nacionales para tramitar una pensión y no puede llevar un grupo de usuarios a hacer un

catering? Otra discusión fue que los trabajadores puedan retirar llave. No hay ningún paciente o usuario en salud mental del Hospital que retire llave de un espacio del Hospital. Para nosotros era clave eso. Esas fueron disputas que generaron transformaciones. Lo que nosotros estuvimos evaluando los últimos años es que son transformaciones que no irradian. El Emprendimiento sí es visto de una manera diferente por el resto del Hospital, los pacientes que forman parte del Emprendimiento. Osea los trabajadores del Emprendimiento sí tienen una mirada diferente del resto del Hospital pero no sale de ahí. Creemos que queda ahí, sólo en los integrantes del Emprendimiento. Te voy a contar algo que es, para mí, alucinante. Hace unos años, la Radio hace todos los 21 de septiembre un torneo de fútbol donde compiten mantenimiento contra residentes, administración contra tal... todos los escalafones que integran, como trabajadores, del Hospital. Pusieron un cartel en el hall de entrada que 'todos los trabajadores del Hospital se inscriban al torneo'. Y los trabajadores de Emilianas se inscribieron (risas). Y dijimos: ¿qué hacemos? Y entonces participó Emilianas y compitió contra mantenimiento... ¿y qué pasó? Al equipo de Emilianas se sumaron pacientes de la sala, nos faltaba equipo... (risas) entonces esos otros pacientes de la sala se unieron. Se armó un despelote bárbaro. Terminó siendo un kilombo, pero también terminó mostrando ese quiebre, porque hasta ese momento, los pacientes de la sala nunca participaron de ese torneo, aunque sepa jugar al fútbol. Fue como muy interesante. Pero son los trabajadores de Emilianas, no es que eso cambia la mirada respecto del padecimiento, de la locura. De hecho, eso se repitió al año siguiente, ya se dio por sentado que Emilianas participaba. El segundo año algún trabajador del Hospital se unió a nuestro equipo, se sumó, uno de mantenimiento eligió integrar nuestro equipo. Pero en el partido se escucharon cosas espantosas: 'cómo el loco este de mierda te va a hacer un gol', también se ponen en juego todas las representaciones respecto de la locura. Que es lo mismo que pasa en la sociedad misma.

- *¿Cómo entendés a la locura? ¿Cómo la definirías?*
- Hay diferentes maneras, yo de hecho dije 'locura' y no dije psicosis, no dije esquizofrenia, porque me parece que uno puede pensar en distintos campos. El Emprendimiento lo piensa en términos de la locura porque no tiene en sí mismo el objetivo de establecer diagnósticos. Tratamos de nutrirnos de otros términos que nos permitan alguna amplitud, no porque no podamos decir psicótico, esquizofrénico, en todo caso, no nos son necesarios en algunos momentos. En otros momentos sí, para poder comprender algún tipo de tránsito, de padecimiento. Pero lo pensamos en términos de locura, esto que pueda atravesar la vida de una persona pero no necesariamente lo anula en toda su subjetividad o en todo su ser. No me voy a poner psicoanalista... Entonces decimos que más allá del modo en que una persona pueda lidiar con sus estructuras y con su vida, eso no implica necesariamente que lo imposibilite para desarrollar diferentes actividades, entre ellas el trabajo. Hay un texto de Sousa Campos, que es un médico generalista que ha trabajado mucho en el campo de la Salud Mental, brasilero, tuvo un cargo en el Ministerio de Salud de Lula y tuvo mucha injerencia en la reforma

manicomial de Brasil. Él habla en un texto de 'poner la enfermedad entre paréntesis'. No es negarla, no es desconocerla, no es respetarla (?), pero ponerla entre paréntesis hace que no esté puesta en el foco. Entonces para nosotros la locura puede ser también un modo de vida, el punto es, que sea una vida vivible, y ahí están. Muchas veces hacen falta tratamientos, hacen falta medicaciones, hacen falta muchas cosas que puedan hacer eso vivible.

- *Cuáles consideras que pueden ser los determinantes de la locura?*
- A mí me parece que hay cuestiones estructurales, subjetivas. Estructuras desde el psicoanálisis, me parece que hay cuestiones estructurales. Lo que sí me parece es que los desencadenamientos o las contenciones o los devenires de esa locura sí pueden tener que ver con muchas otras cosas que no son individuales. Yo creo que hay cuestiones estructurales de la subjetividad pero también el devenir de esa locura va a estar marcado por cuestiones que no son individuales, son sociales y de colectivos. Nosotros no hacemos diagnósticos, hacemos lecturas de situaciones. Ahí está también la interdisciplina, los aportes, las escuchas de cada uno desde su campo. Hacemos lecturas de situaciones, nosotros no tenemos en nuestros objetivos la obligatoriedad de poner diagnósticos. Por eso digo que hacemos lecturas de situaciones que, por supuesto incluyen coordenadas de las individualidades, los trayectos individuales subjetivos de cada uno pero no ponemos el nombre. No somos quienes diagnosticamos.
- *A la hora de realizar un abordaje ¿qué factores intervienen? (al abordar la locura)*
- No sé si termino de interpretar, por eso te decía que en realidad abordamos situaciones. Entonces, en todo caso, tratamos de identificar el padecimiento, de donde viene y tratamos de encauzar algunas estrategias que vayan en torno a revertir eso. Siempre siendo respetuosos de las estructuras. ¿Qué quiero decir con esto? Si hay un paciente que estructuralmente no puede responsabilizarse, por ejemplo, buscamos estrategias de otro orden, buscar otros recursos que le permitan ser parte de un conjunto. Después, trabajar en conjunto con los médicos tratantes, si no los hay, los promovemos, promovemos e indicamos. Hay muchas veces que los trabajadores tienen la indicación que tienen que continuar con sus tratamientos para poder ser parte de Emilianas. Siempre lo hacemos desde la experiencia de que es lo que les está permitiendo sostener el trabajo, no desde una orden, desde una autoridad. ¿Se entiende? Alguien deja la medicación, tiene un brote... no puede trabajar, no puede sostener el trabajo y es desde ese lugar que se aborda, nosotros, la necesidad de restablecer un tratamiento que le pueda permitir condiciones para sostener un trabajo. Entonces, es cierto muchas veces hay indicaciones de que para estar en el Emprendimiento, para continuar en el Emprendimiento, y ahí hacemos jugar este cruce entre el dispositivo de salud y la empresa social. A veces somos más empresa que dispositivo de salud y (risas) a veces somos más dispositivo de salud que empresa y ahí, en esa tensión, vamos trabajando. Por eso yo te decía hoy que nos hemos encontrado en situaciones-

pero siempre en términos de pregunta, no de órdenes- en las que por ejemplo para una persona con una seria adicción que es parte del Emprendimiento y en un momento realmente empieza a tener un deterioro muy serio. Nos empezamos a preguntar qué lugar ocupa el Emprendimiento cuando sólo es la posibilidad de un ingreso de dinero para seguir consumiendo. Entonces ahí nos preguntamos qué lugar ocupa el Emprendimiento en esa trayectoria.

- *¿Cómo entendés a la Salud Mental?*
- Es imposible (risas) yo siempre salgo de estos aprietos con una definición de Ulloa que decía algo así como que 'la Salud Mental eran las herramientas que desplegaba un sujeto ante los múltiples rostros de la enfermedad'. Me parece que la Salud Mental es un campo de intervención que no es exclusivo de una disciplina y que necesariamente tiene una mirada integral. Requiere de una mirada integral en tanto una persona para poder gozar, por decirlo de una manera, no me gusta mucho ese término, de salud mental necesita tener trabajo, vivir en un lugar digno, etc. Hay muchos cruces respecto del campo de lo que uno puede entender como Salud Mental que van más allá, son más amplios que la psiquiatría y el diagnóstico psiquiátrico, que lo abarca, no estoy desmereciéndolo ni desconociéndolo, pero es más amplio y nos parece y consideramos que es desde el campo de la Salud Mental que el Emprendimiento tiene razón de ser. Consideramos que una persona puede estar tratada, medicada, en terapia, pero si no puede trabajar, si no puede tener un ingreso, si no puede disponer de su vida libremente, bueno eso está limitado.
- *¿Qué entendés por lógica manicomial?*
- Está muy buena la pregunta. Entiendo las lógicas manicomiales en general a aquellas lógicas, aquellas prácticas que no van en pos de la autonomía de los pacientes, que no tienen en cuenta al paciente en sus intervenciones y que no abordan, justamente, caminos que lo acerquen a las autonomías que para ese paciente sean posibles. No hay una para todos, no es la misma, pero si la máxima posible para cada uno y que, fundamentalmente, que sea tenido en cuenta en relación a las prácticas que se le aplican. Asocio la lógica manicomial con la alienación. La idea de no respetar derechos, de dejar de ver a ese sujeto o a esa persona como una persona con derechos. Por eso me parece que la Ley de Salud Mental tenga como punto de partida los Derechos Humanos, me parece básico para poder pensar lógicas desmanicomializantes.
- *¿Cuál crees que es la lógica que predomina en el Hospital Mira y López?*
- (risas) No. Si. Claramente una cuestión de puja. Lo que pasa es que también yo soy de las que cree que las transformaciones... Hay diferentes posturas y yo misma puedo cambiar y puedo tener en distintos momentos distintas posturas en cuanto a las estrategias. Por lo general pienso y acuerdo con

que hay que disputar poderes. Que la lógica manicomial, es una lógica instalada, está admitida y tiene mucho poder y hay que disputar ese poder haciendo, mostrando, sosteniendo otras lógicas. No es solamente teórico. De todos modos, Galende, ya cansado y viejo dice 'ustedes perdonenme, pero me parece que en Argentina estamos dando muchas vueltas, hay que poner un candado en todos los manicomios y acuérdense que no va a pasar nada porque en tal lugar se hizo...'. Bueno capaz que sí. Que hay que cerrarlos hay que cerrarlos, pero la estrategia para eso puedo yo misma ir diciendo '¿cuál será?'. Por supuesto que en el Hospital predominan las lógicas manicomiales. Y ojo, hay que tener muy en cuenta también que en los dispositivos también pueden, muchas veces, nosotros vivimos preguntándonos porque nosotros también podemos caer en lógicas manicomiales. Me parece que no hay que pensarlo como un 'versus'. Entonces nosotros como somos un emprendimiento sustitutivo, porque somos un emprendimiento productivo, porque respondemos al artículo tal de la Ley de Salud Mental: somos desmanicomializantes. Yo creo que en un montón de cosas sí. Pero también nos tenemos que preguntar todo el tiempo porque nosotros también podemos reproducir esas lógicas. No es exclusiva de las salas de internación.

- *En la cuestión del atravesamiento y la puja de poder entre distintas lógicas ¿Cómo se puede articular el trabajo del dispositivo con el trabajo en el Hospital?*
- Yo creo que no hay que pensar en absolutos. Es una manera mía de verlo. Nosotros me parece que disputamos eso en un montón de cuestiones y creo que vamos teniendo avances. Lo que digo es que no es amplificado. A nosotros nos hizo mucho ruido cuando cumplimos diez años. Ya no podemos seguir contando como que EL logro fue que la movilidad nos lleve a los catering. De hecho, nosotros pensamos que tenemos que salir del Hospital, que el Emprendimiento tiene que funcionar en otro lugar. Y hay muchos que no, que piensan que el Emprendimiento dentro del Hospital tiene justamente esta función y también es válido. En realidad hay disputas que se dan por el hacer mismo. Te pongo otro ejemplo: un paciente, un trabajador de Emilianas, queda internado. No hay nada que impida, si él está en condiciones de salud para trabajar, no hay ningún impedimento que si está internado pueda seguir yendo al dispositivo. La condición es que esté en condiciones, en eso trabajamos con los equipos tratantes, que puedan sugerir si es conveniente o no pensando exclusivamente en su salud, en su bienestar y en su cuidado. Bueno: paciente internado en la sala trabajando en el Emprendimiento. En la sala, le dan la ropa "la gente del ropero", tiene que ir a un catering y viene vestido disfrazado. Entonces, trabajamos con la gente del ropero: 'miren Juan, además de ser un paciente de la sala, trabaja. Tiene que ir a servir a un catering, tiene que vestirse de otra manera'. ¿Cómo hacemos esto? En otra oportunidad Juan mismo fue a decirles 'miren que hoy tengo un catering, denme algo...' Registro, de que si importa como estés vestido. La sensación cuando vos ves los pacientes de la sala es que no importa como estén vestidos. El registro de que sí importa como esté vestido creo que ya es un 'algo' que se siembra ahí como pregunta. Lo que yo digo es que eso no es lo suficiente para que se

tome una determinación de cómo funciona el ropero del Hospital. Pero hace algún ruido. Esas disputas me parecen alucinantes, porque cuando empiezan a ver esos problemas con pacientes en la sala es cuando yo digo 'bueno, estamos haciendo las cosas bien'. Porque es lógico que tengamos dificultades respecto de las lógicas, es así. Si no las tuviéramos, estaríamos siendo otra cosa. Entonces cuando empezamos a ver esas dificultades, yo las celebro y pongámonos a trabajar con eso, porque sino la sala no discutiría con nada. Otro problema, en la sala se toma el desayuno a las 8 hs, o se pueden bañar a tal hora. Había un problema con el horario. Al Emprendimiento se entra a trabajar a las 8hs ¿Cómo hacemos? O el almuerzo es hasta las 12hs, pero tenemos un catering hasta las 14hs ¿Cómo hacemos, le guardan la comida, se va a quedar sin comer? Pero te das cuenta que en realidad esas dificultades empiezan a aparecer cuando aparecen otras coordenadas en la organización de la vida. Que en este caso son las del trabajo. No es lo mismo un paciente que va a estar toda la mañana en el jardincito esperando que le digan cuándo desayunar, cuándo tomar la medicación, cuándo almorzar, cuándo irse a dormir, a alguien que trabaja. Y esos no somos nosotros, es el trabajo el que pone las coordenadas que disputa, en ese caso esas lógicas.

- *En relación a las intervenciones alternativas a lo manicomial, ordenadas por el trabajo en el dispositivo ¿cuáles son los aspectos facilitadores? ¿y cuáles obstaculizantes?*
- Hay obstáculos... capaz que no es a donde vos apuntas la pregunta, pero a mi me parece interesante pensarlo. Porque nosotros estamos inmersos, incluidos en una Red Nacional de emprendimientos productivos, de empresas sociales o cooperativas en Salud Mental y la verdad es que hay obstáculos que tienen que ver con que no hay legislación, leyes, que puedan cruzar el mundo del trabajo y el mundo de la asistencia. Cuando una persona pasa a ser un TRABAJADOR pierde un montón de beneficios que tienen que ver con la asistencia respecto de sus dificultades, patologías y demás. A nosotros nos parece que eso es un obstáculo para crecer y para replicar. A nosotros nos da vergüenza que en la provincia haya dos o tres experiencias como estas. Me parece que hay que replicarlas y definitivamente hay obstáculos de este tipo. No terminan de ser parte de una política pública. Nosotros como Emprendimiento tenemos un montón de apoyos y de respaldos en las distintas gestiones pero no se transforman en políticas que permitan que esto se replique y se amplifique. En relación a los obstáculos, a mi me parece que la aplicación de la Ley requiere realmente de mucho recurso humano y me parece que no se han tomado las medidas para eso. Para trabajar con los pacientes cronicados de la sala hacen falta equipos casi casi como que cada paciente tenga un equipo que se dedique a trabajar y a aceptar esas cuestiones y no los hay. Todavía sigue habiendo mucho, no sólo en el Hospital, en general, el cálculo de la productividad por cantidad de consultas. Se dificulta mucho pensar los abordajes en términos de equipos interdisciplinarios, es muy difícil. De hecho a nosotros nos cuesta un montón la inserción en el Hospital porque, inclusive con esta nueva gestión, hay como una vuelta a una mirada muy de servicio. El Hospital está organizado por SERVICIO y por lo tanto cada servicio

con un jefe, nosotros tenemos una organización distinta... digo...hay cosas que van siendo obstáculos. Después otro obstáculo en esto de que no es una política pública: para nosotros por ejemplo, tendría que haber, desde el Estado, un montón de cuestiones que tengan al Emprendimiento como proveedores y que lo aceite el mismo Estado y no nosotros artesanalmente.

- *¿Consideras que a partir de la sanción y/o reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental se han transformado los abordajes, las prácticas dentro del dispositivo?*
- Del dispositivo no. De nuestro dispositivo no. Nosotros veníamos ya con la reglamentación de la Ley Provincial de Salud Mental que está en bastante sincronía en esos puntos. Yo creo que la Ley es fundamental, me parece sumamente importante la sanción de la Ley. Por supuesto que... no alcanza. Es fundamental tenerla, creo que es un antes y un después TENERLA. Pero no alcanza, hay que llenarla de contenido, hay que disputar, seguir disputando. Tener el marco de la Ley es un punto de partida para generar discusiones, es mucho más válido que si no tendríamos.
- *¿Pensás que la Ley, en el Hospital, pudo haber producido algún tipo de cambio de posicionamientos, de prácticas profesionales e institucionales?*
- Mirá me re cuesta contestarte eso porque la verdad es que yo tampoco es que tengo un conocimiento exhaustivo, siento que sería muy difícil desde mi pequeña mirada contestarlo. Yo creo que se han hecho, se han hecho intentos, se han abordado cuestiones desde la Ley.... no me parece que se hayan generado los cambios necesarios. Está la Ley un poco como directriz de muchas decisiones...pero me parece que no alcanza. Que no ha alcanzado. Por eso, decir que no se hizo nada me parece injusto y además me parece que no tengo todos los elementos para decirlo de esa manera. Lo que está claro es que no alcanza, o que no fueron suficientes, que faltan otras cosas. No hay las suficientes coordinaciones. Te digo una pavada, nos sigue pasando, nos ha pasado hasta el año pasado, que si un paciente de Salud Mental se interna en el Hospital Sayago, le piden un acompañamiento de 24hs. Aunque el paciente no tenga una excitación psicomotriz, osea no por criterio clínico sino por un criterio a priori. Nos ha pasado con trabajadores del Emprendimiento, que necesitaban una internación porque hubo un desbarajuste de la medicación, porque había que hacer un parate y un chequeo, pero no eran pacientes que necesiten estar con un CUSTODIO las 24hs del día y era un requisito del Hospital. Esas cosas son falta de... va contra la Ley, claramente. Entonces por un lado se avanzó con la Ley porque se internó en un Hospital General pero por otro lado se retrocede porque esa internación es a costa de tener un CUSTODIO. A estas cosas me refiero, que no se hizo nada me parece injusto, pero no son suficientes, con los acuerdos y las coordinaciones suficientes me parece que está bastante flojo.

## ENTREVISTA N°2

*-¿Qué puedes contarme sobre el surgimiento del dispositivo y sobre el momento en que te incorporás en él?*

- No estoy desde los comienzos de las 'Emilianas' aunque siempre lo miré con cariño y dije "ay! ¿por qué no estoy ahí?" Pero mi primer Laburo fue con la Ley de Salud Mental que nosotros iniciamos juntos. A mí me contratan y paralelamente contratan gente para el emprendimiento Las Emilianas. La Ley Nacional no estaba pero si estaba la Ley Provincial de Santa Fe que ya hablaba de estos modos de trabajo y ya designaba o creo que fue la última vez que en Santa Fe se designó un recurso específico - económico - para contratar personas para llevar adelante dispositivos sustitutivos. En el 2007 se abre un concurso interno para tomar gente que pueda laburar en la sustitución de lógicas manicomiales. Se pone gente para las Emilianas y en el mismo paquete, a mí me ponen en la sala para laburar, desde la sala en la sustitución de las lógicas. Tarea muy difícil, yo estuve unos años pero el proceso de Emilianas lo vi desde la sala porque era uno de los dispositivos sustitutivos que alojaban personas que estuviesen internadas, con crisis o cronificadas. Los otros dispositivos sustitutivos del hospital no alojan, creo que hasta el día de hoy, a personas que hayan estado internadas mucho tiempo, con todo el deterioro que eso significa. ibas a otro dispositivo y te decían "nooo...porque está muy medicado. No porque no tiene hábitos" porque sabemos que una persona muchos años internada pierde muchísima autonomía. Y con Emilianas, yo empecé a laburar con ellos como equipo técnico de la sala porque era un dispositivo que alojaba a nuestros internados, a nuestros usuarios más allá de las dificultades (risas). Alojó a una persona muy emblemática, muy complicada, que había estado en el corralito con homicidio, con rasgos perversos y drogadicción y armamos un dispositivo donde logramos que él, por ejemplo, para ir a las Emilianas no se drogue y le sirvió como corte, por un tiempo, cuando esta persona había sido expulsada de todos lados. Ahí yo empiezo a entablar relación con mis colegas porque podíamos construir un discurso o sentarnos a discutir estrategias. Esta persona, llamemosla José, con rasgos perversos fruto de años de institucionalización, con consumos problemático y compulsivo que lo llevaba a robar todo el tiempo....y logramos armar un dispositivo donde, digo un dispositivo en toda la institución, donde por la tarde iba un acompañante terapéutico, a la mañana iba a Las Emilianas y se le pusieron condiciones drogado no podía ir y se pudo abstener, y tuvo efectos interesantísimos. Y así varios más. En un momento, se va la directora que en aquel momento era Silvia González y que Castaño era Director de Salud Mental, que fueron quienes más apoyo nos brindaron, y yo les dije 'antes de irte sacame de la sala y me voy a las Emilianas' (risas). Los chicos me reciben, me aceptan por esto que habíamos construido juntos. En Las Emilianas estaré hace seis o siete años aproximadamente.

Las Emilianas se crea en ese marco donde se quiere impulsar, a través de la Ley de Salud Mental Provincial, este tipo de dispositivos donde se hace un gran refuerzo en recursos humanos y materiales en el Hospital, creo que fue la última vez, desde ese momento no hubo nuevo dispositivos, se empezaron a dar de baja, creo. Las Emilianas arranca, también pensándolo como una intervención para lo que era

en ese momento el Hospital de Día que era un lugar también cronificado, parecía una sala chica de medio día donde los pacientes iban tomaban la medicación, estaban. Pasaban el tiempo ocioso, comían y se iban. Fue una estrategia, creo que institucional y política, ocupar un lugar que se había desocupado antes de que se metan más camas. Y los compañeros que estuvieron ahí, mis colegas, empezaron a laburar mucho la idea del trabajo. Qué significa el trabajo para las personas con padecimientos subjetivos o con algunas discapacidades. Nosotros creo que, por ejemplo, más de la mitad de los trabajadores tiene el certificado nacional de discapacidad, tienen una discapacidad o fueron diagnosticados con una discapacidad. podemos discutirlos a algunos casos, pero ellos ya tienen el rótulo de la pensión por discapacidad. El tema es: ¿qué pasa en una persona cuando en vez de pensarlos y verlos como pacientes se lo empieza a pensar como trabajadores y a significar como trabajadores o emprendedores? ¿qué otras cosas suceden ahí? Fue un proceso súper largo porque primero habían pensado en hacer unas galletitas nutritivas para las escuelas, no funcionó. Después hicieron unas galletitas, que en una asamblea, se decidió que se llamen Las Emilianas por el Dr. Emilio Mira y López, de ahí salen Las Emilianas. La propuesta siempre fue trabajar desde la lógica de cooperativa. Todo se decide en asamblea. Se intenta. No quiere decir que se pueda siempre (risas). Los primeros ingresos, los trabajadores- porque nosotros les decimos trabajadores, ni siquiera usuarios, son trabajadores o emprendedores como modo de significarlos también- decidieron que no se distribuyan sino re invertirlos. Entonces los primeros ingresos fueron devuelta al Emprendimiento. No te puedo decir los detalles, pero ponele que hayan comprado una heladera, una mesa, no se porque no estuve ahí. Empezó como una pequeña fábrica de galletitas donde se vendía en el Hospital, \$2,50 y era mínimo lo que se podía distribuir hasta que un funcionario, Oscar Pellegrini, arma.... hay una reunión de trabajo y dicen "che ¿por qué Las Emilianas no nos traen unas galletitas y unos café?" y así se empezó, con esas galletitas y ese café (risas). Fue el primer catering. Ahora, te podría decir que nosotros tuvimos cuatro y ahora tenemos tres unidades productivas. La fábrica de galletitas, dulce, salado y panificación; los catering y teníamos dos cantinas, la del Hospital Mira y López y la del CEMAFE. La del CEMAFE ahora está cerrada por que ese lugar se ocupada para atender el covid. Eso es hoy, pero se empezó con una pequeña fábrica de galletitas, se empezó un proceso con los catering, que fue todo un laburo. Lo que tiene es que con los catering dan mucho más plata que cualquier otra cosa. El tema era que 'los locos' salgan a brindar un servicio con autonomía, había que tener una preparación para hacer un catering, hay que tener una logística. Hay que tener un nivel de autonomía y de tomar colectivos a cualquier hora, hay que poder llegar, poder irse, hay que poder manejar llaves. Pero se empezó, progresivamente, también creo que fue una intervención en el hospital: que 'los locos' tengan llave. Tenían llave para entrar a cualquier hora y sacar las cosas. Ningún LOCO tiene llave en el hospital. Eso fue peleado, peleado con vigilancia, con los choferes, con dirección que nos apoyaban pero después había que manejar.... se olvidaban una luz prendida porque volvían de un catering a las once de la noche y era el escándalo: "no ves que no pueden tener llave" "¿cómo los dejan solos?" y qué cómo no estamos nosotros todo el tiempo (en referencia a los

coordinadores). Y nosotros, los primeros catering, estuvimos todo el tiempo, es más, te diría que preparábamos la mesa nosotros.

Hasta que se logra un proceso de independencia y autonomía o empezamos a pensar distintas estrategias donde se fortalece a algunas personas que puedan tener mayor autonomía, había unas mujeres muy delicadas en la preparación de los platos, entonces íbamos armando grupo de catering que puedan hacerlo con nuestro acompañamiento pero mucho más solos. Nosotros arrancamos con que nunca podían estar solos en un catering, que teníamos que ser dos coordinadores por si pasaba algo, a dejarlos solos. A que vayan solos solos a brindar el servicio de catering y sostenerlo por teléfono. Fue groso, fue largo, fue duro, en el medio miles de cagadas: que lleguen a un catering y no lleven las cucharitas para el café y no haya lugar dónde comprar y desesperarnos y agarrar nuestros autos y salir a buscar o llevar de nuestras casas las cosas para subsanar. Yo creo que muchas de las cosas se pudieron hacer porque no nos pensamos como trabajadores del Estado, nosotros trabajamos en cualquier horario, hemos hecho cosas extrañas (risas). Llevarlos a los trabajadores a sus casas a las doce de la noche, salir a comprar cosas de emergencia en nuestros autos, osea, fue el modo en este contexto de empezar a generar e instalar otro tipo de trabajo. Las Emilianas además de los coordinadores, que son una psicóloga, el chef, ahora hay una terapeuta ocupacional pero antes éramos tres trabajadoras sociales. Hay una compañera que hace ocho meses está de licencia porque es de riesgo y una trabajadora social se fue por un cargo de mayor jerarquía e ingresó la terapeuta ocupacional que es la primera vez que hay una T.O. La configuración del equipo se fue dando por afinidades ideológicas, por posicionamientos respecto al trabajo, a la ley de Salud Mental, para mí éramos demasiadas trabajadoras sociales, pero también se dio que yo ya venía trabajando desde la sala y dije "necesito amparo político" y me lo dieron y laburo desde la misma lógica y después aprendí a cocinar... pero se fue dando así. Ahora, yo era una de las que discutía 'basta de trabajadoras sociales, que venga una T.O.'. Porque hay cuestiones que nosotros no manejamos, cuando los estudiantes de terapia ocupacional pasaron, yo dije 'mirá que copado estas técnicas, estas herramientas', que hacen algo tan simple...se ponen hacer una ensalada para vender y en el medio se olvidan que ingredientes tienen, entonces la terapeuta ocupacional era: una foto de cada fruta de cada verdura, una foto de como termina y tienen el cartel que los ayuda. A nosotros nunca se nos ocurrió, estábamos: "dale acordate de la zanahoria, acordate de esto otro", "otra vez te olvidaste de ponerle el tomate", no!!! Herramientas que estuvieron interesante y por eso ahora hay una T.O.

- *En relación a esto que me estás comentando ¿podes contarme cómo se delinean las estrategias de intervención y sobre el lugar que ocupa la interdisciplina en ese delineado?*

- En eso hemos sido y somos un grupo de todos coordinadores y no tenemos un coordinador general, es muy horizontal. Así como equipo discutimos todo, y yo te diría que no hay una disciplina que tenga más poder sobre otra. Se discute todo en asamblea, hay una cuestión de la horizontalidad y de la tendencia a democratizar que está muy fuerte. Las estrategias se discuten en equipo y no es que el

cocinero porque sea cocinero no puede opinar. El cocinero te dice 'no no no che, a él no lo manden al catering porque yo vi que en la cocina ante la presión se inhibe, se pone nervioso y se descompensa' por ejemplo. Osea es tan importante la palabra del chef como la de todos, pero hay lugares donde no es importante, hay lugares donde el saber va por otro lado. Se discuten las estrategias y nosotros, por lo general, intentamos que quien deriva, el equipo de salud que deriva o el equipo comunitario, pueda dar cuenta de algún proceso con esa persona de porque tendría que estar ahí y tratamos siempre que quede un referente. Emilianas es una parte más de la atención pero ahí no se hace ni control de medicación ni tratamiento clínico específico de consultorio, eso es afuera. Con ese equipo se define el cómo y el qué, por decirlo de alguna manera. Nos ha pasado que cuando se instalan en Las Emilianas, los equipos se corren, y después tenemos que salir a buscarlos. Generalmente las personas que se incluyen en Emilianas tienen un mejoramiento en la calidad de vida y en sus relaciones e incluso en la mirada que pueda tener la familia de ellos. Cambian mucho las representaciones de la familia y también de la comunidad hacia el emprendedor o paciente. Y generalmente, lamentablemente, se trabaja con la urgencia en los consultorios y entonces dejan de estar hasta que aparece una crisis y tenemos que salir a buscar equipo. Creo que nuestra función ha sido, en gran parte, salir a buscar quien los atienda, durante muchísimo tiempo y más en este tiempo que hubo una descentralización o desasistencia, no se. Costó muchísimo después, en este proceso de que no iba a haber más psiquiatras en el Mira y López, en que todo se descentraliza. Lo real es que hay personas que salieron a boyar por los centros de salud a buscar asistencia y hay personas que se descompensaron en ese dar vueltas. Y la cuestión interdisciplinaria es como que... nos hemos dividido casos para no estar todos en todo y generalmente se da más que nada por el vínculo y la transferencia más que por la disciplina. Yo te doy un ejemplo: había un paciente, que también estuvo preso, que como yo soy la más grande le representaba alguna autoridad para él y yo le decía 'así no, te vas' y se iba. Entonces yo era la que tenía que estar siempre en esa intervención porque yo para él representaba algún orden, te estoy hablando de una persona que iba con una faca atravesada en el pantalón. Entonces era 'poné la faca en el cajón y ahora te sentás y vamos a hablar' bueno, tenía que estar yo porque más allá de la disciplina sino era el lugar que había ocupado en el vínculo con él. No hay un modo, es cada caso. No hay un único modo. Lo que si es que nosotros hemos tenido que salir a buscar ayuda por todos lados porque tenemos un gran agujero, que nos transformamos en una empresa social, que facturó mucho dinero, yo era la que facturaba y les decía 'chicos no aguanto más esto, yo no se facturar, hago cagada, no se si me pagaron bien o no me pagaron bien'. No tenemos área administrativa y contable. Lo que pasó a ser un dispositivo doméstico se termina haciendo una empresa social que factura mucho (risas), con pandemia no, olvidate. En la distribución de las tareas dentro de los emprendedores vos tenés un grupo que es el que más cocina, un grupo que es el que más va a los catering, eso va cambiando de acuerdo cómo estén ellos, un grupo que hace el área administrativa contable pero con muchas limitaciones, y un grupo que atiende las cantinas. Ellos van circulando de acuerdo a sus potencialidades y modos de estar. Nuestros trabajadores y emprendedores que hacen el área administrativa no tienen manejo de computación, no tienen manejo

de excel, hay una chica que ahora tiene, pero tiene una dificultad para hablar entonces tiene otras falencias. Ahí se buscó ayuda en la universidad, se hizo convenio con la UNL con la Facultad de Ciencias Económicas y ayudó muchísimo para armar programas de seguimiento y de control, mandaron alumnos y se laburó un montón con un programa de extensión de la Universidad. Eso ayudó a organizar un montón pero nuestra gran pelea es que necesitamos un contador, necesitamos que el Estado afecte un contador un par de días o necesitamos un personal administrativo porque lo estamos haciendo nosotros y lo hacemos muchas veces mal o muchas veces a destiempo o no tenemos ganas de hacerlo. Nosotros llegamos a hacer servicios de catering, me acuerdo con el gobierno socialista con el Ministro Miguel González, hemos hecho para fin de año dos brindis, en paralelo, cada uno con cuatrocientas personas, atendimos ochocientas personas paralelamente. Ahí terminas quemada, todos quemados, pero eso significaba garantizar una distribución de ganancias para todo el verano si no había trabajo. Porque esa es otra cosa que se trabajó mucho en asamblea es ¿qué se hace cuándo se cobra, se divide todo? ¿o se hace un prorrato y se retiraran un monto de ganancias que nos permita estimar que todos los meses va a haber para retirar? Como se necesita un mínimo de organización y en asamblea algunos se quieren llevar todo y otros no, pero uno puede dar su opinión. Si se llevan todo al mes siguiente, algunos se liman la plata, otros salen a comprarse ropa, el otro se lo toma en merca, y después no tienen ni para pagar la luz. Entonces de algún modo dirigimos las cosas para que todos los meses puedan tener cuestiones mínimas resueltas. Eso lo hacen así ahora.

- *¿Cuáles son los objetivos que tiene el dispositivo?*

- El objetivo general sería, de alguna manera, restituir derechos a una población altamente vulnerada. Restituir derechos en relación, concretamente, a la posibilidad de una inclusión al trabajo. El derecho, sobre todo, a la posibilidad de trabajar y todo lo que eso significa en una persona, el enlazarse a través del trabajo. Nuestra población son personas que han estado todos en el sistema, vienen por ser usuarios del servicio de salud mental o haber estado internados y en el último tiempo trabajamos con otra población vulnerable, con un refugio de mujeres. Llegaron a trabajar mujeres víctimas de violencia que han estado refugiadas ahí, y también incluimos al trabajo con el Programa Nueva Oportunidad, con pibes en situación de calle, de exclusión social. Es a través del trabajo empezar a generar... el trabajo facilita el encuentro hacia otras cosas. A partir de la posibilidad de estar en Emilianas hay gente que logró ser atendida en el Hospital cuando antes no lo era, por lo que nosotros gestionamos como equipo también. Pero básicamente tiene que ver con la inclusión.

- *¿Cuáles son los criterios de admisión del dispositivo?*

- Es como una gran tensión, por un lado tiene que ver con incluir a personas totalmente vulneradas pero a la vez también, al momento de elegir a alguien o admitir a alguien, tenemos que pensar en que la empresa social se pueda sostener con esta persona. Por ejemplo, si nosotros sólo tomáramos personas

cronificadas de la sala probablemente no hubiésemos podido hacer un catering de cuatrocientas personas, entonces nosotros siempre decíamos 'uno de sala, uno que esté muy complicado, y algún otro que por lo menos sepa leer y escribir. Ir armando en la tensión entre el dispositivo de salud mental, como dispositivo que sostiene, y la empresa social. Que se pueda sostener como empresa social que necesita generar dinero, porque el objetivo es, además, que ellos tengan un ingreso que les permita vivir dignamente. Para eso necesitas algunos perfiles, entonces no siempre tiene que ver con la necesidad de incluirse del usuario sino también, a veces, tiene que ver con la necesidad de la empresa social. Nosotros cuando fuimos al Amparo de mujeres buscamos ahí personas que no tengan tanto deterioro institucional y de tratamientos médicos y psiquiátricos que puedan generar otros movimientos en el emprendimiento, y de ahí salió una cajera, por ejemplo. Por supuesto que está vinculado a la salud mental, porque a esa chica le pasó de todo en la vida, tuvo intentos de suicidio, no es que es una cosa sin la otra. El criterio tiene que ver en dar oportunidad a personas excluidas, vulnerables pero también ir buscando un equilibrio, un balanceo entre el dispositivo y lo que necesita la empresa social, como tal, para poder sostenerse y generar recursos. Necesitamos producir y necesitamos facturar, sino, se cae. Porque no es un taller protegido. Es la única empresa social autosustentable de la provincia con usuarios de salud mental y del país. Nosotros hemos ido hasta Puerto Madryn a contar nuestra experiencia, al Bolsón, a todos lados. Porque nosotros, toda la materia prima se compra con el dinero generado por nuestras ventas y el dinero de ellos, sale del trabajo. El Estado está apoyando, con nuestro sueldo, y con nuestra estructura, pero es totalmente autosustentable en esos otros aspectos. Ahora con la crisis, desde el macrismo te diría, empezó a haber mucho menos servicios de catering y tuvimos que buscar alternativas, que son muy complicadas pero que fueron el modo que se encontró para subsistir, que es buscar becas de los PEC. Emprendimiento Laboral del Ministerio de Trabajo que le pagan como beca de capacitación a las personas que tienen certificado de discapacidad. Eso nos dio un oxígeno porque no estábamos pudiendo generar el dinero suficiente para que haya una distribución más o menos, más o menos, digna. Hemos tenido un deterioro grande, en este último tiempo, de los ingresos y ni hablar con la pandemia. De todas maneras es un dispositivo que ha seguido funcionando a pesar de la pandemia. Ellos están yendo a laburar, creo que cortamos un mes, hasta que evaluamos que había que tomar medidas de cuidado pero que había que tenían que volver porque lo sosteníamos por teléfono y empezaron a aparecer situaciones de mucho encierro, fobias, crisis. Una demanda terrible de volver a trabajar de ellos y entonces hubo que recrear todo. Ahora es todo virtual. Ahora es bolsita para el día de la madre, juegos para el día del niño, cosas lindas han hecho, pero son ventas puntuales, ya no tenemos esa cosa sostenida. Bueno, de hecho, siguen pudiendo distribuir ganancias. Todos los meses retiran la ganancia, no es que no han podido, se siguen sosteniendo con el PEC y con estas ventas especiales.

- *¿Cómo entendés a la locura? ¿cuáles crees que pueden llegar a ser determinantes de la locura?*

- No me gusta decir determinantes. Como Trabajadora Social te lo puedo relacionar a las crisis o a algo de la locura.... No lo había pensado antes a esta pregunta. Podría relacionarlo... yo lo relaciono en nuestro caso, a la exclusión, a la falta de oportunidades, a situaciones traumáticas relacionadas a la exclusión, a la imposibilidad de vínculos saludables, a la falta de oportunidades para otros vínculos, a la falta de accesibilidad a circular por instituciones que puedan ordenar o vincular.
- *Se trata de cómo cada quien entiende la locura porque justamente es un término que, no necesariamente, tiene que ver con una cuestión patológica, ni de estructura. Es un concepto amplio que está tan lleno de contenido como el que cada quien le pueda dar.*
- Claro, a las posibilidades o no de poder hacer frente a situaciones adversas. Esos pueden determinar situaciones que condicionan que uno enloquezca más que otro. Cuando hablo de adversidad no hablo sólo de lo social y lo económico hablo de cuestiones vinculares también. Lo que pasa es que me parece que hay lugares donde se puede contener de un modo y hay lugares donde se puede contener de otro. Y también hay instituciones que estigmatizan como 'loco' a las personas cuando si hubieran circulado por otros lugares nadie les hubiese dicho que eran locos. Hay personas que son más fácil de estigmatizar o diagnosticar que otras. En ese sentido están en una relación de desprotección. Un niño puede ser inquieto, en determinado lugar, o puede tener trastorno de personalidad de acuerdo a donde caiga y ante quien caiga también.
- *¿En el dispositivo cómo intervienen con la locura? Es un término que utilizan mucho en el dispositivo.*
- Como parte de nuestra vida. Nosotros tenemos el chiste que 'nadie está ahí por pie plano'. Pero NINGUNO de los que estamos ahí. Todos estamos locos en algo. Se habla de eso como una parte más de la vida, integrada la locura como parte de nuestras vidas. Yo tengo mis locuras y todos se me ríen, y el otro tiene su obsesión por armar las cajitas perfectas y no reímos también, una coordinadora que ama hacer viandas entonces enloquece con las viandas y nos reímos de eso. Y los mismos locos se ríen de eso. Una vez con mucho humor y respeto, una vez les dije 'pero ¿ustedes están locos? ¿qué están haciendo?' me responden 'ah no! ¿por qué te pensás que estamos acá?' y reíamos todos. Es algo más, la locura, la sensatez, son parte de nuestra vida. En acomodarnos o no. No hay una burla, sino que está integrado. Uno de los trabajadores, José, dice que es John Lennon, y le decimos '¿quién vino hoy, John Lennon o José?' y el te dice 'hoy vino John Lennon' y canta, está integrado, funciona. No se le dice 'No sos John Lennon, sos José y tenés que cocinar', a veces le decimos 'bueno John Lennon, andá a cantar afuera que nos pudiste' y se va y después vuelve. Nosotros estamos muchas horas con ellos, porque no es un dispositivo que estás un ratito, estas cuatro horas. Se juegan un montón de cosas más, se juegan los vínculos, se juegan los afectos. Yo me voy ahora, renuncié al trabajo porque me jubilo en Entre Ríos y dejo todo. A mí, afectivamente, es un lugar que... algunos me dicen '¿vas a seguir viniendo a las fiestas? ¿me vas a seguir llamando?' y yo en otros lugares, a las personas asistidas, las asisto en el ámbito netamente laboral, después no, salvo una situación crítica que como Trabajadora Social tenga

que ir. Pero me voy de un dispositivo y no sigo vinculada con esas personas. Pero en Emilianas, seguramente, yo siga. Yendo a algún cumpleaños o alguna fiesta. Una de las trabajadoras le puso a su hijo el mismo nombre que el mío, imaginate. Yo me visto como una gitana, con aros grandes, entonces en un proceso de identificación, yo me pongo aros grandes y todos nos reímos porque sabemos que al otro día ella va a ir con aros grandes (risas). Yo juego con esto porque ella era mamá soltera y lo metía en la cama al hijo entonces yo le decía 'yo también soy mamá soltera pero en la cama no lo metas'. Osea, se dan otras cosas, es un dispositivo de tantas horas que uno se toma ciertas flexibilidades. Yo en mi otro trabajo no les cuento a los chicos si tengo un hijo grande o no, pero en Emilianas se da otra cotidianidad, otros lazos. Creo que todos conocen de nuestras familias, estamos todos como atravesados por una misma lógica y también por muchas relaciones, en donde tomamos una distancia para poder intervenir pero hay veces que cocinamos tres horas a la par y entonces vos estás cocinando con el otro para que salga el catering y aparecen cosas. Nadie está en esa postura de profesional cortando tomate tres horas. Empiezan a aparecer otras cosas. El lugar de sostén para ellos es increíble, lo que les ha significado para muchos... Roberto es otro muchacho, que la madre lo bañaba. Un hombre grande. Y la mamá me dice 'yo me acuerdo cuando me dijiste que no tenía que bañarlo más'. Yo no me acuerdo cómo se lo dije, pero ella entendió que tenía que hacer. Bueno Lucas pasó de ser una persona a la que lo bañaban a ser la persona que lleva el dinero para que se pague el alquiler de su casa. Robertito ya no es Robertito, ahora es Roberto. Y Roberto se baña solo, empezó natación, y se toma el colectivo solo para ir a un cumpleaños un sábado a la noche. Al cumpleaños de un compañero de trabajo del Emprendimiento. Entonces se generan un montón de vínculos, de amores, de desamores, de encuentros, de peleas. Que es la vida. Es la vida que parecía guardada, metida en una sala de internación o en una habitación y que empezó a salir al mundo. Es eso.

*-¿Cómo entendés a la Salud Mental?*

- Si vos escuchas en lo que laburamos te podés dar cuenta cómo lo entiendo (risas). Es más allá de una definición. Es un posicionamiento. La Ley de Salud Mental es excelente pero las cabezas no siempre cambian, los paradigmas siguen estando muy estereotipados. Obviamente que para mí la Ley de Salud Mental tiene que ver con un proceso. Yo como Trabajadora Social siempre me sitúo en la parte de los derechos, y el derecho a ser atendido o a ser visto, o a ser escuchado de manera integral, como una persona, más allá de lo físico y más allá de lo clínico sino que tiene que ver con todas las condiciones de vida, las posibilidades de poder enfrentar situaciones de la vida que todo el mundo tenga con los recursos más integrales posibles. Con la mayor posibilidad de recursos y sin estereotipos y sin estigmatizaciones. No tengo una definición armada, es mi práctica de todos los días.

*- ¿Pensás que la Ley de Salud Mental posibilitó algún cambio en el dispositivo?*

- En las Emilianas sí. Pero no tuvo tanto que ver con la ley Nacional sino con la Ley Provincial. Ahí se le dio fuerza. A nosotros la Ley Nacional de Salud Mental nos da la posibilidad de tener más argumentos para pelear. Yo en lo personal, no creo que se hayan hecho en Santa Fe transformaciones de fondo. Es más, en esta última gestión, vamos para atrás, totalmente para atrás. Volvimos al modelo médico hegemónico, lo único importante es la atención médica y en todo caso, las otras disciplinas como auxiliando a los médicos. Y las Emilianas...nadie se mete con Las Emilianas porque queda bien decir 'uhh miren los locos como cocinan, los mostrás'. Nosotros hemos hecho catering a todos los últimos gobernadores, por ejemplo. A todos les viene bien decir 'miren'. Por eso no se meten. Pero no hay ninguna apuesta a los dispositivos. Una apuesta, real, no hay. No hay ningún acompañamiento y a donde pueden, te sacan los recursos. Lo que se planteó como, como en aquel momento cuando yo arranqué, de poder laburar con la externación de los pacientes crónicos, fue una expresión de deseo. Acompañamiento real, con recursos económicos, con políticas y decisiones no hubo. Hubo una casa de medio camino, que ahora tiene dos personas, que se sostiene porque una de las operadores la contrató a su nombre porque el Estado no ofrece los medios para contratar una casa de medio camino. La Ley si te sirve porque al momento de pelearte vos podés argumentar y tenés más herramientas como profesional pero no hubo un cambio significativo. Vos vas a la sala y seguís viendo personas gateando en pañales toda meada.

- *¿La Ley impulsó algún cambio en el hospital? A la hora de pelear, como vos decís, sentís que del otro lado hay resistencia o estancamiento?*

- Si. Nosotros hemos querido hablar con psiquiatras por alguna cuestión de algún trabajador del emprendimiento que esté mal y nos han llegado a decir 'pero yo no voy a discutir diagnósticos con vos' y lee de nuevo la receta y nada más. Entonces te tenés que ir y meterte en el consultorio a discutir, osea, ahí no cambió. El consultorio externo sigue teniendo un residente que atiende treinta pacientes en tres horas. A mí no me van a decir que una persona que tiene treinta pacientes en tres horas puede hacer otro trabajo. No está organizado... El Hospital Mira y López no tiene una guardia interdisciplinaria, tiene un psiquiatra no más. No hubo cambios profundos. Cuando se dijo que se descentralizaba para que la gente tenga asistencia en su comunidad, está bárbaro discursivamente, pero esa gente estuvo desasistida por falta de recursos en esos lugares. Por otro lado, tengo amigos psiquiatras y psicólogos que te dicen 'yo esta situación no la puedo trabajar solo'. Una amiga mía que trabaja ahí me dice 'se encierra en la casa con los hijos y amenaza con matarse, yo esto no lo puedo trabajar sola, necesito un equipo' y no lo tienen tampoco. También hacen lo que pueden. Porque no está diagramado de otro modo. Además de que a algunos les gusta seguir repartiendo recetas, también es cierto que el que lo quiera hacer distinto no tiene cómo hacerlo distinto ni con quién. Y en este último tiempo, y esto es personal, fuimos muy para atrás a nivel provincial. Esperábamos otra cosa. Es más, nuestros referentes en salud mental pensábamos que podían llegar a estar y llegaron sólo médicos de todos lados. Sólo médicos. Todos hombres. Me refiero a la actual gestión. No hay interlocutor, no

tenés con quien hablar. La primera medida fue que Emilianas tenía muchos recursos y yo me tenía que ir a la sala, por ejemplo o tenía que ir a armar cajitas de medicamentos para mandar al interior. Yo tengo un carácter y le dije al director '¿vos vas a desarmar un dispositivo sustitutivo, el ÚNICO, autosustentable de la provincia para mandarme a armar cajitas? Yo te escracho, con el gremio, con todos'. A ese nivel. Costó mucho. Yo lo resistí porque tengo veinticinco años de profesión y porque ya renunció (risas). Pero así han apretado a mucha gente. Por ejemplo en la sala hubo una situación de abuso sexual, el equipo preocupado pidió una reunión a dirección y dirección los sacó a todos los profesionales de la sala y no les dio la reunión. Eso es terrible, tiene varias denuncias. Inesperado, esperábamos otra cosa. Terrible. Nunca más pudimos hablar con el director, porque ahora sólo se habla con los jefes, y como nosotros no tenemos jefes somos todos iguales, entonces no hablamos (risas).

- *¿De qué manera entendés las lógicas manicomiales y cuáles son las prácticas en las que se traduce?*

- La lógica manicomial en el Mira tiene que ver con tratar a las personas como objeto de intervención. Dónde pareciera que no tienen historia, sentimientos, ni vivencias sino que son objetos a medicar, a intervenir y a estudiar. Dónde se van a bañar todos juntos, todavía, dónde todos hacen fila abriendo la boca para tomar la medicación. Dónde no eligen qué comer y dónde ahora están encerrados en un corralito por la pandemia. En un corralito que le armaron. Literal. En dónde.... la lógica del encierro, la lógica de la medicalización, la lógica de la censura, de la condena, de la estigmatización. Dónde alguien ya, a partir de un diagnóstico, tiene una vida determinada, donde no hay demasiadas posibilidades. Yo soy muy práctica y no vengo del mundo de la academia y no necesariamente es una virtud sino que fue el camino que encontré. Trabajé también con chicos con causas penales coordinando talleres. Entonces por ahí cuestiones más teóricas... podrías hablarlas con otros compañeros.

- *Entiendo que las construcciones teóricas se dan con el trabajo que se hace. Las maneras de definir conceptos tiene que ver cómo cada uno construye sus propios modos de trabajar y desde donde se posiciona.*

- A mí me ha sido necesario vincularme desde otro lugar para poder intervenir. Hacer semblante hasta de madre con algunas situaciones para poder después hacer algo. Poder intervenir o poder ser escuchada. No todo se puede teorizar. Cuando alguien te aparece con una faca atravesada en la cintura, nunca, en la universidad supimos qué hacer con alguien brotado con una faca, nadie nos explicó. Ahí haces lo que podés, lo que te sale. Obviamente que desde una lógica y desde un lugar. Después los puedo teorizar en el momento, haces lo que puedes.... y te hamacás de lo lindo, no te aburrís nunca. Jamás. (risas) En las Emilianas no hay un sólo día igual al otro.

### ENTREVISTA N°3

*-¿Cómo surge el dispositivo? ¿En qué momento te incorporaste al dispositivo y de qué manera se dio tu incorporación?*

- Yo creo que ya llevamos once años. Yo entro al año aproximadamente de haberse creado el dispositivo. Yo vengo de la gastronomía, vengo de otro lado y me desayuno con la Salud Mental en el dispositivo. Yo tenía cero experiencia en lo que a salud mental se refiere. Cuando yo me incorporo, el dispositivo era una pequeña fábrica de galletitas que fabricaba galletitas para vender al interior del hospital. Había un grupo que las hacía y un grupo que por ahí no estaba tan ducho para manipular alimentos y entonces era el grupo encargado de vender el producto por el hospital. Pero ya tenía la forma de una empresa social. Ya desde el comienzo todo se resolvía en asamblea y así fue surgiendo. Con respecto a la historia te diría que el cambio más significativo en Emilianas se dio cuando, a raíz de una serie de acontecimientos medios fortuitos, empezamos a hacer servicios de catering. Y ahí dejamos de ser esa pequeña fábrica de galletitas que vendía dentro del hospital, para pasar a ser una empresa social que empezó a facturar y a mover dinero.

*- ¿Cuáles son los objetivos del dispositivo?*

- Emilianas es un dispositivo de Salud Mental y eso no nos lo tenemos que olvidar nunca. La gente que va todos los días a trabajar no va solamente por el retiro de ganancias. Nosotros al sueldo le decimos retiro de ganancias. A muchos de los trabajadores, participar del Emprendimiento lo ha hecho pasar de ser un paciente a ser un trabajador. Entonces eso hizo que dentro del hospital se lo vea de otra manera, que la familia lo vea a él o la trabajadora de otra manera y el barrio lo vea de otra manera, los vecinos... El trabajo te acomoda bastante porque te hace levantarte a una hora, te hace acostarte temprano porque al otro día tenés que estar bien para la tarea que tenés que cumplir.... y este ordenamiento ha evitado más de una internación de los trabajadores, en estos diez años. Y eso no es poco.

*- ¿Qué actividades realizan dentro del dispositivo y cómo se organizan estas actividades?*

- Bueno, primero está lo que para mí es el corazón de Emilianas que es la planta de producción, que funciona todos los días de lunes a viernes de 08 a 12.30 hs. Ahí se elaboran los productos que se van a vender en las dos cantinas. Bueno, ahora nos quedamos con una porque teníamos la del Mira y la del Cemafe y ahora la del Cemafe cerró por la pandemia. Ahí en la planta se producen las cosas que se van a vender en la cantina, se hace una producción para frezar, incluso para guardar y de ahí sale también todo lo que se consume en los catering. Después hay gente que participa del Emprendimiento realizando tareas más administrativas que están en otra oficina y se encargan de anotar el horario de entrada y salida de cada uno... Porque el reparto de ganancias fue muy complejo de que sea justo, digamos. Entonces se anotan las horas de trabajo y el reparto de ganancias se hace contando la cantidad

de horas trabajadas al mes y eso hace que sea más justo. Ese grupo también se encarga de las compras. Y después está el grupo que se encarga de las cantinas, ahora la de Mira solamente. Para todo siempre fuimos haciendo capacitaciones. Dentro de la planta se hicieron capacitaciones de repostería, pastelería, panadería, cocina, capacitaciones en lo que tiene que ver con manipulación de alimentos. Capacitaciones para diferentes cosas. Para la administración, lo mismo. Gracias a un proyecto de extensión de la UNL se pudo capacitar a las chicas que participan principalmente en la parte administrativa y para quienes atienden las cantinas también hicimos una capacitación que tiene más que ver con la atención al público de un emprendimiento gastronómico.

- *¿Cómo se realiza la división de tareas que se realizan en el dispositivo?*

- Mirá, la verdad es que cuando un trabajador ingresa a Emilianas hay un mes de capacitación. Es un mes en donde no participa del retiro de ganancias y va rotando por distintos lugares. Es como que siempre el trabajador termina acomodándose donde más cómodo se siente y donde más útil es para el Emprendimiento, para la empresa social. Eso no quita que por ahí algunos hagan cosas que no tienen ganas de hacer, como en cualquier trabajo que te obliga a cumplir algún rol que no te gusta tanto hacer pero lo tenés que hacer por el bien de todos. Y una cosa fundamental en Emilianas es que todas las participaciones son bienvenidas. Tenés al trabajador que puede leer una receta, el que no puede leer una receta pero sí puede hacer un montón de cosas que son súper útiles para el emprendimiento. Por ejemplo hacer compras, lavar los elementos, acomodar el depósito, pero todas las tareas son bienvenidas y se respeta lo que cada uno puede aportar.

- *¿Tienen criterios de admisión para el ingreso al dispositivo?*

- Generalmente quienes ingresan al emprendimiento son derivados de algún profesional, médico o psicólogo dentro del hospital o de algún centro de salud, que nos hace una derivación. Para nosotros es muy importante que el profesional que nos deriva al futuro trabajador sea una persona que después realice el seguimiento y haga equipo con nosotros, cosa que es bastante complicada. No todos los profesionales están dispuestos a hacer equipo. Muchos mandan a los usuarios con el papelito que dice 'por favor realizar entrevista a este usuario' y después no te atienden o no te contestan un mensaje cuando el trabajador tiene algún problema y vos necesitar recurrir al profesional. Pero bueno, a los posibles trabajadores se les hace una entrevista y si vemos que tiene las condiciones para ingresar al emprendimiento y el emprendimiento, en ese momento, tiene disponible un lugar puede quedar o no dependiendo de eso.

- *¿Cómo se financia actualmente el dispositivo?*

- Bueno como te decía hoy, Emilianas además de ser una empresa social, es un dispositivo de salud. Por lo tanto, tiene que ser financiado en parte por el Estado, y nosotros creemos que eso debe ser así.

Nosotros hemos ido a congresos y reuniones o charlas que hemos tenido con otros dispositivos del país, incluso fuera del país, y no todos están de acuerdo en esto. Nosotros creemos que este tipo de empresas sociales tienen que estar financiadas por el Estado. De hecho el espacio físico del Emprendimiento nos lo brinda el Estado, los servicios de luz, agua y gas también nos lo brinda el Estado y la cooperadora del Hospital nos brinda algo que es muy importante que es la posibilidad de que por medio de ellos, nosotros podamos facturar los trabajos que hacemos. Porque sino deberíamos conformarnos como una cooperativa y no es fácil formar una cooperativa donde tiene que haber un presidente, un tesorero y demás, es todo un protocolo, hay que llevar un libro de actas, hay un registro de cooperativas en Buenos Aires que no es tan fácil entrar ahí tampoco. Tampoco es fácil conformar una cooperativa con gente..., aunque esa ley está cambiando, hay gente que está trabajando y tratando para que esa ley cambie, porque no es tan fácil conformar una cooperativa con gente que tiene certificado de discapacidad. Es un impedimento, pero se está tratando de que cambie, y de hacer leyes...no se si son leyes pero hay muchas ideas para que haya un registro nacional de empresas sociales conformadas por gente con certificados de discapacidad.

*- ¿De qué manera se delinean las estrategias de intervención y cuál es el lugar que ocupa la interdisciplina en ese armado de estrategias?*

- Bueno, los coordinadores tratamos, dentro de lo posible, porque la verdad que Emilianas por momentos es muy caótico, pero tratamos de tener reuniones mínimamente semanales. A veces se hace difícil, pero ahí es donde tratamos, somos muchos coordinadores y de distintas disciplinas, pero tratamos de ser lo más coherentes posible con las intervenciones. En mi caso me costó un tiempo darme cuenta, porque por ahí en otros ámbitos uno dice cosas y las tira y no importa, aunque sí importa siempre pero ... Me llevó un tiempo darme cuenta que las intervenciones, las respuestas que yo les puedo dar a los trabajadores o no, son intervenciones clínicas digamos. Entonces tratamos siempre de tener la mayor comunicación posible entre los coordinadores para no volverlos más locos de lo que están (risas). Porque es así, uno le dice una cosa y uno le dice otra a una persona (problemas con el audio) va a estar en un dispositivo de salud, se va a sentir que el dispositivo no le sirve. Pero no siempre es fácil coordinar las intervenciones de todos porque muchas veces... a ver.. que Emilianas sea una empresa gastronómica no es menor para nada porque si bien en todos los rubros tenes plazos no?, pero si vos fabricás cintos podes decir 'bueno paremos acá dejemos los cintos para mañana y hagamos una reunión o arreglemos tal asunto' pero la gastronomía no puede esperar. Si tenés un catering a las 12 y hay cuarenta personas esperando comer no podes decir 'esperá' y cortar, y en las cantinas pasa lo mismo.

*-¿Cómo se fue amalgamando tu saber disciplinar con el del resto, pensando en que no es tradicionalmente una disciplina del ámbito de la salud? ¿Cómo lo pensás actualmente en relación a tus inicios en el dispositivo? En relación también a tus expectativas.*

- Yo la verdad que Emilianas, desde un principio me hizo sentir un afortunado. Se ve que algo que yo tenía como interés con respecto a lo social, a las cuestiones sociales... que me hizo sentir un afortunado incluso dentro de lo que puede ser un trabajo dentro de la gastronomía. Porque yo puedo militar mi trabajo no? puedo decir 'esto me parece que es así, esto me parece que no es así'. Desde un principio me interesó, no tanto la Salud Mental en sí, porque para eso están los otros coordinadores pero sí me interesó lo que es la economía social y lo que es la coordinación de este tipo de emprendimientos y el lugar que tienen que tener estos emprendimientos dentro de la economía más formal. Entonces, te repito, me siento un afortunado de ser uno de los coordinadores de un emprendimiento de esta características, y con todos los problemas con los que uno se encuentra a diario.

- *¿Qué relación consideras que existe entre el modo de funcionamiento del dispositivo y los modos de funcionamiento que tiene el hospital?*

- Lo veo muy diferente. Y lamentablemente lo veo cada vez más diferente. Yo creo que si fuera por la dirección actual del hospital tuviera que crear un dispositivo no hubiese creado un dispositivo como Emilianas, hubiese creado algo más manicomial. Creo que Emilianas surge cuando había otras políticas dentro del Hospital. Actualmente está bastante difícil, pero es como que hay altibajos de lo que te viene de arriba, por momentos es más y por momentos menos, pero si Emilianas logró muchas cosas dentro del hospital que no son menores. Por ejemplo, logró que, a un trabajador, paciente-trabajador, le dieran la llave de una puerta. Ahora a la mañana yo llego a las 8.15 hs y los trabajadores ya están dentro del dispositivo trabajando. Lograr que un trabajador de Emilianas pueda retirar una llave, o lograr que la movilidad del hospital, que va a la farmacia central a buscar medicación, que nos lleven a un catering o que nos lleven a llevar mercadería al Cemafe o a hacer una compra a un supermercado no fue fácil de lograr y ahora es algo natural. La cantina también fue muy importante. La cantina del hall del Mira y

López también fue muy importante porque ahí dejamos de ser unos que estábamos allá atrás, que nadie sabía bien a qué nos dedicábamos. Nuestros trabajadores empezaron a tener contacto directo, diario con empleados, empezamos a darle de comer a los trabajadores del hospital. Empezamos a ser un servicio y eso fue muy importante, por eso, la relación es compleja pero se han ido logrando cosas muy importantes.

- *¿Cómo entendés a la locura? ¿Cuáles pensás que pueden ser las posibles causas en el devenir de la locura?*

- Creo que hay varias causas, yo te puedo hablar de la observación que he hecho en estos años en los trabajadores del dispositivo. Está los que son 'fusibles' de familias que están todos locos pero salta por uno que hace de fusible, las personas que les han pasado cosas que los han hecho tener una depresión

o algún brote psicótico. Y Emilianas lo que ha hecho es 'mechar' entre pacientes más psiquiátricos con gente que necesita participar de dispositivos de este tipo pero que no son tan pacientes psiquiátricos. Tenemos trabajadoras que han sufrido problemas de violencia de género, trabajadores que han estado muy depresivos por no encontrar una salida laboral después de haber perdido su trabajo.

*-¿Qué factores intervienen en el abordaje de la locura dentro del dispositivo además de esto que me comentás?*

-Para nosotros lo más importante, lo que tratamos es, estar muy atentos y prevenir crisis. Siempre estamos atentos de prevenir crisis y prevenir internaciones sobre todo. Tratamos de estar atentos ante cualquier indicio de alguna crisis y recurrir a los terapeutas como te decía hoy o por ahí intervenciones que tienen más que ver con desde el lado del trabajo social, porque las crisis pueden venir por cualquier lado: por un problema de dinero, un problema habitacional o por un problema que tenga que ver más con el trabajo social y estar atentos a esas cosas.

*-¿Con qué recursos cuentan a la hora de intervenir en relación a las cuestiones habitacionales, económicas, laborales, de condición de vida que me mencionás que pueden devenir en una crisis?*

- El equipo está conformado por distintos profesionales y cada síntoma tratamos de ver de qué lado viene. Y los recursos con los que contamos son generalmente, no sé, cosas que se van dando en la práctica y ya te digo, por ahí se hace más fácil cuando los profesionales son más permeables a trabajar en equipo con coordinadores de dispositivos de este tipo, sobre todo con los psiquiatras que les cuesta mucho salir del consultorio y armar una estrategia con un equipo interdisciplinario.

*- En relación a tu acercamiento con el ámbito de la salud mental a partir de tu incorporación en el dispositivo, ¿cómo entendés ahora, después de estos años de recorrido y de trabajo, a la salud mental?*

- Y ahora la entiendo como algo más general. Por ahí cuando uno ve todo desde afuera cree que la salud mental es de la puerta del Mira y López para adentro. Ahora la entiendo como algo que está en todos lados, en la calle, en las adicciones. Yo estoy dando clases en el Programa Nueva Oportunidad y también estoy todo el tiempo con pibes con adicciones y ahí también está la salud mental. (intervención mía) Antes de Emilianas yo pensaba como debe pensar el 80%, 90% de las personas que la salud mental es de las puertas del Mira y López para adentro.

*- ¿Qué entendés por lógicas manicomiales y cómo entendés las prácticas manicomiales?*

-Es más o menos lo que fuimos hablando, no darle la llave a un paciente, hacer una gran diferencia entre un paciente y un trabajador del hospital. Ahora por ejemplo, con el covid, volvieron a cerrar la sala, ya

no hay pacientes internados deambulando. Como que el Mira dejó de ser un hospital de puertas abiertas. Esperemos que sea sólo culpa de la pandemia, pero el Mira como que volvió a ser un hospital de puertas cerradas. Ya te digo, convencer a los choferes que la camioneta no sólo se debe usar para ir a buscar medicación o llevar un paciente a hacerse una radiografía al Cullen. Creo que esa es la forma, por lo menos la que encontramos nosotros, de romper con las lógicas manicomiales que es el objetivo de estos dispositivos. Transformar las lógicas manicomiales en un emprendimiento productivo.

- *¿Cuál crees que es la lógica dominante en el hospital y cómo se articula, en ese sentido, el trabajo del dispositivo en el marco de la pandemia?*

- Lo primero que hicimos nosotros para unos mandados fue conectarnos con el comité de crisis. Cuando el aislamiento se ablandó un poco. Pero empezamos a trabajar con menos gente dentro de la planta, pusimos una serie de protecciones en la cantina. Y hubo una serie de cambios, dentro del hospital que no están buenos y que esperamos que no sea como el tomate, viste que aumenta y que nunca baja. El tomate aumenta porque heló, por ejemplo, y después nunca baja o baja pero no del todo... A nosotros nos trataron de tocar pero no pudieron. De hecho, en la cantina trataron de hacer el triage, trataron de sacar la cantina de Emilianas para poner el triage de covid que es donde te toman la temperatura y los datos y demás. Bueno, de hecho, en el cemafe donde teníamos la cantina pusieron el triage. Hicieron un hospital de miles de millones de pesos, como es el Cemafe, y frente a una pandemia... Está bien, es una pandemia pero me parece que la inundación revolucionó la ciudad mucho más. Frente a algo que se podría haber manejado de otra manera, poniendo una carpita afuera o usando algún consultorio, movieron a los locos de la cantina y armaron el triage. (audio cortado)... Esta cuestión de tocar dispositivos y cosas que tenían otra lógica de lo manicomial para armar cosas que son más manicomiales. Nuestros trabajadores estaban desesperados por volver a trabajar. Nosotros estuvimos aproximadamente dos meses sin producir. El equipo siempre conformado, llamando, visitando, yendo a las casas, con barbijo. Y nuestros trabajadores la verdad que, si bien no tuvimos ninguna crisis muy grave, necesitaban volver. Por eso al comité de crisis lo atormentamos para que nos permitan la vuelta. Primero porque nos iban a sacar el espacio, en cualquier momento iban a correr las amasadoras y las batidoras e iban a poner una sala de internación para zombis, no sé. (risas) Pero apenas pudimos porque la lógica de Emilianas es el trabajo, otra lógica no tiene. Si no estamos trabajando no estamos, no es un centro de día ni un hospital de día, es un emprendimiento productivo que si estamos, estamos produciendo.

- *¿Crees que la sanción de la Ley de Salud Mental permitió algún tipo de transformación en las prácticas y/o abordajes de los profesionales del dispositivo?*

- No, dentro del dispositivo, osea para los coordinadores del dispositivo la Ley de Salud Mental es fundamental pero me parece que la implementación y el cumplimiento de la Ley de Salud Mental va como una tortuga, hay veces en las que avanza un paso y retrocede dos y así. Me parece que... yo

cuando ingresé al dispositivo y me desayuné con la salud mental me imaginaba que a diez años de eso íbamos a estar en otro plano digamos. Leyendo la ley y viendo lo que se planeaba... pensé que iba a ser diferente. Es como que se habla, a todos los que escuchas y es como que estamos todos de acuerdo pero.... después bueno, de ahí a que suceda una transformación grossa falta un montón.

*-¿Cuáles crees que son los obstáculos para que las que no se estén dando estas transformaciones?*

- Que se yo, no sé, las lógicas que hay dentro de las instituciones como el Mira y López. Me parece que encima es como que vos decís 'bueno, hay una generación que se tiene que ir, hay que esperar que una generación se tiene que jubilar' pero crean nuevos discípulos. Yo en el tiempo que estoy las mayores discusiones y mayores problemas que hemos tenido los hemos tenido con psiquiatras jóvenes por ejemplo. Y vos decís 'bueno, este pibe tendría que venir con otra lógica' y no, los mayores problemas los hemos tenido con profesionales jóvenes. O por ahí será que los viejos no te dan ni bola pero hemos tenido problemas con jóvenes que parecen psiquiatras de los años veinte.

*- ¿Crees que hubo algún cambio de posicionamiento a partir de la sanción de la Ley en estos núcleos más duros, asociados a la psiquiatría como formación disciplinar, o en algunas prácticas institucionales?*

- Yo creo que aunque demos muchos pasos para atrás, creo que se va hacia adelante. No es como yo pensaba que iba a ser. Por eso te digo que cuando yo ingreso a trabajar en el campo y no sabía nada de salud mental, y me contaron todos los cambios que se planeaban pensaba que en cinco o diez años íbamos a estar en otro lugar. Pero en realidad estamos a unos pasitos de eso que yo me encontré. Pero sí, alguna que otra transformación se ve, por supuesto. Se va hacia adelante. Sobre todo yo te puedo decir más del lado de las empresas sociales en salud mental, hay una red conformada a nivel nacional, hay mucha gente de las universidades trabajando desde los proyectos de extensión, sobre todo la Universidad de Quilmes. Hay mucha gente trabajando para que las empresas sociales en salud mental generen una transformación en la salud mental.

*- En relación a la locura y el encierro en el marco de la pandemia ¿podes decirme algo más?*

- La pandemia, nosotros por ejemplo, para buscarle algo bueno a la pandemia, nos hicimos más fuertes en las redes sociales. Estamos teniendo otra llegada llegada. Porque pos ahí nosotros trabajamos o en la cantina del Mira o en la del Cemafe y la mayoría de los catering que hacíamos eran para eventos del Estado, osea que por ahí nuestros clientes eran gente del Estado. Y bueno esto de comunicarnos por medios virtuales, nos permitió hacer unos productos, no sé si los viste, regalos por el día de la madre y la primavera y demás... Y creo que nos está conociendo gente que no nos conocía y nos está conociendo por medio de las redes sociales y por ahí pensar que la forma de que aparte de que le llegue nuestro producto y nuestro producto esté bueno, también está bueno que le llegue un poco de

información de todo esto que estuvimos hablando. Así que vamos a ver si para el año que viene nos largamos con algún folleto o algo que tenga que ver con generar algún tipo de conciencia en la gente que no tuvo la suerte de desayunarse con la salud mental como yo. Nos llamó la atención que tenemos clientes que por ahí, no se de donde han salido, pero no nos siguen tanto porque tienen algo que ver con la salud mental sino que todo lo contrario, es gente que nada que ver y que está bueno poder utilizar esa vía de comunicación cliente-proveedor para poder bajar algún tipo de línea con respecto a para qué sirven este tipo de dispositivos y empresas sociales. Y la importancia de que las empresas sociales en salud mental o discapacidad tengan su lugar dentro de la economía formal.

#### **ENTREVISTA N°4**

- *¿En qué momento te incorporás al dispositivo y qué podés decirme sobre su surgimiento?*
- Yo estaba haciendo la residencia interdisciplinaria en salud mental (RISAM) en Paraná y trabajé en varios dispositivos laborales y Emilianas siempre fue, un poco, el norte, el lugar a donde se quiere llegar. Entonces yo a Emilianas lo conocía bastante por la historia y por el recorrido. Después estuve un año en un encuentro de emprendedores en Santa Fe que justamente organizó Emilianas y estaba la posibilidad de conocerlo. Efectivamente fue como un emprendimiento al que íbamos copiando, íbamos a eso. Lleva muchos años Emilianas, sino me equivoco diez o doce y entonces los de Paraná que son más nuevos iban un poco en esa línea. Voy a una entrevista en el mes de mayo de este año para cubrir un reemplazo y arranqué a trabajar en Emilianas. Las chicas me contaron un poco la historia, como comenzaron y lo que yo ya sabía a Emilianas y que era también un lugar en el que quería estar por toda esta historia que tienen, por todo lo que vienen trabajando y por sus lógicas que se siguen manteniendo a pesar de todos los desajustes políticos que hubo. Y una vez que ingresé me di cuenta de todo el camino que tienen recorrido y de todos los recursos que tienen también como emprendimiento por llevar tantos años.
- *¿Con qué te encontraste cuándo ingresaste a trabajar en Emilianas, en medio de la pandemia?*
- Con que había que juntar plata (risas). Emilianas es un emprendimiento que si bien viene con unas cuestiones económicas y bueno sobre todo cuando se desata esta pandemia y entran en la noción de que no van a poder hacer catering que su ingreso principal y lo que permite este sostenimiento de Emilianas. Si bien pudieron sumarse a los programas laborales que permiten el subsidio a algunos emprendedores, hubo otros que no porque tienen ciertas características o que no es posible por la edad o por cuestiones de estos programas laborales. Hubo, un grupo de emprendedores, pagarle el sueldo desde Emilianas. Entonces un poco era cómo se va a seguir sosteniendo Emilianas en este momento en que los catering no están y en donde si bien se realizaban ciertas ventas, no era lo que le deba el dinero para poder pagar los sueldos y las cantinas tampoco. Porque la cantina del Cemafe que era una entrada para Emilianas, porque tiene otro movimiento, otro lugar, fue tomada por el covid, donde todas las instalaciones fueron utilizadas para armar como un laboratorio y poner las cosas. Y quedó solamente la cantina del hospital Mira y López que tiene muy poco movimiento. Entonces fue

necesario trabajar con los emprendedores en cómo hacer para seguir viviendo, que se siga sosteniendo. Y también pensar en aquellos emprendedores que, por cuestiones de riesgo, no podían llegar. Cómo para ellos, o muchos de ellos, el ingreso de Emilianas es fundamental, no es algo que suma, es un dinero que la familia o ellos mismos lo utilizan para poder sobrevivir, entonces no era menor pensar en esto. Y bueno, me encontré con todo esto, entendiendo así, todo a medias (risas) con mucha información de repente pero intentando con ellos buscar formas de que se pueda sostener Emilianas, en el tiempo. La pandemia planteó un contexto nuevo que atravesaba a cada emprendedor de diferentes modos, porque también significó un aislamiento de la familias, un aislamiento de las redes sociales de ellos. Ellos se juntaban antes, tenían encuentros y muchos quedaron encerrados en sus casa por ser grupo de riesgo, la preocupación por sus compañeros y sus familiares, el encierro. A muchos les costó muchísimo el encierro...nuevamente. Entonces fue a trabajar con ellos también, y entender que el encierro tenía que ver, en este caso, con algo que era un cuidado de salud y no como cuando hablamos de los encierros manicomiales que saben no provocan salud. Bueno, este si era un modo de cuidarnos y que era necesario. Obviamente a penas pudimos volver volvimos. Hubo algunos que volvieron más rápido otros que se reincorporaron despues, cumpliendo todos los protocolos.

- *¿Cómo pensás y cómo ves el trabajo interdisciplinario en el armado de las estrategias de intervención en Emilianas?*

- Fundamental, y creo que en Emilianas está bastante aceitado esto del trabajo interdisciplinario, de poder construir entre los coordinadores una mirada acerca de lo que ocurre, ya sea una situación clínica o una situación que tenga que ver con lo comercial, con el packagin, con todo lo que estamos armando en este momento. Obviamente yo soy nueva, entonces me voy sumando de a poco, pero creo que es re importante porque hay una construcción y una historización cada vez que se piensa una situación. Y no tomándola como algo aislado que sucede sino teniendo en cuenta ciertos recorridos de los emprendedores que han tenido tanto en lo institucional como en otros campos que no tenga que ver con la salud, con lo familiar y la verdad que es un equipo en el que hay una comunicación muy fluida en relación a lo que sucede, entonces entre todos podemos ir aportando a esa situación. Intentamos reunirnos y poder charlar con más tiempo, pero a veces en este tiempo particular, viene todo siendo bastante como a los ponchazos, resolviendo lo que va pasando. Pero si creo que se intenta siempre poder aportar y ver la situación que sea, desde todos los lugares. Que cada disciplina pueda aportar su saber para construir algo que resulte para la situación particular. Me parece re importante porque trabaja muchísimo con la familia, no lo deja afuera. Entonces ese trabajo también está pensado entre todos, quien puede habla, cómo lo va a hacer, cuándo es más estratégico que hable uno o que hable el otro, cuanta transferencia hay con algunos. Como soy nueva también puedo... yo por ejemplo digo 'ay! a mi no me conoce yo voy y le digo' (risas), hablo yo que no me conocen. Me parece que esas estrategias te permiten pensar poder pensar las situaciones de esta forma.

- *Al dispositivo Emilianas ya lo conocías ¿conocías el hospital Mira y López?*

- En el hospital tuve una experiencia cuando era estudiante de ir a hacer un acompañamiento terapéutico y me pareció tan horrible que dije 'nunca más vuelvo' porque era el acompañamiento de una niña de cuatro años y yo la quería llevar a jugar a un lugar lindo y no encontré ningún lugar lindo para llevarla. Después hice la residencia en el Hospital Escuela de Salud Mental y ahí perdí todos los prejuicios y cuando me tocó volver al Mira, obviamente es un lugar que no es lindo, que no es atractivo y en donde creo que hay muchas lógicas manicomiales que están muy fuertes y que en este último tiempo... en palabras del cuidado representaron algo que no está bueno como es el encierro pero un encierro muy feo para quienes están en la sala. Les pusieron todo un corralito, por eso, en pos del cuidado fue bastante feo eso. Por eso digo que es un lugar que no es atractivo, que no es lindo y que en las cosas que dicen del cuidado se notan ciertas lógicas que están muy arraigadas y que no prosperan para otro lado. Y a su vez, que no es menor, creo que Emilianas, como dispositivo sustitutivo que busca romper con algo de estas lógicas, sea una isla dentro del Hospital Mira y López. Yo estoy hace poquito tiempo y por ejemplo, a nosotros nunca nos llegan las notas, ya me pasó que nunca llegan las notas a Emilianas en relación a protocolos, a cuidados, a modos de actuar. Y digo, cabe la pregunta ¿por qué no aparece la nota, no aparece la entrevista, no aparecen ciertos acuerdos con un dispositivo que justamente intenta romper con eso?

De hecho, pensaba como que ahora se piensa lo institucional y de los profesionales que trabajan ahí, porque, por ejemplo, nos llegan comentarios de una chica que trabajaba ahí, que era administrativa y quiere ayudar, llevó un día chipá que compró en la cantina y que le decían 'no, ni loco como eso que está hecho por los locos'. Entonces digo '¿qué concepción de la locura? Primero la concepción de la persona como loco y nada más, en donde no es posible otra cosa. Y cuando no se puede mirar que hay otra cosa digo bueno, no ver un emprendedor, un trabajador, alguien que cumple horarios, que tiene una responsabilidad y que hacen muy bien su trabajo. Entonces bueno, esa concepción que hay adentro del hospital en la que 'cocinan los locos y entonces no podemos comerlo porque andá a saber qué hacen' digo... es algo muy tremendo que se ve en el interior de un hospital, que tendría que intentar de romper algo de ese discurso. La locura quedó encapsulada en la imposibilidad de hacer otra cosa. Entonces son comentarios que nos van llegando y que por un lado nos preocupan y por el otro decimos 'ay bueno, si ya no pudieron romper con algo de eso...estamos al horno'. Pero todavía sucede. Es algo que nos resonó a nosotros porque decíamos esto 'si lo piensan los que están acá' ...y que guste o no guste, estén de acuerdo o no, se ve el laburo que se viene haciendo y el crecimiento y el desarrollo, con cosas a mejorar seguramente y a seguir trabajando, pero es un dispositivo que pudo trascender todo este tiempo... qué piensan los que están afuera? Por suerte creo que fuera del hospital hay mayor reconocimiento al laburo.

- *¿Cómo entendés a la locura, cómo la definirías?*

- Yo creo que las condiciones de vida hacen a la locura, que no se puedan tener ciertas condiciones dadas. La pobreza genera locura. El no llegar a comprar alimentos, no tener dinero, vivir vulneraciones.

Todo eso genera locura. Después si hablamos estructuralmente de la locura creo eso, que es una estructura diferente y que tener una estructura diferente no imposibilita ciertos caminos y recorridos que una persona pueda hacer. Me parece que hay que poder mirar más allá de las estructuras y de los modos que se tengan. Siempre algo es posible. Creo que hay condiciones de que algo de la locura se despierte... me pasa por ahí con ciertas usuarias del emprendimiento y pienso que con todas esas situaciones que están atravesando de vulnerabilidad, de no tener, de violencia, de faltas ¿cómo no va a estar atravesada la locura acá? No lo veo como algo que discapacite a una persona. Es una estructura diferente y desde ahí millones de cosas para poder trabajar y hacer con esa persona, acompañando, estando, generando quizás ciertas condiciones para...que se den algunas cuestiones. La persona tiene posibilidades cuando no queda invisibilizada por un diagnóstico o por una conducta, que no es que por esta conducta va a ser siempre así. Es algo que sucede siempre 'bueno tuvo un brote psicótico y ya está, va a tener veinte mil brotes psicóticos'... y no, fue un momento en el que seguramente hubo mayor vulnerabilidad, en donde hubo situaciones en donde no se tuvo los recursos para poder hacer otra cosa.

- *¿Cuáles consideras que son los factores que intervienen en el abordaje de la locura que se realiza en el dispositivo?*

- Yo soy terapeuta ocupacional entonces para mí la ocupación siempre está ahí, como medio y fin del abordaje más allá de que la escucha es fundamental para poder hacer, porque sin una escucha yo tampoco puedo realizar alguna ocupación o actividad. La ocupación como un recurso para poder, muchas veces, generar cotidianidades, porque la ocupación genera cierta cotidianidad, organiza, regula. La cotidianidad y la ocupación son lugares de encuentros con otros, de hacer con otros. Somos a través de las relaciones sociales que tengamos, entonces mi abordaje siempre está en pos de un hacer y de ocupar y de pensar esa cotidianidad en donde pueda tener el acceso a ciertas condiciones y ciertos recursos que le permitan tener una cotidianidad ordenada, saludable, desde mi disciplina lo pienso de ese modo. La escucha es fundamental también, más allá de no ser psicólogo, se hace a partir de eso. A mí me parece fundamental en mis abordajes el trabajo con las familias o la comunidad más cercana, ningún tratamiento se puede hacer por fuera de eso. Porque también es real que los dispositivos son cierta parte de esa cotidianidad pero no son todo, hay que poder pensar un afuera y pensar que sucede con esa persona cuando vuelve a su casa. Entonces si cuando vuelve a su casa está sola, no tiene para comer, el dispositivo no sirve de nada, si puede alojar un tiempo, como dispositivo tenemos que poder volcarnos a la comunidad para abordajes que sean saludables.

- *¿Con qué recursos te encontraste en el dispositivo para poder intervenir y realizar estos abordajes con la locura?*

- Primero me parece que tienen recursos materiales que son fundamentales cuando queremos pensar en un emprendimiento laboral. Porque me ha pasado de estar en emprendimientos que son 'como' emprendimientos laborales y como no hay nada no está nada armado es medio una mentira. Esos armados en los que viene un viento y te lo tumba. Están los recursos materiales para poder abordar, para poder pensar la actividad y pensar las tareas, para poder pensar la organización, eso está y es fundamental. Después hay un montón de recursos en relación a poder pensar a Emilianas justamente como un emprendimiento laboral de verdad, la parte económica. El sistema de sacar precios, costos, eso está todo armado en matrices que los otros emprendimientos no tienen y que es super importantes para no tener pérdidas, para saber si es rentable, cuánto hacemos, cuánto no, cuánto van a tener los emprendedores de ganancias, cuando conviene y cuando no. Y también poder ponerlo a jugar con los emprendedores, porque cuando está el dato es posible que ellos puedan verlo, porque si hablamos en términos de supuestos, también es difícil que ellos puedan bajarlo a una realidad. Acá está todo muy claro, entonces cuando alguien viene y dice 'no, no hubo ganancia' y ahí vamos a las matrices buscamos, ponemos el dato y lo ven. Y eso es un recurso re importante para que también ellos puedan sentirse emprendedores: puedan ver cuando hay ganancias, puedan ver cuando hay pérdidas, porque eso hace al rol y a la responsabilidad de ellos. Que al ponerlos a jugar, uno los hace parte. A veces, en el afán de hacerlo rápido a veces nosotros nos ponemos y sacamos los costos y todo eso y no lo hacemos con ellos. Intentamos, en este último tiempo, poder volver a que ellos lo tomen, porque los emprendedores son ellos y el proyecto es de ellos. Y después, bueno, tener un lugar, el equipo. Poder apoyarse en un equipo que tiene una historia y que conoce las historias, me ha servido para poder pensar en los abordajes. No es lo mismo, de la nada venir a abordar con una persona en donde nadie tiene referencias y somos todos nuevos, a este equipo que ya los conoce, que tiene historia, que conoce a la familia, que sabe quien es el médico, quien es el psiquiatras, eso también te da ciertas herramientas para poder pensar las estrategias y poder pensar las situaciones en particular. Y después bueno, ciertos proyectos que permiten que el Emprendimiento reciba dinero, de repente la Dirección de Salud Mental tenía dinero y pueden comprar ciertas cosas y bueno son recursos... Lo material hace mucho para el sostenimiento y para los abordajes porque si no habría nada de eso creo que sería muchísimo más duro, en este tiempo de pandemia que dejó todo parado, el sostenimiento de Emilianas. Creo que hubo ciertos recursos que venían ellos armando y otros que se dieron y haya dinero para hacer algunas ventas por ejemplo y contar con la plata para comprar las cosas previamente, si eso no lo teníamos, al no tener los catering, bueno quedaba todo en la nada. Entonces es muy importante el caminito que vienen teniendo y que esta pandemia no terminó de derrumbar. Y también creo que Emilianas lo que tiene es que en esto de 'tener que sobrevivir' y pensar nuevas cosas, lo bueno que para mí tiene para los abordajes también es que hay muchas cosas para hacer. Eso permite que se puedan diversificar ciertas energías de los emprendedores. Cuando se cansan de la planta de producción hay otra cosa para hacer, por ejemplo esto del packaging de los productos que estamos armando para navidad, en donde quizás antes, cuando yo ingresé, ellos me decían que no le daban mucha bolilla al packaging y un día hicimos una

caja para el día del amigo y dijimos '¿qué fue lo que atrajo tanto?' cuando esas masitas se vendían en la cantina acá y no generaban tanto, entonces pensamos que era el paquete, lo que se vendía, que era lindo y etc. A partir de eso se armó toda un área y bueno, poder pensar todo eso es un montón y a su vez que ellos puedan hacerlo. Podríamos comprar las cajas hechas, pero las hacen ellos. Nos ha pasado que alguien no podía estar más en la planta porque se comía todo entonces bueno, también poder pensar qué otro tipo de participación. En toda esta lista que se armó en poder decir '¿qué hacemos?', se abrieron otras tareas y actividades para hacer en donde fue posible que los emprendedores pudieran copar otros lugares. Y no solamente la cantina que siempre son dos grupos de cantineras, ahora hay un grupo de packaging que está hasta las manos y se quieren morir (risas).. pero está buenísimo. Poder trabajar en un lugar donde podamos pensar a los usuarios en distintas tareas, si no es esto es otra cosa y sino la buscamos. Que continúe siendo un trabajo y no un 'que venga y haga de cuenta que trabaja' es importante también para pensar los abordajes. Ahora para navidad estamos haciendo las cajas y hay que pintarlas con stencil... el otro día hicimos cuatro en una mañana, nos miramos con una compañera y dijimos 'che acá hay que hacer algo porque no llegamos'. Y en un momento empezamos a llamar a uno y a otra para que se sumen y de repente bum! Hasta el que te dice que no ahora está ahí haciéndolo y se re copa y le encanta y después se pelean porque los de la planta dicen que ellos trabajan y los otros no y empiezan '¿por qué ellos están allá haciendo cajas y yo acá haciendo galletitas?'. Pero está bueno porque eso es movimiento para ellos. Y otra cosa son las asambleas. Ese lugar está re bueno para los abordajes, creo que es un lugar que permite ver, cada emprendedor, a donde apunta, a donde está, cómo pueden surgir ideas, cómo a algunos no les importa tanto y a otros no, qué es lo que le importa a cada uno y qué no, si es desde el dinero, si es desde el horario. Qué es lo que lo va convocando a cada uno en el Emprendimiento. Para algunos es el dinero, para otros es el encuentro con otros, ahí en las asambleas se nota el que va porque lo convoca otra cosa más allá del dinero. Vienen porque hay algo de lo social que se juega, muy fuerte, que los atrae. Hay usuarios que la familia no lo necesita, que ellos no lo necesitan y sin embargo siguen eligiendo ese espacio que los convoca. O usuarios que decimos '¡puede estar trabajando en otro lugar! ¿por qué acá adentro, en un hospital?' y no quieren estar acá. Bueno qué hay, qué convoca, de diferente a otros espacios que quizás llegaron en otro momento y no fueron alojados.

- *¿Cómo entendés a la Salud Mental?*

- Es un campo de intervención muy amplio en donde se juegan los derechos, sobre todo, y el acceso a los derechos. Es un campo de salud al que siempre se lo separó y al que siempre se lo estigmatizó y creo que con la Ley, igual le falta, viene a romper con ciertos estigmas que hay en relación a la locura. Creo que es un campo de continua conquista y continua búsqueda y en donde nada está dicho. Es tan amplio que hay un montón de cosas para poder hacer y para poder trabajar. Faltan muchas cosas todavía para que se puedan llegar a dar para pensar el campo de la salud mental como completo. Faltan aún muchas políticas públicas y muchos programas para que esta Ley se pueda cumplir verdaderamente y que la salud mental deje de estar en el lugar de excluida o de lo raro, para que sea considerada dentro

de la salud integral. Me parece que es un campo muy amplio de conquistas, de búsqueda, de apuestas y que busca, sobre todo, devolver derechos a los usuarios de salud mental.

- *¿Crees que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental posibilitó algún cambio en el campo de la Salud Mental y de la salud integral?*

- Cuando yo trabajé en el Hospital Escuela y haciendo guardias, creo que la ley habilitó poder pensar el encierro como una última posibilidad, que es muy importante trabajar con la salas de internaciones, me ha pasado de encontrarme con personas que hace cincuenta años que están internadas sin una posibilidad de externación y al empezar a recabar información al final había todas las posibilidades. No hubo un otro, no hubo una comunidad preparada para recibir a este sujeto. Entonces creo que si se avanzó pero falta muchísimo porque seguimos pensando en el cierre del manicomio, que se puso como el punto a llegar, y en realidad en el medio para poder cerrar los manicomios necesitamos poder preparar a la comunidad de un modo diferente. El dispositivo sustitutivo Emilianas, sigue estando en el interior de un hospital.. psiquiátrico. Entonces hay que poder pensar dispositivos sustitutivos en un afuera, en la comunidad, y no esté ligado a lo psiquiátrico, a estos establecimientos que tienen una connotación negativa. Y después creo que en relación a estos dispositivos sustitutivos faltan muchísimas políticas públicas que puedan acompañarlos. Que un dispositivo sustitutivo, en medio de una pandemia, tenga que pensar veinte mil maneras de sobrevivir, no teniendo ninguna política que acompañe que da cuenta de que la nación y la provincia no están pensando en la importancia de generar ciertas condiciones para que puedan sobrevivir. O que en medio de una pandemia puedan brindar algún apoyo de algún modo. Tuvimos una reunión con todos los dispositivos de la Dirección de Salud Mental y la mayoría están cayéndose porque no tienen 'modos de...'. Por eso digo, Emilianas cuenta con una historia y trayectoria y un recorrido que le permitió tener cierto cuello y cierto margen para pasar este año, otros dispositivos no lo tuvieron. Entonces no pudieron sostenerse, más allá de todo lo que han hecho los trabajadores, entonces que no haya un Estado que esté presente en estas situaciones y no genere... da cuenta de todo lo que falta para poder pensar en un montón de usuarios que ya estaban viviendo por fuera del hospital, tuvieron que volver a los hospitales por esta situación, porque no tenían para comer, etc. Es complicado pensar un cierre de manicomios cuando no se hace nada en medio para que esto avance. El otro día tuvimos una reunión por la implementación de la Ley y veíamos esto: todo lo que falta. Se hizo sí, permitió esto de cambiar algunas cuestiones en relación a las internaciones, al poder médico, al poder de la justicia, a la concepción de locura, eso sí ha podido hacer un cambio pero tiene que ver más con las instituciones manicomiales, pero el resto...falta mucho todavía. No hablo de los dispositivos sustitutivos solamente como locura, pienso en violencia de género que también está atravesada la salud mental, hay algo de un padecimiento en salud mental, tampoco están los recursos y los dispositivos para poder alojar a las mujeres o a quien sufra violencia y también hay padecimiento mental ahí.

- *¿Qué entendés por lógica manicomial y como se traduce esta lógica en las prácticas?*

- Para mí la práctica desde arrasamiento de la persona, cuando la persona está borrada totalmente, silenciada. En donde es un número, donde pierde el cotidiano: hago lo que hacen todos, no hay particularidad, no hay singularidad. Esas son las lógicas manicomiales, las que arrasan con el sujeto. Donde no hay posibilidad de ser otra cosa, de hacer otra cosa, de pensar otra cosa. Puede haber lógicas manicomiales en un emprendimiento productivo cuando empezamos a tomar decisiones por los usuarios, estamos atravesados por una lógica de hacer por otros y eso no está bueno. A veces, en el apuro de hacer, lo vamos resolviendo. Y no, uno tiene que poder darle al otro la identidad y la posibilidad de resolver y de hacer. A veces, más allá de que uno intente, se complica, intentamos no hacerlo. Nos reímos, porque nos pasó en esto del packaging, a veces, decidíamos bastante desde la coordinación y un día los emprendedores estaban diciendo una cosa que no nos gustaban, unos moños grandes horribles, para nosotras... y ellos dijeron 'nosotros queremos moños' y en un momento nos devolvieron un 'se salieron con la suya'. Y ahí quedamos 'pongan lo que quieran'.. y dijimos 'no, basta'. Cuando no le damos la posibilidad al otro de elegir, de decidir, de pensar, de armar más allá de que quede bien o mal, se equivoque no se equivoque, y uno podrá acompañar esa decisión. En lo que son las lógicas manicomiales para mí hay un arrasamiento total, subjetivo, ahí es difícil poder hacer otra cosa. Trabajando en una sala de internación de hombres me pasó mucho de ver como todos hacen todos, nadie tiene nada, no acordarse el nombre, no saber dónde quedaban los lugares, olvidarse de que existe un lugar más allá del hospital. Los lazos rotos, la dificultad de hacer con otro. Todo eso creo que son las lógicas manicomiales, que se reprodujeron por mucho tiempo, están instaladas. Desde mi disciplina, por ejemplo, esto de 'entretener a la locura', entretener al loco (¿). Y digo, eso también es una lógica manicomial esto porque ¿por qué deberíamos entretener al loco? ¿el loco no se puede entretener solo? No sé, cuando hay que 'entretenerlo' es diferente a pensarlo con una ocupación y una actividad que le sea significativa y que le genere algo y en donde la ocupación sea utilizada para re establecer un lazo social, para poder re establecer una cotidianidad, para poder organizar algo de esa vida, para que sea algo que lo convoque a armar algo. Entonces bueno cómo las lógicas, porque la ocupación es la misma porque yo puedo utilizar un juego para generar algo en el otro, pero hay que ver si es para entretener o para utilizar algo saludable, del bienestar en relación a lo que le pasa a esta persona.

- *En relación a las lógicas del hospital, ¿cómo pensás una articulación entre la lógica hospitalaria del Mira y López y la lógica de trabajo de Emilianas?*

- ¿Cómo hace Emilianas para ir rompiendo esa lógica o no estar chupado por la lógica del hospital? Yo creo que tiene que ver, primero, con un posicionamiento de los coordinadores en relación a no reproducir ciertas lógicas. Y después, me parece, que lo que puede conmover un poco al resto de los actores que están en el hospital es poder darle a los usuarios o los emprendedores que están en el dispositivo, ciertas responsabilidades y confiar en ellos. Y que lo que hacen ellos no esté tutelado, por ejemplo, cerrar todas las puertas del dispositivo y entregar la llave. Bueno, la gente de mantenimiento

no quiere que los usuarios abran, cierren y vayan a buscar la llave. Sin embargo, en el dispositivo, más allá de que esto no sea considerado, no estén de acuerdo y que cada vez que vaya un usuario le ponen el nombre, es algo que la coordinación de Emilianas decide seguir haciendo. El manejo de dinero, el que los emprendedores se encarguen de entregar los pedidos, de abrir y cerrar las cantinas en donde los coordinadores no aparecen para hacer eso. Nosotros no vamos a abrir y cerrar las cantinas. Nosotros nos vamos y los emprendedores continúan en el espacio de trabajo, porque se da la confianza y lo que siempre pensamos es que es el lugar de ellos, no es un lugar que nos pertenece a nosotros. Muchas veces nos han dicho 'llévense las llaves' y nosotros no nos vamos a llevar la llave de un espacio público que pertenece a tantas personas, porque no es de los coordinadores Emilianas. Entonces me parece que este posicionamiento, que a su vez los usuarios han podido defender, han podido posicionarse en relación por ejemplo a la limpieza que hay que ir a buscar los productos para limpiar y dicen 'tiene que venir un coordinador a buscarlos' y los emprendedores 'no, no va a venir un coordinador, venimos nosotros porque tal o cual cosa'. Han podido marcar qué lugar se les ha dado y permite que al menos ciertos espacios se conmuevan: 'con todos es así menos con Emilianas que los emprendedores están habilitados a...'. Y esa habilitación creo que está dada por la coordinación, y es una decisión que se ha sostenido en el tiempo y ha permitido esto: lo que no sucede con la sala si sucede con Emilianas. Hemos tenido varios problemas también, han quedado puertas abiertas y dicen 'bueno si ustedes dejan que los usuarios cierren...'. Estamos seguros que los usuarios cierran mejor que nosotros que seguro nos vamos apurados y no cerramos (risas). Creo que eso ha permitido que ALGO... se pueda llegar a mover. O la toma de pedidos o que ellos reciban el pago, todo lo que se refiere al lugar que se les ha dado a los emprendedores y al libre tránsito que han tenido. Creo que ha posibilitado que Emilianas no sea chupado por el hospital. Que no reproduzca estas lógicas todo el tiempo. A veces no es fácil. El otro día tenían que pasar el piso al lado de la cantina, y salieron a entregar un pedido, entonces me llaman por teléfono 'che las de la cantina tal cosa.' bueno, decíselo a las de la cantina no me lo digas a mí. Entonces si bien está marcado por la coordinación como un posicionamiento, pero cuando van a ellos también han podido marcar, algunos no todos porque siempre hay personalidades que pueden decir algo más que otros, algunos capaz que no dicen nada, pero después vienen re enojados porque los cagaron a pedo. Está también esto, cuando hay que ir vamos todos, no voy yo sola como coordinadora, vamos con los emprendedores que tuvieron el problema y explicamos y decimos...poder habilitarlos para que ellos puedan hacer las cosas, ciertos manejos administrativos como ir a buscar las cosas de limpieza para que limpien el sector se encargan los emprendedores. Llevan la lista de lo que le dieron, no le dieron, lo anotan, tienen planillas, saben que es lo que le falta, ellos pueden llevar un control, nosotros no tenemos nada que ver y eso es lo que está bueno.

*- En cuanto a las prácticas sustitutivas que responden a otra lógica ¿qué aspectos institucionales, del Hospital o de la Dirección, o del Ministerio de Salud, cuáles pueden ser aspectos facilitadores y cuáles obstaculizantes para llevarlas a cabo?*

- Lo principal, bueno la Dirección del hospital continúa reproduciendo esto, si solamente pensamos al cuidado poniendo una reja, un cerco para los usuarios que están en sala y no podemos pensar otros modos en donde otra vez el encierro y la división sigue siendo su modo de cuidado, estamos medios complicados. Cuando no pensamos las comunicaciones internas dentro de un hospital, la comunicación tiene que llegar a todos los lugares del mismo modo. Cuando no se avanza en ciertas apuestas que pueden permitir, justamente, a los dispositivos sustitutivos salgan de los hospitales. En donde no se acompaña a los emprendimientos en lo que se genera, ya sea un catering, una venta, en donde hay algo de eso que no se difunde y queda para adentro. Hoy existen las redes sociales y permite una expansión y que todo el mundo vea, compre y sepa. Si fuera por el lado del hospital, esa difusión está muy cerrada, muy adentro. Cuando los propios trabajadores y la dirección no pueden tomar nada de lo que se hace en Emilianas. El hospital no compra nada y por el hecho de comprar sino por el hecho de apostar y apoyar los emprendimientos dentro del hospital. Lo mismo con la Dirección de Salud Mental, cuando no se puede entender la importancia que un dispositivo sustitutivo, especialmente uno laboral, de poder generar redes de compra, redes de difusión, para afuera. En donde no se pueden hacer redes con otros ministerios para apoyar. Cuando no se entiende la importancia de que estos puedan vivir por sí solos y dejen de depender de un plan laboral que se vence cada ocho meses y que estamos siempre cruzando los dedos para que salga, para que no se quede meses sin cobrar. Todas estas cuestiones, cuando hay una dirección y un hospital que no puede entender la lógica de un dispositivo sustitutivo que a su vez es un emprendimiento laboral, hace que sea cuesta arriba y quede todo muy ligado al empuje de las coordinaciones y de los emprendedores en que se resuelva y se haga. El recurso material de contar con un vehículo para el reparto, para hacer catering, en donde uno no tenga que poner de nuestros propios recursos, nuestros autos, etc, también hace que sea difícil sobrellevarlo. Por esto también caen. ¿Hasta cuándo el profesional de salud tiene que seguir poniendo en el deseo todo el tiempo para que funcione? Lo hacemos mucho, pero cuando hay que poner materialmente nuestro auto, computadora, celular... se va haciendo todo muy cuesta arriba y los profesionales terminamos siendo como una mano de obra complicada y en un lugar que no se si no reproduce una lógica de arrasamiento profesional. Porque se da por hecho que el profesional de salud lo va a hacer. Las entregas las hacemos nosotros, vendimos más de cien cajas pero después hay que repartirlas, nos empezamos a dividir en los autos por zonas, y después dividimos mal las zonas y nos cruzábamos (risas). ¿Y quién contabiliza eso? Cuando no hay un modo de entender este emprendimiento laboral todas estas cosas se borran, no las ven y ahí se hace cuesta arriba. Como beneficioso de estar en un lugar hospitalario .... no sé si hay algo beneficioso. Yo creo que sería muy bueno si desde la dirección se podría avanzar en cuestiones de programas, capacitación, eso sería buenísimo.

Me pasó de encontrar mucha gente en el Hospital Escuela y me decían ' no sabes lo que era antes esta mina pero ahora está como desganada' y yo pienso 'y claro ¿cómo no?'. Y pensar esto: si es imposible, si todo es una traba, todo es burocrático, si lo que tendría que salir fácilmente siempre estamos dándole vueltas para que salga. También que no todos los profesionales están acostumbrados a trabajar

interdisciplinariamente. A veces cuando trabajamos con personas que es necesario del otro para armar estrategias y sostener, cuando queda Emilianas, solamente, sosteniendo a un usuario por ejemplo... no hay otra cosa. Queremos hablar con el psiquiatra y no está, le deja la receta y no lo ve... cuando Emilianas queda acaparando todo, también es un emprendimiento laboral, en donde necesita otras aristas. Y esto muchas veces no sucede y eso también es muy difícil. Que difícil es convocarlos a los psiquiatras. A mi me pasó en la residencia que hice cuatro años con psiquiatras, más allá de que algunos no, la mayoría viene con otra dinámica y otra cabeza. Y me encuentro acá en el Mira que no, acá no, son dinosaurios de la psiquiatría, imposible. Muy difícil.