



# Eso de locos no, porque estamos bien y trabajamos Acerca de un espacio de trabajo construido para usuarias de salud mental externadas de instituciones totales psiquiátricas en la salud pública<sup>1</sup>

Not so crazy, because we're good and we work.  
About a workspace built for outgoing mental health  
users from total psychiatric institutions in public health

Ana Esrequis<sup>2</sup>

## Resumen

El presente trabajo aborda las características que presenta un espacio laboral con miras a hacer lugar al derecho al trabajo, como parte del proceso de externación de usuarias de la salud mental. Para ello se recurre a su historia, a su formalización como dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial, a la voz de las coordinadoras y especialmente de las usuarias. A su vez se pregunta por el lugar que tiene el trabajo, a partir de la posibilidad que brinda este dispositivo sustitutivo, para las usuarias que han estado internadas por un tiempo prolongado.

**Palabras claves:** Salud mental – Trabajo – Proceso de externación – Dispositivo sustitutivo

## Summary

This paper addresses the characteristics of a work space created following a particular point of view: to underline the right to work as part of the process of externalizing mental health users. We will tell its history, its formalization as a substitutive device to the logic of the asylum and we'll pay special attention to the voice of the coordinators and the users. At the same time, the work itself is questioned concerning the possibilities offered by this alternative device to users who have been hospitalized for a long time.

**Keywords:** Mental health – Work – Externation process – Substitution device

<sup>1</sup> El presente artículo fue escrito sobre la base del Trabajo Final Integrador (TIF) de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (UNR) “Una historia enredada. Características de un espacio de trabajo construido para usuarias de la salud mental externadas de instituciones totales psiquiátricas o en tratamiento ambulatorio en la salud pública” del que soy autora y que fue dirigido por Soledad Nívoli, Directora del Centro de Estudios Periferia Epistemológica.

<sup>2</sup> Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (Rosario, Argentina). Trabaja en consultorio particular y en los S.A.M.Co. de la Comuna de Arminda y de la Comuna de Bigand.

## Introducción

El *proceso de externación* de personas usuarias de los servicios de salud mental que han estado internadas en instituciones totales psiquiátricas constituye uno de los mayores desafíos tanto para los trabajadores de la salud y la salud mental, como para diferentes sectores del Estado, como los ministerios de Desarrollo Social, Trabajo, Vivienda y Educación, convocados a comprometerse con la Ley de Salud Mental y Adicciones N°26.657. Dicha ley plantea que la externación de las personas debe constituirse en una política de Estado, proponiendo ir más allá del sistema de salud/salud mental, trascendiendo la mirada exclusivamente sanitaria, y demostrando así que su impronta fundamental es la de concebir a los usuarios de salud mental como sujetos plenos de derechos.

En este contexto, el presente trabajo indaga al interior del tema “salud mental y trabajo”, las características que presenta un espacio laboral con miras a hacer lugar al derecho al trabajo como parte del proceso de externación y qué lugar tiene el acceso al trabajo para las usuarias. Se trata de una investigación que analiza el funcionamiento de una propuesta surgida al interior de un monovalente en la ciudad de Rosario, en el marco de las políticas de salud pública durante el período 2017–2018. Para ello se llevó a cabo un *estudio de caso* enmarcado en una metodología cualitativa. A partir de entrevistas, de observaciones no participantes y material periodístico y teórico disponible, se apuntó a captar los elementos clave de la realidad estudiada, su lógica y sus reglas implícitas y explícitas, manteniendo la fidelidad a la perspectiva de los actores involucrados en ella, en consonancia con las demandas sociales y legales al respecto.

Se elige este dispositivo por ser uno de los pioneros dentro de los dispositivos que propone la Ley 26.657 –se gesta, incluso, previa-

mente a la sanción de la misma–; por sus efectos –en tanto propicia la entrada al mundo del trabajo a las usuarias de la salud mental–; finalmente, por su trayectoria y continuidad en el tiempo, lo cual permite ver sus diferentes avatares y el proceso que implicó arribar a sus características actuales.

## Acerca del contexto

La Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657 en su artículo N° 27 (2010) prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes y plantea la adecuación y sustitución de los ya existentes por dispositivos alternativos. Para lograrlo, deberá desandarse el camino transitado por las instituciones psiquiátricas, denominadas por Goffman (1972) *instituciones totales*, que implican un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de personas, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo apreciable, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. Habitar en una institución tal obstaculiza la interacción con el afuera, el éxodo de sus miembros, en tanto llega a significar para el interno la totalidad de su mundo. Producto de ello puede verse un proceso de desculturamiento o desentrenamiento que incapacita al sujeto para encarar los desafíos del mundo exterior, con las consecuentes mortificaciones del yo: depresiones, degradaciones, humillaciones, profanaciones, adaptaciones, mutilaciones, pérdida de toda propiedad, inclusive del nombre propio. El sujeto desaparece en tanto que se busca reeducar y normalizar el cuerpo del enfermo, considerándolo objeto de un orden de curación y sometiénolo a un régimen de vigilancia, al mismo tiempo que se propone reducir sus síntomas o contenerlos en una categoría.



El *proceso de externación* tiene, por lo tanto y como consecuencia de las prácticas mencionadas, dificultades específicas que deben ser tratadas en toda su complejidad. Se puede pensar este proceso como parte de la desinstitucionalización<sup>1</sup>, que plantea el movimiento italiano<sup>2</sup> (Dell' Acqua, 2012; Amarante, 2006). Franco Rotelli (2014) la conceptualiza como un trabajo de transformación que desarticula la solución institucional existente para desmontar (y remontar) el problema. Se trata de modificar los modos en que se practica la curación de las personas para transformar su sufrimiento, porque la terapia no es entendida sólo como búsqueda de la solución—curación, sino como un conjunto global, cotidiano y elemental de estrategias indirectas e inmediatas que consideran el problema a través de la revisión crítica sobre la terapia misma. “Pero si el objeto en vez de ser la enfermedad deviene la existencia—sufrimiento de los pacientes y su relación con el cuerpo social, entonces desinstitucionalización será el proceso crítico—práctico para la reorientación de todos los elementos constitutivos de la institución hacia este objetivo bien distinto” (Rotelli, 2015, p.43,44).

Si nos remitimos a la letra de la Ley de Salud Mental y Adicciones, artículo N° 9, leemos: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución

o promoción de los lazos sociales”. Esto implica que en el marco de un proceso de externación, los sujetos deberían ser referenciados territorialmente para una atención en el primer nivel de salud basada en los principios de atención primaria de la salud, y derivados a distintos *dispositivos sustitutos a la lógica manicomial*.

En función de ello, “pensar la externación real del hospital psiquiátrico implica ubicar el derecho a la vivienda como una de las condiciones materiales centrales para este proceso” (CELS, 2015, p.55). Cuando por fuera del hospital el usuario no cuenta con una familia, o un lazo que lo aloja, tendría que contar con la posibilidad de vivir en dispositivos residenciales sostenidos o favorecidos por el programa de externación al que están vinculados. Dentro de estos dispositivos están las casas de medio camino, de convivencia, también llamadas casas asistidas, donde vive un número reducido de usuarios, acompañados y supervisados por un equipo de salud<sup>3</sup>. Esto es de suma importancia considerando que el porcentaje de personas que antes de una internación vivía en casa propia o de familiares, disminuye de forma drástica en comparación con aquellas que lo hacen luego de la externación, lo que da cuenta de la instancia de internación como un período de despojo de alternativas de vivienda sostenibles vinculadas a un entramado social o familiar (CELS, 2015).

Ahora bien, una vez que el “loco” logra salir del manicomio, la dificultad de su inclusión no está asociada estrictamente al espacio físico que habita, sino a su no inclusión en el

<sup>1</sup> Una película que logra mostrar este proceso de desinstitucionalización y sus avatares es: *C'era una volta la città dei matti...* Director Marco Turco, Productores: Rai Fiction y Cio Ragazzi, 2010.

<sup>2</sup> En Italia, en 1978, la Ley N° 180 de reforma de la psiquiatría, impulsa el cierre de los hospitales psiquiátricos y la progresiva creación de servicios basados en el territorio. Esta ley, que es la primera en el mundo, ha cambiado radicalmente las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría.

<sup>3</sup> Estos dispositivos tienen como finalidad la orientación, rehabilitación, soporte social y apoyo en la revinculación familiar, con el objetivo de acceder a prestaciones de salud en un formato distinto del psiquiátrico, y donde se busca adquirir o recuperar hábitos de limpieza, cocina, autoadministración de medicación, convivencia con compañeros y vecinos, etc. (CELS, 2015).

ámbito laboral (Suaya, 2010). La locura aparece como sinónimo de incapacidad extendida a todos los órdenes de la subjetividad, por lo que en la mayoría de los casos queda en manos del Estado el hecho de garantizar la supervivencia económica del externado por medio de pensiones y beneficios obtenidos a través del CUD (certificado único de discapacidad). Sin embargo, contar con el CUD y el dinero para cubrir necesidades básicas no es contar con un trabajo, sino más bien, la mayoría de las veces, quedar excluido de este, con todo lo que ello implica. El acceso al trabajo es un aspecto fundamental para el pleno desarrollo de la vida, que liga al sujeto a la realidad y tiene un lugar central en la estructuración de su identidad (Freud, 1929). “Freud dota de dos condiciones al trabajo: una como valor de subsistencia; otra, no menor en importancia, es la que le otorga la investidura libidinal cuyo valor es el de dar sentido a la vida” (Suaya, 2010, p.39). Por eso se diferencia del empleo: la remuneración que lo caracteriza no alcanza a dar cuenta de todas las dimensiones del trabajo, un lugar de intercambio que abre espacios de pertenencia y sistemas de lazos sociales, al tiempo que contribuye a recrear las dimensiones subjetivas.

Entonces, teniendo en cuenta las características del proceso de externación, y en función de la Ley N° 26.657, se constituyen dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, gubernamentales y no gubernamentales; en hospitales generales, centros de salud, en articulación con instituciones psiquiátricas, centros de día; algunos de ellos, atravesados por la lógica del trabajo donde se emprende un proceso productivo. En su mayoría se encuentran enmarcados dentro de un trabajo clínico, que acompaña el proceso de inclusión en el mundo del trabajo. La particularidad del dispositivo del que aquí nos ocuparemos, reside en pensar al trabajo desde su función clínica. Sobre esta cuestión nos ocuparemos más adelante.

## El espacio de trabajo

En el 2008 nace *Recortarte*<sup>4</sup>, un proyecto que contempla, a través de la costura, las distintas etapas de un espacio de producción textil. Sucede que entre varios trabajadores del hospital monovalente surgieron algunas inquietudes acerca de cómo considerar el modo de intervención, concluyendo que no debería restringirse a la atención en consultorio. Es entonces cuando una psicóloga, una trabajadora social y el director del monovalente comienzan a imaginar desde el hospital la existencia de las *Casas Asistidas*, donde se aloje a usuarios en proceso de externación con el objetivo de lograr mayor autonomía, resolver situaciones de la cotidianeidad y sostener una asistencia ambulatoria. Con esa idea como objetivo, en el centro cultural del hospital, junto a un grupo de usuarias, se disponen a confeccionar repasadores y a venderlos allí mismo. Se utiliza una máquina de coser que estaba en el centro cultural. Esto evidencia lo artesanal de los orígenes, en tanto las características del dispositivo se deciden a partir de los objetos disponibles en ese momento. Así comienza a gestarse lo que por asamblea de usuarias, se nombró *Recortarte*, en lo cual se percibe ya la horizontalidad con la que intentan llevarse a cabo las acciones del dispositivo.

En el 2009, el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe dispone el alquiler de una vivienda y habilita el funcionamiento de *Recortarte* en el garage de la misma. En ese momento, cuatro integrantes del dispositivo se externan y pasan a vivir en esa casa, constituyéndose como *Casa Asistida*. Seguido a ello, la psicóloga y, luego, la trabajadora social dejan su función en *Recortarte* y aparecen las

<sup>4</sup> El nombre del dispositivo ha sido alterado a los fines de resguardar los aspectos éticos de confidencialidad y consentimiento para la participación en el estudio.



*coordinadoras*<sup>5</sup>.

Con los primeros cambios respecto a la dependencia absoluta del monovalente, quienes coordinan el espacio comienzan a discutir con las usuarias qué significaba estar en ese dispositivo. Se cuestionan y ponen en tensión algunas condiciones del mismo, sobre todo en relación a la vinculación con el hospital y aspectos que hacen a la lógica manicomial, que trasciende los muros de la institución. En función de los efectos ya mencionados que produce transitar por una institución total como el monovalente, se puede considerar la dificultad que implica establecer con semejante institución un corte de una vez y para siempre. Un ejemplo de ello es que en el 2011, a tres años de la creación de Recortarte, las mujeres seguían manteniendo su atención psicofarmacológica en el hospital. Posterior a ello se logró, como parte del proceso de externación, que las usuarias dejen de tener como referencia para su atención el monovalente, y fueron referenciadas a los equipos de salud del primer nivel.

Otra de las cuestiones que inquieta es el ingreso presupuestario que necesita el dispositivo. Ya no alcanza con comprar materiales para la producción con lo recaudado de las ventas, también se requiere dinero para arreglar las máquinas, invertir en el mantenimiento del espacio, comprar artículos de limpieza, de escritorio. Un programa nacional gestionado por las coordinadoras, aporta a la compra de materiales y por otro lado, a través de la vinculación a una ONG, se reciben subsidios municipales para la compra de un aire acondi-

icionado y máquinas para la producción, así como becas que se les pagaban a las usuarias por ser personas con discapacidad.

Es necesario destacar que estas discusiones se suceden ininterrumpidamente desde hace diez años, cuando el foco estaba puesto en si el sujeto debía ser asistido o no, y no prevalecía el hecho subrayado por la Ley de Salud Mental y Adicciones, esto es, que a los sujetos se los debe considerar como sujetos de derechos<sup>6</sup>. Estas discusiones no estaban centradas en cuestiones teóricas o abstractas respecto de, por ejemplo, hacia dónde apuntaba un dispositivo tal, sino que se trataba de discusiones acerca de cuestiones bien concretas sobre las que elegían y decidían en asamblea las *coordinadoras* y las usuarias.

Dado que el dispositivo se gesta bajo el amparo de la Ley N° 18.910 que permite a personas con incapacidad laboral acceder a pensiones no contributivas, se generan evidentes contradicciones con los fines específicos de este espacio productivo. Cabe destacar, no obstante, que esta ley se enmarca en los ejes de la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, cuya adopción por las Naciones Unidas en 2006 significó un avance sustantivo por su carácter amplio e integral y su propósito de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a las personas con discapacidad (Observatorio de Derechos Humanos H. Senado de la Nación, 2017). Entender la discapacidad desde el anclaje de los derechos humanos, y ya no desde una perspectiva médico/patológica asistencialista, implicaba reconocer la obligación estatal de garantizar la igualdad de oportuni-

<sup>5</sup> Las usuarias de la salud mental se constituyeron, a lo largo de su proceso de externación y gracias en parte a *Recortarte*, en “trabajadoras”. De allí el conflicto inicial respecto a cómo referirse a ellas en el marco de este trabajo. Finalmente se decidió denominar *usuarias* a las mujeres en proceso de externación; y *coordinadoras* a las trabajadoras del dispositivo, a los fines de agilizar la lectura.

<sup>6</sup> Es importante mencionar como antecedente que se contaba con la Ley provincial N° 10.772/91 desde 1991, que en el Artículo 13 hace mención al derecho al trabajo voluntario de los internados.

dades y promover la lucha en contra de la discriminación. La nueva concepción entrañaba la idea de que las personas con discapacidad no eran objeto de políticas caritativas o asistenciales sino sujetos de derechos humanos. Por tanto, son titulares de derechos, con la potestad de adoptar las decisiones necesarias para el desarrollo de su vida personal y social. En este sentido, la eliminación de las desventajas sociales que sufren no debería ser la consecuencia de la “buena voluntad” de personas particulares o del capricho de los gobiernos de turno, sino que el deber de eliminarlas responde al hecho de que dichas desventajas son violatorias del goce y ejercicio de sus derechos humanos (Palacios y Bariffi, 2007).

A pesar de esta perspectiva superadora acerca de la discapacidad, el conflicto específico se presentaba en el punto concreto en que, para poseer el certificado de incapacidad laboral que permitía el acceso a dichas pensiones, la persona debía acreditar encontrarse incapacitada de forma total y permanente. De ese modo, contar con dicho certificado de incapacidad laboral coartaba la posibilidad de participar de otra forma de organización jurídico legal, como lo es una cooperativa de trabajo.

A pesar de estas contradicciones, las usuarias necesitaban y tenían el derecho a acceder a esas pensiones. Entonces, por un lado, cobraban sus pensiones por incapacidad laboral y, por otro, contaban con las becas que se tramitaban por medio de la ONG. Discutir con ellas la desvinculación de la ONG fue una decisión significativa, porque tuvo como consecuencia romper con la lógica de que las usuarias dependan de las becas para percibir un tipo de ingreso económico e implicaba retomar la discusión de que ese proyecto tenía que estar enmarcado en la Dirección de Salud Mental, tener visibilidad y agenda de gestión, un presupuesto asignado, y que los trabajado-

res estuvieran en condición contractual con el Estado. Entonces, en 2012 la Dirección de Salud Mental toma a su cargo ambos dispositivos, tanto la *Casa Asistida* como *Recortarte* y formaliza su existencia asignando presupuesto y otras condiciones de trabajo para las *coordinadoras*.

Este proyecto productivo de un grupo de mujeres externadas, que contaban con el alquiler de la casa y otros recursos materiales y humanos por parte del Estado; que por sus características no podía sustentarse económicamente en la autogestión; y considerando justamente la sanción de la Ley de Salud Mental y Adicciones que promueve la creación de estos dispositivos sustitutivos y señala al Estado como su principal responsable, finalmente es reconocido mediante resolución del Ministerio de Salud provincial en 2015 como dispositivo sustitutivo a las lógicas manicomiales dentro de esa Ley.

## **El acceso al trabajo como modo de abordar la salud mental**

### ***La autonomía como horizonte***

Al momento de la investigación tres personas coordinaban Recortarte: una trabajadora social, una persona idónea para la transmisión del oficio de costurera y una acompañante terapéutica. Su trabajo puede reconocerse en tener como horizonte la autonomía de las usuarias dentro del dispositivo y en relación al oficio. Ingrassia (2019) refiere que:

entender la clínica como el acompañamiento de un sujeto en la construcción de una vida más autónoma o, en una fórmula que no deja de ser paradójica pero al mismo tiempo productiva, tan autónoma como lo desee, implica que



la dimensión singular de la vida (dimensión que no necesariamente excluye a lo colectivo sino que lo asume bajo la pregunta sobre los modos singulares de inscripción de los sujetos en las formas de sociabilidad) se vuelve el plano de orientación del trabajo clínico, que deberá reinventarse. (s/p.)

La trabajadora social refiere que estuvo abocada durante muchos años a una función más administrativa, en la gestión de recursos, por ejemplo aquello vinculado a la ONG. Ello se debía a que al no tener definido y en claro cuál era la estructura que le daba sentido al dispositivo, no estaba especificada la función de cada uno, lo cual derivaba en que “todos hacían todo”, y los efectos generalmente eran diferentes de los esperados.

En la actualidad el sistema de trabajo está más definido porque se cuenta con un presupuesto para el dispositivo, hay dos coordinadoras trabajando con las usuarias, sumado a la tarea de la trabajadora social y funciona un sistema de producción y un sistema de venta. Esto posibilita una representación de la función de cada uno de los que trabajan en el dispositivo y de *Recortarte* como un espacio de trabajo. Llegar a esta instancia implicó diez años. Por tanto, debido a la trayectoria y el proceso colectivo, el ingreso de nuevas usuarias requiere un proceso en sí, que tenga en cuenta no solo la trayectoria singular, sino grupal, en cuanto a tiempos y modos de llevarlo a cabo.

La coordinadora que posee un saber hacer acerca del oficio textil posibilitó un perfeccionamiento de la actividad y, junto a la acompañante terapéutica<sup>7</sup>, comparten con las

usuarias los días en el taller, las ferias y las salidas para comprar los materiales, cumpliendo una función de apuntalamiento en cuestiones organizativas del espacio y de la tarea diaria. Por otro lado, la trabajadora social aparece como una interlocutora que, al estar por fuera y no compartir la cotidianeidad del trabajo con las usuarias, logra una visión diferente respecto de ciertas cuestiones que se vienen pensando en el espacio y/o de determinadas situaciones a resolver. Su palabra tiene otra impronta para las usuarias, de algún modo se presenta como una mirada externa con cierta autoridad.

Además, las tres *coordinadoras* se reúnen regularmente. En estas reuniones tiene lugar la reflexión sobre la práctica, se logra la construcción de problemáticas, se realiza el seguimiento de la experiencia grupal, como así también de las trayectorias singulares de las usuarias. A partir de ello se deciden posibles estrategias y se planifican actividades. Asimismo, es un lugar donde una puede manifestar las resonancias individuales y, en caso de ser necesario, se solicitan supervisiones y/o reuniones con la coordinación de todos los dispositivos sustitutivos, la coordinación de la casa asistida o de algún equipo de salud de referencia de las usuarias.

Es de suma importancia tener en cuenta que se ha logrado una estructura en relación a las funciones de cada una de las coordinadoras y usuarias, asociada al modo de producción que funciona como referencia. Por ejemplo, la coordinadora explica a todas el proceso de producción. La trabajadora social y la acompañante tienen también una idea al respecto, pero más allá de lo que ellas puedan aportar, existe una estructura establecida del proceso de producción que funciona con in-

<sup>7</sup> Es importante mencionar que la inclusión de la acompañante sucede dentro de un proceso que incorpora –mediante el pase a planta– acompañantes terapéuticos a diferentes dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, en tanto se considera su trabajo

como una de las estrategias fundamentales que sirve al proceso de cierre del manicomio y para facilitar autonomía en los usuarios.

dependencia de la presencia de las coordinadoras. Gracias a que el proceso de producción está bien estipulado y claramente enmarcado en procedimientos que figuran en una carpeta al alcance de todas las usuarias, es posible dar al trabajo continuidad sin necesidad de contar en todo momento con la presencia de la coordinadora. Se intenta que haya un mecanismo de organización de la tarea permanente, que fluya, que no recaiga en una persona, porque si esa persona no asiste al espacio, el proceso se detiene.

Nos interesa resaltar la importancia que tiene el oficio en este dispositivo, entre las cuestiones naturalmente ligadas al trabajo clínico con la salud mental. La posibilidad del acceso al trabajo dentro de un proceso de externación supone –además de un derecho– un modo de abordar la salud mental, dentro del marco de un cambio de paradigma. Este cambio conlleva una ruptura epistemológica con el discurso médico biologicista, con la infinidad de prácticas médico psiquiátricas y de la industria farmacéutica, que ponen el eje de los tratamientos en salud mental en la medicalización.

Se presenta un modo de intervención clínica con raíces dentro del manicomio. Luego, por fuera del mismo y ligado a los efectos del trabajo para y con estas usuarias, que empieza a tejer algo diferente. Es posible inferir a partir de los diferentes testimonios de las usuarias que en los comienzos de *Recortarte*, cuando se desarrollaba al interior del hospital, no era fácil discernir la relevancia de la propuesta, como tampoco resultaba fácil reconocer las ganas de sumarse a la misma debido a que, naturalmente, la internación generaba en ellas cierta confusión, desinterés, desconexión. La tarea, el taller terapéutico en un primer momento, aquello que se constituye luego como *el trabajo*, aparece como una fuga a ese tiempo sin medida, sin cortes, a ese

continuo por momentos insoportable, a ese encierro sin salida.

En este caso es posible pensar desde una lectura clínica, lo que implica el acceso al trabajo para estas usuarias: la posibilidad de interrumpir ese continuo de no hacer nada, esa linealidad sin marcas de horas, ni días, ni semanas, en la espera de un acontecer: el día del taller. Un espacio donde las usuarias se olvidan de sus problemas; como algo terapéutico; una terapia ocupacional; un lugar de entretenimiento y producción, según el decir de las protagonistas. Relatan que esperan ansiosas el día para ir a trabajar. Incluso aparece el trabajo como un recreo, donde si bien se trabaja y se cobra por ello, una está acompañada, hay un encuentro con otros que anula el ruido que provocan algunos pensamientos, cuando uno se encuentra solo.

Luego, ya en el trabajo, se presenta un movimiento en las usuarias ligado a la producción en función del deseo, en la posibilidad de elegir la función a cumplir, la tarea a realizar (coser, remallar, bordar, etc.), la administración del espacio, las telas a utilizar, etc. Se trata del reconocimiento y la asunción de un lugar, y del lugar del otro: inclusive quien ceba el mate es reconocida como alguien que cumple una función importante, porque colabora en crear un buen clima de trabajo. Implica, también, poder elegir el espacio para llevar las producciones, esto es, el lugar a donde ir a feriar, habilitarse a presentar una propuesta a nombre propio para la producción, y que sea escuchada.

Por otro lado, hay un reconocimiento de este colectivo de usuarias en la producción, una gratificación al pensar los posibles destinos de eso que se produce. Ellas recuerdan y relatan orgullosas los diferentes destinos que alcanzaron sus producciones. Esto se incrementa con la posibilidad de un local en el cen-





tro donde venden sus producciones<sup>8</sup>. Aquí se presenta el lugar del trabajo como una práctica creadora de valor por lo que se vuelve una actividad socialmente reconocida.

Algo relevante para mencionar en este apartado es la posibilidad que tienen las usuarias de tomar la palabra y de ser escuchadas. Circula la palabra ante las dificultades que puedan surgir en el espacio y ante la pregunta sobre cómo diseñar determinado producto o cómo llevar a cabo una tarea. No solo aloja cuestiones en relación al trabajo, sino que en ocasiones, como cuando no tienen cerca el turno con su psicóloga, es un espacio que las contiene emocionalmente, si bien nunca se confunde con el espacio de consulta individual que cada una de ellas mantiene.

Entonces, consideramos que la importancia del acceso al trabajo en *Recortarte* para las usuarias, en el marco de un proceso de externación, retomando lo que plantea Dulce Suaya (2010), reside en la posibilidad que brinda el trabajo en la configuración de una identidad y en el propio reconocimiento desde un quehacer específico. Esto quiebra el proceso de sujeción al que se ve sometido el “loco” desde el discurso manicomial, facilitando el vínculo con otros y propiciando así su pertenencia a un colectivo en el que se reconozca como ser social. De este modo, se propicia la escucha de un otro, la espera de un encuentro, la posibilidad de elegir dónde trabajar, en qué parte del proceso productivo hacerlo, etc. *Recortarte* se presenta, así, como un espacio de producción textil y, a la vez, como un espacio colectivo de producción subjetiva.

Teniendo en cuenta la relevancia del trabajo a la hora de plantear una relación subjetivante y creadora con uno mismo, con el mundo y con los otros, es central la referen-

cia de Freud que se encuentra en una nota al pie de “El malestar en la cultura” (2007). Allí menciona la importancia del trabajo en la economía libidinal, del trabajo como orientación vital que liga fuertemente al individuo con la realidad; lo incorpora sólidamente a una parte de la realidad, a la comunidad humana:

La posibilidad de desplazar al trabajo y a las relaciones humanas con él vinculadas una parte muy considerable de los componentes narcisistas, agresivos y aun eróticos de la libido, confiere a aquellas actividades un valor que nada cede en importancia al que tienen como condiciones imprescindibles para mantener y justificar la existencia social. La actividad profesional ofrece particular satisfacción cuando ha sido libremente elegida, es decir, cuando permite utilizar, mediante la sublimación, inclinaciones preexistentes y tendencias instintuales evolucionadas o constitucionalmente reforzadas. (p. 3027)

## Conclusión

*“El trabajo junto al amor posibilitan la vida en común” (Freud, 2007, p. 3039).*

En la reconstrucción de la historia y el devenir de *Recortarte*, nos encontramos con que su fundación implicó otra creación en paralelo, la de la *Casa Asistida*. Pudimos advertir que ambos dispositivos forman parte de un *proceso de externación* de usuarias de la salud mental que se encontraban internadas en un monovalente de la ciudad de Rosario. Elegimos el nombre ficticio *Recortarte* para nombrar al dispositivo, haciendo alusión, por un lado, al espacio de producción textil, y por otro, fundamentalmente, al corte con respecto al monovalente que, según pudimos adver-

<sup>8</sup> Acerca del surgimiento de este espacio se profundiza en el capítulo II del TIF, sobre el cual se escribió este artículo.

tir, atraviesa toda la historia del dispositivo; un corte espacial que alude al momento en el que *Recortarte* deja de funcionar en el hospital<sup>9</sup>; y otro respecto a la lógica manicomial, la cual no está determinada por los muros del hospital. Consideramos que aún cuando *Recortarte* funcionaba en el monovalente, la propuesta de sus trabajadores se enmarcaba ya en una lógica diferente a la manicomial y comenzaba a percibirse ese corte. Se trata para las usuarias de volver a hacerse un nombre, reconstruir un lugar de pertenencia y de sociabilidad por fuera del monovalente que, aunque agobiante, funcionaba como una referencia firme, sobre todo en aquellas que habían pasado muchos años internadas.

En lo que se constituye hoy como *Recortarte*, tiene lugar aquello que Basaglia (en De Sousa Campos, 2001) denominaba inventar salud, que implica poner entre paréntesis a la enfermedad y correrse de una mirada exclusivamente técnica, siendo la persona y no la enfermedad, el sujeto de trabajo. De este modo se pone énfasis en el proceso de invención de salud y reproducción social del paciente, y no estrictamente en el proceso de cura. Es por eso que no se trata con un enfermo en general, sino con un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Se apuesta a la participación y protagonismo del usuario, reconociéndolo como sujeto de derechos, “pero al mismo tiempo se argumenta sobre la necesidad de prepararlo para hacer valer sus derechos propios, construyendo un mundo mejor para el Sujeto y para los otros” (De Sousa Campos, 2001, p.73).

*Recortarte*, como ámbito primordial de socialización y participación activa en la vida comunitaria, al consistirse en un proceso de

producción y reproducción de identidad individual e interpersonal que organiza el tiempo, permite planificar, establecer metas y cumplirlas, así como conseguir los recursos necesarios para solventar una vida digna, independiente y autónoma. El trabajo, aquí, posibilita otra posición subjetiva, otra manera de reconocerse y de nombrarse. Implica dejar de ser el “loco” para pasar a ser visualizado como un sujeto con potencia creativa y nombrarse como tal (Suaya 2010).

En ese sentido, es posible percibir que en las usuarias de la salud mental externadas de instituciones totales psiquiátricas, la inclusión en el mundo del trabajo a través de un dispositivo como *Recortarte* tiene al menos dos efectos fundamentales. Por una parte, posibilita la configuración de una identidad para el sujeto, estigmatizado como “loco”, al permitirle reconocerse (nombrarse) como sujeto trabajador dotado de potencia creadora; por otra, facilita el reconocimiento desde un quehacer que quiebra el proceso de sujeción al que se lo somete desde el discurso manicomial, facilitando el vínculo con otros, su pertenencia a un colectivo, y su reconocimiento como ser social.

La forma en que se despliega el dispositivo *Recortarte* es, a nuestro entender, fundamental para que se sostenga su desafío a la lógica manicomial, considerando que habitualmente los dispositivos sustitutos se presentan como espacios instituyentes que pretenden romper con dicha lógica, pero que fácilmente pueden cristalizarse en otro tipo de enclave de lo instituido. Si no se sostiene un proceso continuo de reflexión sobre los modos que va adquiriendo el dispositivo a través del tiempo y si dejan de cuestionarse las diferentes situaciones que se van presentando, es natural que se agote el impulso inicial y se obture la potencia innovadora que todo cambio trae asociada. Ante la posibilidad de enfrentar cambios o la

<sup>9</sup> Posterior a la investigación, el dispositivo también “se recorta” de la *Casa Asistida*, en tanto el taller comienza a funcionar en el local del centro, donde en un principio solo vendían sus productos.



necesidad de realizar modificaciones en el dispositivo, una de las usuarias plantea que aunque actualmente no puede mencionar algo en concreto que amerite una revisión, descansa en que en ese espacio todo es conversable, la palabra circula en los recreos de la jornada laboral, en asambleas o cuando alguna lo necesita.

Teniendo en cuenta, en primer lugar, los diferentes momentos que fue transitando el dispositivo desde el manicomio hacia la lógica sustitutiva; en segundo lugar, las decisiones que se tomaron a lo largo de su trayectoria; y, por último, el modo en que se llevaron a cabo, esto es, por asamblea y teniendo presente la singularidad de las usuarias y las coordinadoras del dispositivo, podemos afirmar que el mismo está articulado según una lógica de análisis de problemas centrada en el qué, el por qué, el para qué, el con quién y/o para quién y no según una lógica de soluciones sostenida en políticas sin sujetos, que lanzan propuestas estructuradas en base al deber ser, donde sólo resta preocuparse por el cómo, en tanto lo que hay que hacer ya está enunciado (Spinelli, p. 279. 2010).

Con este breve recorrido queda explícito que no es posible concebir de manera abstracta un dispositivo de externación que sea llevado a cabo sin contemplar sus condiciones de posibilidad concretas ni, las personas que se comprometen en el proceso, tanto trabajadores como usuarios de salud mental. Es por eso que sostenemos el interés por explorar experiencias como la de Recortarte, ya que implica un ejercicio continuado tanto en la lucha por la autonomía con respecto a la lógica manicomial como en la lucha por el reconocimiento del producto de su trabajo por parte de la sociedad.

Finalmente, nos interesa mencionar que al momento de la escritura de este trabajo, Recortarte continúa funcionando como dis-

positivo sustitutivo a la lógica manicomial y sigue reflexionando sobre sus modos de producción. Esto significa, evidentemente, que se han producido algunas modificaciones desde el periodo 2017– 2018 contemplado en nuestra investigación.

## Referencias

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la Reforma Psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Ediciones Madres Plaza de Mayo.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y respuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires: CELS.
- Dell'Acqua, P. (2012) Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. En *Ideass Italia. Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur*. <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- De Sousa Campos, G. (2001) *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar.
- Fernández, F. (2015). *Acompañantes terapéuticos pasan a planta. Notas periodismo popular*. Edición del día 16 de octubre de 2015. Recuperado de: <https://notas-periodismopopular.com.ar/2015/10/16/acompanantes-terapeuticos-planta-rosario/>
- Freud, S. (2007). *El Malestar en la Cultura*. Traducción de Luis López Ballesteros y De Torres. En *Obras Completas, Tomo III*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gofman, E. (1972) *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ingrassia, F. (2019). *Horizontes de la clínica*. En *Mundo atlas. Psiquiatría en red*, 17. Mayo. <http://mundoatlas.com/horizon>

tes-de-la-clinica/%EF%BB%BF-franco-ingrassia/

- Ley N° 26.657. Ley de Salud Mental y Adicciones. (2010). Publicada en el Boletín oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 25 de noviembre de 2010.
- Ley 18910. Publicada en el Boletín Oficial del 15 de enero de 1971.
- Ley provincial N° 10.772/91. Ley de Salud Mental. (1991) art 13. Publicada en el Boletín oficial Santa Fe, Argentina, 26 de diciembre de 1991.
- Observatorio de Derechos Humanos (2017) Recomendaciones en relación al otorgamiento de pensiones no contributivas a las personas con discapacidad. Buenos Aires: Honorable Senado de la Nación Argentina. Recuperado de [http://www.senado.gov.ar/bundles/senadomicrositios/pdf/observatorio/pensiones\\_discapacidad.pdf](http://www.senado.gov.ar/bundles/senadomicrositios/pdf/observatorio/pensiones_discapacidad.pdf).
- Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca.
- Rotelli, F. (2014). Para desmanicomializar bien. En Página 12. Septiembre. <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-254476-2014-09-04.html>
- Rotelli, F. (2015). Vivir sin manicomios: La experiencia de Trieste. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Spinelli, H. (2010) Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina. En Revista Salud Colectiva. Vol.6. P. 275–292.
- Suaya, D. (2004) Construcción y validación del dispositivo. Historia Vital del trabajo. Aplicación en la Clínica de la Externación. Buenos Aires: Cooperativa Chilavert Artes Gráficas.
- Suaya, D. (2010) Historia vital del trabajo: herramienta de atención en salud colectiva. Buenos Aires: Cooperativa Chilavert Artes Gráficas.