

Trabajo de graduación

Análisis de los efectos de la cronificación en usuarios internados en una institución psiquiátrica monovalente

Florencia Zumarraga¹**Correspondencia**
florzumarraga@gmail.com**Filiaciones institucionales**¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata (UNLP, Argentina)

Resumen

El trabajo propone avanzar en la caracterización de los efectos de cronificación vislumbrados en usuarios internados en una institución psiquiátrica monovalente de la provincia de Buenos Aires. Esta producción nace a partir de los interrogantes y observaciones que han surgido en el marco del proyecto de voluntariado universitario “Redes”. La metodología implementada por el equipo consiste en talleres semanales destinados a los usuarios a partir de una oferta amplia de actividades recreativas y artísticas en función de sus intereses. A los fines de este trabajo, se delimitan los mecanismos de control de los manicomios para distinguir los efectos que se evidencian en sus usuarios. Para ello, se recortan indicadores del funcionamiento de dichas instituciones. Luego, se avanza en la descripción de los efectos subjetivantes advertidos en el espacio de taller. Se parte de una mirada crítica del manicomio, teniendo como ejes transversales la Ley 26.657 y la ética del psicoanálisis.

Palabras clave

cronificación | manicomios | usuarios | efectos | Ley 26.657

Cómo citar

Zumarraga, F. (2020). Análisis de los efectos de la cronificación en usuarios internados en una institución psiquiátrica monovalente. Efectos desubjetivantes del manicomio. *Revista de Psicología*, 19(2), 245-262. doi: [10.24215/2422572XE071](https://doi.org/10.24215/2422572XE071)

DOI[10.24215/2422572XE071](https://doi.org/10.24215/2422572XE071)**Recibido**

30 abr. 2020

Aceptado

1 sept. 2020

Publicado

16 nov. 2020

Editor

Nicolás Alessandroni | Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (España)

ISSN

2422-572X

Licencia© Copyright: Zumarraga, F. Licencia de Cultura Libre [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)**Entidad editora**

RevPsi es una publicación de la Facultad de Psicología (Universidad Nacional de La Plata, Argentina)

**ACCESO ABIERTO**
DIAMANTE

Análise dos efeitos da cronificação nos usuários admitidos em uma instituição psiquiátrica monovalente

Resumo

O trabalho se propõe a avançar na caracterização dos efeitos de cronificação vistos nos usuários internados em uma instituição psiquiátrica monovalente na província de Buenos Aires. Esta produção nasce das perguntas e observações que surgiram no âmbito do projeto de voluntariado universitário "Redes". A metodologia implementada pela equipe consiste em oficinas semanais para os usuários com base em uma ampla gama de atividades recreativas e artísticas de acordo com seus interesses. Para fins deste trabalho, os mecanismos de controle dos asilos são delimitados a fim de distinguir os efeitos que são evidentes em seus usuários. Para este fim, os indicadores do funcionamento destas instituições são cortados. Então, a descrição dos efeitos subjetivos observados no espaço da oficina é avançada. O ponto de partida é um olhar crítico sobre o asilo, tendo como eixos transversais a Lei 26.657 e a ética da psicanálise.

Palavras-chave

cronificação | asilos | usuários | efeitos | lei 26.657

Analysis of the effects of chronification on users admitted to a monovalent psychiatric institution

Abstract

The work proposes to advance in the characterization of the chronification effects seen in users interned in a monovalent psychiatric institution in the province of Buenos Aires. This production is born from the questions and observations that have arisen within the framework of the university volunteer project "Redes". The methodology implemented by the team consists of weekly workshops aimed at users from a wide range of recreational and artistic activities according to their interests. For the purposes of this work, the control mechanisms of the asylums are delimited in order to distinguish the effects that are evident in their users. To this end, indicators of the functioning of these institutions are cut out. Then, we move on to describe the subjective effects observed in the workshop space. The starting point is a critical look at the mental hospital, with Law 26.657 and the ethics of psychoanalysis as the main axes.

Keywords

chronification | asylums | users | effects | law 26.657

Aspectos destacados del trabajo

- Producto del proceso de cronificación se observa un aplastamiento del deseo de los usuarios.
- La modelización de la subjetividad es una condición que permite a la institución funcionar.
- Un trato humanizante hacia los pacientes puede impactar positivamente en su forma de vinculación.
- La externación implica múltiples dimensiones que no se reducen a factores económicos.

El siguiente trabajo propone indagar los efectos de la cronificación en Salud Mental en los usuarios internados en un hospital monovalente de la provincia de Buenos Aires. Los interrogantes de esta investigación surgen a partir de la elaboración de una experiencia de trabajo como voluntaria en un dispositivo que se enmarca en el proyecto de voluntariado universitario acreditado por la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación, "Redes". Allí se trabaja desde la metodología taller con el objetivo de promover lazos sociales saludables entre los usuarios y fomentar su capacidad de autonomía.

A los fines de esta producción se delimitarán las consecuencias mortificantes que las instituciones totales ocasionan en las personas internadas. Para comprender los efectos del engranaje manicomial es necesario remitirse al marco en el que se originaron, por ello, se desarrollará una breve contextualización histórica. Luego se intentarán delinear dos indicadores dentro de los talleres de expresión; por un lado, aquellos que denotan resultados de la cronificación y por otro, los efectos vivificantes que produce un modelo alternativo ejemplificando con viñetas clínicas. ¿Cómo incide un trato más humanizante en los usuarios? ¿Qué cambios se anuncian en la forma de vinculación entre ellos? ¿Cómo responde la institución a estas transformaciones?

La temática a investigar resulta de sumo interés social, teniendo en cuenta el marco legal en materia de salud mental, ley que posee un enfoque desde los derechos humanos, proponiendo una mirada no deficitaria de la psicosis (*Ley Nacional de Salud Mental [LNSM], 2010*). En este sentido, el marco normativo delimita cambios estructurales en la nominación de los destinatarios de las prácticas, así como los abordajes de intervención especialmente las internaciones, las acciones de trabajo deben tener como horizonte la posible externación de los pacientes. Por este motivo, la investigación adquiere relevancia al ahondar en la caracterización

de las formas de vinculación de los usuarios y profundizar sobre sus capacidades en pos de vislumbrar externaciones sustentables. En este contexto, constituye un principio ético posibilitar la elaboración de políticas que se enmarquen en la desmanicomialización, no sólo a partir de redes exteriores, sino comenzando desde el corazón mismo del nosocomio.

Este trabajo pretende realizar una mirada crítica de la institución manicomial, profundizando sobre el impacto en la subjetividad de los más vulnerados: sus usuarios. Además, interesa elucidar los factores que permiten llevar a cabo externaciones que perduren en el tiempo. ¿Es una problemática que se resuelve netamente con insumos económicos? ¿Cuáles son los factores en juego al pensar los procesos de externación? ¿Cómo pensar un (re)encuentro con la sociedad que propició su expulsión? ¿Cómo externar cuando no hay donde volver?

Resulta esencial recuperar producciones que aporten a la fundamentación del problema de investigación, referencias que denotan que los dispositivos de talleres artísticos-culturales en instituciones psiquiátricas monovolantes provienen de una larga trayectoria. Para ello, se retoman dos experiencias de trabajo en hospitales de la provincia de Buenos Aires.

Lupano y Rodríguez (2017) describen los efectos clínicos de la realización de talleres de música y palabras en la sala G de mujeres internadas en el Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Especializado de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn” llevados a cabo por el “Colectivo de arte, comunicación y salud”. Las autoras diferencian las consecuencias del modelo de atención manicomial de los efectos que habilitan las dinámicas de trabajo grupal en los talleres. Resulta un aporte esencial el énfasis que se le asigna a la dinámica grupal para entender los procesos de subjetivación.

En la segunda experiencia, se relata el dispositivo de taller en un servicio de pacientes crónicos en el Hospital Borda (Tendlarz et al., 2009). Esta producción interesa a los objetivos de este trabajo dado el énfasis que los autores puntúan sobre la apuesta al sujeto y la noción de taller en tanto operador de un corte en el espacio y tiempo de la lógica manicomial.

Descripción del dispositivo de taller

La propuesta del proyecto consiste en encuentros semanales con una duración aproximada de dos horas en una sala de la institución psiquiátrica. La modalidad en el espacio se caracteriza por ofrecer diversas actividades donde los pacientes pueden optar entre dibujo, juegos de mesa, confección de collares, lectura, huerta, entre otros. La pluralidad de actividades constituye un propósito estratégico, donde la libertad de transitar en el dispositivo y optar según el interés de cada usuario, implica un distanciamiento de los talleres productivos que el hospital ofrece. A su vez, la propuesta de trabajo se singulariza por una coordinación descentralizada, en tanto que, los voluntarios, estudiantes de psicología, medicina y bellas artes, acompañan en los encuentros, posibilitando el trabajo de rutinas que fomentan la resocialización.

La población que asiste a los talleres artísticos varía de encuentro a encuentro, en ocasiones participan diez o quince usuarios en otras cinco. Casi en su totalidad son personas que han permanecido internadas en el hospital por décadas, solo dos pacientes llegan desde un servicio de urgencia. Se trata de una proporción similar entre los asistentes de mujeres y varones, donde el promedio de edad ronda los cincuenta años. Un porcentaje mínimo ha iniciado su proceso de externación, el resto desarrolla la totalidad de sus rutinas al interior del nosocomio y casi no reciben visitas de familiares o amigos.

Caracterización de los mecanismos de control en los nosocomios

Para poder desglosar y analizar el proceso de desubjetivación derivada de los hospitales monovalentes deviene un movimiento necesario el rastreo histórico del tratamiento que en los diferentes siglos se le ha dado a la locura. Recomponer parte de la genealogía y la historia de su constitución supone un paso previo al entendimiento de los efectos de la cronificación.

El manicomio surge en un momento bisagra para la historia de la humanidad: hacia fines de la Modernidad, posterior al movimiento político, social y económico que significó la Revolución Francesa, hito en el cual se reivindicó el acceso a derechos de una gran parte de la población bajo la exaltación de los ideales de fraternidad, igualdad y libertad (*De Battista, 2019*). Un contexto histórico de transición, en la finalización de un período que se caracterizó por el apogeo de la razón, la ciencia como base del progreso y donde el Hombre se erigía en el centro de todas las explicaciones. En este marco de resplandor positivista aparecen sujetos que estorban, molestan a este ideal iluminista: los niños, los locos, los delincuentes, discapacitados, todo aquel que irrumpa contra el orden social establecido aparece como un desecho que debe ser aislado y encerrado para que no provoque alteraciones en la reproducción del statu quo. Y en particular la locura - entendida como sinónimo de irracionalidad- se presenta como una amenaza explícita para una sociedad basada en la razón, de allí que su ocultamiento y apartamiento de la comunidad, devenga una estrategia imprescindible para resguardar la ansiada normalidad.

Ahora bien, la figura de la locura no siempre estuvo bajo la órbita del discurso médico, fue a partir de la aparición de Pinel- la cual muchos consideran como la escena inaugural de la psiquiatría- donde se produjo un cambio de estatuto. Antes los insanos que atentaban contra el orden social eran objeto de políticas jurídicas y medidas de encierro punitivas-represivas, fue a partir del gesto histórico donde Pinel permitió la liberación, “cortando las cadenas” de los alienados de Bicêtre (*De Battista, 2019*) cuando se inicia el movimiento que corresponde a la medicalización de la locura, el loco ahora deviene un enfermo a curar por un especialista, el médico.

Como enuncia un célebre teorizador de las instituciones de encierro, los asilos son máquinas panópticas (*Foucault, 1973/2005*) Ahora bien, ¿En qué acciones precisas

se refleja este funcionamiento? Resulta pertinente señalar las operatorias de las dimensiones de lo instituido a través de ejemplos concretos y cotidianos de la vida de los usuarios. Se busca aunar a partir de datos observables el marco teórico que sostiene la argumentación.

El sociólogo Goffman describe en su libro “Internados” (1961/1972) con detalle la situación de los pacientes. Estos establecimientos se singularizan por una tendencia absorbente que consume el tiempo y el interés de sus miembros, donde todas las esferas de la vida (ocio, trabajo) se desarrollan en el mismo lugar, de ahí su nominación como instituciones totales.

Desde el primer acercamiento de las personas con la institución lo que se reiteran son prácticas que buscan la uniformidad. Hacer de un sujeto que ingresa en el hospital un usuario de este aparato médico es un trabajo puntilloso que empieza a actuar desde el inicio y no cesará mientras la persona permanezca en el asilo. Esta modelización de la subjetividad es el principio que permite el funcionamiento de la institución, se necesitan cuerpos dóciles y maleables para que el dispositivo asilar marche.

Una de las hipótesis que se sostiene en esta investigación, consiste en que la desubjetivación de los usuarios que se presenta como una consecuencia, es en realidad la causa primera de la institución. El aplastamiento del deseo y la presentación de los pacientes como cuerpos en “piloto automático” es un objetivo buscado pero no explícito del engranaje manicomial.

¿Qué espacio hay para la diversidad? Estas instituciones de encierro operan anulando la singularidad, la diferencia atenta contra la maleabilidad, por esta razón la organización del sistema apunta a producir una masa indiferenciada de sujetos sumisos.

En esta línea de reflexión, Pérez señala “la acción de estas instituciones sobre los individuos, como un ataque a la identidad, una búsqueda de desdibujar lo que singulariza a cada sujeto para homogeneizar con un agrupamiento que, al uniformar, anula la diversidad” (2008, p. 147). Dicha operatoria sobre la singularidad es ilustrada por Goffman (1961/1972) cuando esboza el ritual de ingreso al hospital. En los procesos de admisión señala el autor, se observa una serie de rutinas de “preparación”: se los baña, se les corta el pelo, se les asigna vestimenta de la institución, se los despoja de sus pertenencias, instruyéndolos en las normativas que rigen al establecimiento. En estas maniobras de recibimiento, ya se advierte cómo desde un primer momento, se interviene homogeneizando a las personas que ingresan para ser internadas.

Producto de una internación prolongada se va reflejando en el paciente un fenómeno de “desculturación” (Goffman, 1961/1972). En la cronificación se evidencia una suerte de desentrenamiento del mundo exterior que inhabilita a la persona para desempeñar rutinas simples que realizaba en el pasado en su vida diaria. Acciones que a la vista de quien vive en una ciudad resultan cotidianas, tales como utilizar el transporte público, devienen en un gran desafío para las personas que están internadas hace años. Precisamente allí debe erigirse una de

las tareas que conforman el proceso de externación, en trabajar y construir junto con los pacientes sobre los quehaceres cotidianos que posibiliten su autonomía y vida en comunidad.

¿Cómo se llega a producir el “desentrenamiento”? ¿Cómo una persona puede desaprender hábitos que formaban parte de su vida cotidiana? Hay internaciones que se extienden incluso por décadas, pero no es necesario hipotetizar casos tan severos para denotar los efectos de la cronificación.

Decanta un punto en común en la permanencia de los sujetos que ingresan al nosocomio, un aspecto que sitúa un quiebre con su vida en el exterior: un proceso de infantilización.

En oposición al espíritu de la Ley 26.657, el trato otorgado a los usuarios deja entrever una concepción de individuos dependientes e incapaces. Sus intereses son pautados, se determinan horarios para las actividades y deben consultar a una autoridad mayor (médicos, enfermeros, psicólogos) para acceder a ciertos permisos. En la vida hospitalaria, se distinguen dinámicas que degradan la independencia de sus usuarios.

Un hecho crucial que introduce Goffman atañe a la intimidad de “los internos”. Resulta llamativo que en estas instituciones totales no está contemplada la necesidad de privacidad. En ocasiones se observa que los baños no tienen puertas y las camas se disponen en filas muy próximas entre sí, situaciones que vulneran el espacio íntimo. “Debemos compartir hasta esas intimidades físicas que la vida civil mantiene veladas” (1961/1972, p. 41).

En esta misma línea de reflexión se sitúa lo acaecido con las pertenencias personales, ¿Qué ocurre con lo propio? ¿Cómo conservar en la uniformidad lo que singulariza a cada uno? Es habitual que la vestimenta circule sin tener un dueño preciso así como también los artículos de higiene. Las gavetas destinadas para objetos personales son pequeñas y no están presentes en todas las salas; así la modalidad implementada consiste en un gran armario donde se conserva la ropa sin importar a quien le pertenezca. Paradójicamente ante esta imposibilidad de resguardar lo propio, que refuerza una sensación de desposeimiento, lo que sucede - ¿quizás como una forma de resistencia?- es un circular permanente con los objetos a cuestas. Es frecuente ver a los usuarios pasear por el establecimiento con bolsas y mochilas donde guardan sus efectos personales.

Continuando con el análisis de los mecanismos de control social, se encuentra otra práctica que se inició a la par del surgimiento del dispositivo asilar y hoy continúa bajo otras modalidades. Décadas anteriores ante la falta de un comportamiento adecuado o simplemente para la organización de las salas, era frecuente hacer uso de castigos corporales. Las conocidas terapias de electroshock justificadas bajo argumentos médicos, la utilización de celdas de aislamiento en condiciones que se asemejan a una tortura, la inmovilización del cuerpo con chalecos de fuerza, entre otras rutinas atroces. Instrumentos corporales que eran utilizados como amenazas hacia los pacientes. Actualmente, si bien dichas prácticas fueron

desterradas, apareció una maniobra de control y coerción: la sobre-medicación. A partir del auge de los psicofármacos, se sustituyeron los chalecos de fuerza por los chalecos químicos, aunque el efecto buscado en los usuarios sigue siendo el mismo: su objetualización.

La implementación desregulada de los fármacos acarrea severos efectos secundarios en sus consumidores: desde la rigidización en los movimientos, enlentecimiento del pensamiento hasta disfunciones sexuales. Por esta razón, en el capítulo V de la ley se prohíbe la utilización de la medicación más allá de fines terapéuticos (*LNSM, 2010, § Art. 12*). Además, la oferta excesiva de medicamentos en ocasiones atenta contra un tratamiento vía la palabra, las píldoras actúan anulando el conflicto y desubjetivándolo. Es decir, la propuesta del mercado es una solución mágica que elimina todo malestar pero en ese mismo movimiento, imposibilita al sujeto a hablar sobre él. Aparece una ilusión de no ser, “ilusión de suspender la condición subjetiva que nos hace presente lo que somos y lo que vivimos” (*Galende, 2008, p. 28*). Es importante diferenciar este uso de la medicación que apunta a la desubjetivación de los pacientes, de un uso necesario de la intervención medicamentosa en los momentos de riesgo cierto e inminente o por consideraciones terapéuticas del tratamiento. La medicación administrada con fines clínicos y dosis adecuadas es una herramienta fundamental. Es decir que no se considera que la medicación per se sea iatrogénica sino la modalidad de su implementación cuando oculta intenciones de anular la subjetividad de los pacientes y obturar las preguntas sobre su padecer.

Se recorta otro factor que conlleva severas consecuencias para los usuarios y los trabajadores de las instituciones psiquiátricas monovalentes del país: la preocupante situación edilicia. Las nefastas condiciones habitacionales son un aspecto recurrente en los neuropsiquiátricos estatales, el deterioro de los hospitales expone a quienes viven allí a condiciones insalubres y peligrosas (*CELS & Mental Disability Rights International, 2007*). Es usual encontrar fallas en las instalaciones de electricidad y de gas, techos y paredes por su antigüedad o falta de reparación, inadecuadas condiciones de higiene en salas, baños, espacios de recreación. Tampoco disponen de un sistema de calefacción efectivo, por lo cual durante las temporadas de invierno los usuarios y los trabajadores quedan expuestos a temperaturas muy bajas.

Las condiciones de alojamiento revisten importancia porque traslucen cómo los dispositivos manicomiales terminan funcionando a la manera de un depósito de personas, en lugar de ser un espacio donde se los considere como sujetos de derecho. Al recorrer los pasillos de los hospitales insiste como un hecho ineludible la ausencia del Estado.

Haber confeccionado y reglamentado una normativa a nivel nacional sobre la Salud Mental, es un avance considerable en materia de derechos para los pacientes pero debe ir acompañado de su concretización en políticas públicas que hagan de la externación un proyecto posible. De lo contrario, hablar de desmanicomialización se convierte en una consigna vacía. La falta de presupuesto y armado de redes

- al interior y exterior del manicomio- son factores que influyen para pensar en externaciones que perduren en el tiempo.

En el extremo de vulneración de derechos dentro de la privación de libertad en los nosocomios se hallan los pacientes "sociales". Personas que continúan internadas no por un motivo en relación con su padecimiento mental, sino por un criterio socio-económico (*CELS & Mental Disability Rights International, 2007*). Ante la falta de recursos económicos para afrontar un alquiler y vida en el exterior, se extiende la internación, en ocasiones, por tiempos indefinidos. Sumado al factor presupuestario, en estos casos se añade la falta de redes de apoyo, pacientes que no cuentan con el acompañamiento de familiares o amigos. Es por este motivo, que aún más en estas situaciones aparece la necesidad imperiosa de un Estado responsable. Tal como se alude en el informe del CELS & Mental Disability Rights International:

Se suma todo: el tiempo que llevan, la soledad, el acostumbramiento a esa soledad o a esa forma de vida y el no tener parientes interesados en ellos. Es decir, que no son locos, son pobres y solos; que es una buena manera de volverse locos (*2007, p. 11*).

Algunas invenciones en el dispositivo de taller.

En este apartado se avanzará en la descripción de las consecuencias del arrasamiento subjetivo de la cronificación, en esta ocasión cercando analizadores sobre una población precisa: los usuarios internados en una institución monovalente de la provincia de Buenos Aires que asisten a los talleres del voluntariado. Se elaborará un contrapunto entre los efectos vislumbrados en los usuarios por la operatoria del manicomio y algunos cambios que se registraron en ellos en la participación en los talleres. Para ello, se recuperarán pequeñas viñetas, comentarios recortados desde los encuentros.

Como se ha mencionado con anterioridad, la lógica manicomial actúa produciendo sujetos uniformados, donde la masividad opera anulando la singularidad de cada usuario. Así, por ejemplo, se observa que la mayoría de los talleres que el hospital ofrece consisten en una tarea precisa de la cual se espera un producto, como puede ser el armado de bolsas o la preparación de algún alimento en el espacio de cocina. Estas actividades en su mayoría parten de una coordinación centralizada en la figura del tallerista, quien adquiere el rol de enseñante y pauta las consignas que deben seguir todos los usuarios por igual.

En este contexto, la propuesta del equipo extensionista resulta disruptiva, se busca a partir de una oferta de numerosas actividades (juegos de mesa, confección de collares, pintura, lectura, huerta, entre otros) que los usuarios puedan preguntarse y elegir qué hacer. Este accionar implica un distanciamiento del Otro institucional que imparte una exigencia del "para todos", donde la pregunta por el interés singular se ve imposibilitada.

Además, la coordinación está descentralizada en tanto se reparte entre los distintos voluntarios. De esta forma también, al pluralizarse la transferencia, se previene el riesgo de quedar fijados en el lugar de saber, posición que en la psicosis puede convertir a los otros en gozadores o perseguidores. Ubicarse como un Otro completo, sin barrar, dueño de un saber absoluto, es una gran tentación para recaer en la figura del Otro gozador.

Uno de los objetivos que persigue el proyecto de voluntariado es intentar trabajar sobre el aplastamiento subjetivo que se observa en los usuarios, para comenzar a habilitar un espacio colectivo de intercambio de experiencias a partir de introducir una escansión sobre la dinámica manicomial. El deseo es una dimensión que humaniza, es el motor de nuestra subjetividad. En este sentido, se considera que apostar a restituir las líneas deseantes en los pacientes cronicados implica abogar por su salud mental y dignidad.

En los encuentros era usual que ante la pregunta de “¿Qué querés hacer?” se encontraban planteos como “Pregúntale a la enfermera” o “Decime vos, yo no sé”. Elegir una actividad en una propuesta múltiple, resultaba un desafío a los pacientes porque implicaba la libertad para su elección, circunstancia a la que no estaban habituados porque de antemano estaba pautada una consigna, la misma para todos. Esas respuestas, con cierto tinte abúlico, no se explican solamente por el padecimiento mental que sufren los usuarios, sino principalmente por los años de encierro en la institución total. Esta presentación condice con la teorización de Ulloa sobre la cultura de la mortificación. Según este autor, los manicomios son la expresión más cruda de la mortificación donde “el sujeto se encuentra coartado, al borde de la supresión como individuo pensante” (1995/2005, p. 239). Lo mortecino, asociado a la falta de fuerza, remite a cuerpos agobiados, apagados, que traslucen un empobrecimiento subjetivo. Este matiz de apatía fue una constante hallada al comienzo en la mayoría de los discursos de los usuarios, aspecto que refleja el aplastamiento del deseo.

Partir de una consigna libre también permitió que el espacio fuera mutando a partir de los intereses y habilidades de los pacientes. Es así, que con el correr del tiempo, en el dispositivo se introdujeron nuevos espacios como la huerta y los momentos musicales. Actividades que surgieron espontáneamente en los usuarios y de una escucha precisa de los voluntarios en ese interés. Asimismo, se añadieron ejercicios puntuales como el armado de pulseras y el juego de ping pong para trabajar la motricidad fina, capacidad que se ve gravemente deteriorada producto de la medicación que genera una rigidización en los movimientos.

Al tratar de puntualizar los efectos instituyentes que se produjeron a partir de la implementación de los talleres, se advierte que los cambios fueron producto de una sucesión de “pequeños” movimientos, en otras palabras, la esencia de grandes modificaciones puede encontrarse a partir de detalles. Por ejemplo, la simple referencia hacia los usuarios por su nombre. En la institución es usual encontrarse con un “síndrome NN”, los pacientes parecen invisibles para algunos profesionales al entrar en la sala, no los saludan y tampoco son llamados por su nombre o son

nominados por apodos en relación con alguna característica física. A partir de este indicador, por parte del equipo voluntario se decidió dar comienzo a los encuentros siempre saludando a cada uno de los usuarios por su nombre. Lo que ocurrió tiempo después, es que ese reconocimiento en el otro se trasladó en la forma de vinculación entre ellos, empezaron a remitirse hacia sus compañeros por su nombre.

Producto de los años de encierro son recurrentes los efectos desocializadores y las prácticas asistencialistas. Los pacientes están acostumbrados a ser ubicados en una posición pasiva, no son ellos quienes preparan su comida, ni se encargan de la limpieza de lugares en los que participan. El tiempo prolongado de internación opera produciendo el desentrenamiento de los hábitos de convivencia cotidiana. Es por este motivo, que desde el grupo de coordinación una de las cuestiones que se trabaja en los talleres - no sin cierta resistencia por parte de los usuarios-, es la (re) construcción de pequeñas rutinas resocializadoras. En el espacio se ofrece café, mate y té, pero se busca que no sean los voluntarios quienes preparen los alimentos, se acompaña si es necesario para su elaboración, pero siempre el eje de intervención es fomentar la autonomía. Todas las acciones empleadas se dirigen al mismo horizonte: pensar en herramientas que sean propicias a la hora de proyectar una externación.

En lo que refiere a la dimensión temporal, en los primeros años del taller se detectaba un fenómeno muy particular entre el tiempo y los cuerpos de los usuarios. Si bien la institución no cuenta con relojes en las salas y ninguno de los pacientes lleva uno de estos artefactos como pulsera, al acercarse la finalización del encuentro empezaban a levantarse e irse. Resulta llamativo cómo podían detectar que había pasado una hora desde el comienzo, se observaba un cierto automatismo que los impulsaba a marcharse. Para sorpresa de los voluntarios, la mayoría de las actividades recreativas o de trabajo en el hospital no se extendían más de una hora, es por esta razón que para conmovir cierta maquinización institucional, el taller fue planteado para durar una hora y media. Otra de las intervenciones en relación con el trabajo del tiempo fue la introducción de calendarios. Esta herramienta fue implementada para actuar sobre dos lineamientos: hacer visible la dimensión temporal y propiciar cierto reconocimiento entre ellos al anotar los cumpleaños de cada uno en los almanaques. Registrar la fecha de conmemoración de sus aniversarios permitió a su vez, rastrear parte de su historia, que ellos vayan narrando escenas de su pasado y así ir operando sobre un derecho esencial: a través de la historización ir trabajando sobre su identidad.

En relación con la organización espacial también se produjeron ciertas modificaciones en vías de generar una diferenciación con la lógica manicomial. Resaltaba dentro del mobiliario de la sala, una gran mesa donde los usuarios se sentaban para hacer sus producciones en otros talleres. Esta escena de ver a todos en un espacio restringido resulta análoga a la figura de la cadena de montaje en la maquinaria fordista. La producción de cadena fue pensada en los albores del capitalismo, para agilizar los tiempos de producción aumentando la intensidad de trabajo. El trabajador mismo pasó a ser una pieza más de esta serie, quedando

alienado al producto realizado. Esta distribución espacial no es una nimiedad, ubicar a los usuarios en filas esperando de ellos un producto vendible vuelve a la misma lógica que se explicitó con anterioridad sobre la uniformidad. ¿Qué lugar hay para la creación en un contexto similar al de una cadena de montaje? Ante este indicador, la operatoria empleada por parte del grupo de voluntarios fue intervenir el espacio, hacer de la sala un lugar más habitable con cierto clima hogareño. Se buscó romper con la disposición que agrupa a todos los usuarios en un mismo sitio, así se armó una suerte de living con dos sillones y una mesa ratona para quienes jugaran al truco; por otro parte, dos mesas que se dividían entre los que pintaban y quienes querían armar pulseras. Tanto los usuarios como los voluntarios iban circulando durante los encuentros alternando de actividades. A su vez, para lograr un ambiente más familiar, se decoró el taller con guirnaldas, atriles, cd que pintaron los usuarios y en las paredes se colgaron sus ilustraciones. Exponer sus dibujos en la sala fue una maniobra orientada a enfatizar el valor de sus producciones.

Otro de los ejes de trabajo refiere a la relación de los usuarios y su imagen. Las salas del nosocomio no tienen espejos, los pacientes que están internados por períodos prolongados pasan años sin ver su rostro, sin encontrarse con la imagen que puede devolverles un espejo. No resultó llamativo que, en este marco, varias usuarias pidan con cierta regularidad a los voluntarios que las fotografíen con sus celulares para luego obtener las impresiones en papel. A partir de este emergente, un recurso introducido en el espacio fue el uso de una cámara de fotos. Instrumento tecnológico que fue recibido con gran agrado por los pacientes. Además, otra propuesta fue el armado de una red con las fotografías, el objetivo de esta actividad radica en ir historizando a través de las imágenes la secuencia de encuentros, la evolución del voluntariado. Este abordaje resultó ser favorable para que los usuarios se apropien y puedan libidinizar el lugar.

Un cambio registrado con el devenir del tiempo fue la preocupación de algunos pacientes sobre su arreglo físico. En la institución prima un abandono en la imagen e higiene de los usuarios. Suelen vestir con ropa sucia, inapropiada en relación con el talle y a la temperatura del momento. En este contexto, fue llamativo que ciertos pacientes preguntaran a los extensionistas si estaban bien vestidos, preocupados por respetar la combinación de colores, otros comenzaron a vestir prendas formales como sacos. ¿Qué ocurrió para que se conmoviera cierta percepción sobre su imagen y el registro de la mirada de los otros en ellos? El hecho de otorgar atención al arreglo personal, implica investir la propia imagen, movimiento libidinal que fue acompañado por una pregunta en relación con la percepción de los otros sobre ellos. Estos señalamientos resultan centrales porque interrogan la afirmación repetida con regularidad: "la psicosis está por fuera del lazo social". Si bien se advierten momentos de crisis, donde se manifiesta el punto culmine y de tensión en el lazo con los otros, esto no imposibilita destacar períodos donde se escenifica la "normalidad conservada" (*Freud, 1914/2017*).

¿Qué cambios se advirtieron en los lazos establecidos entre los usuarios? Las nuevas modalidades de relación entre ellos, ¿Formaron una constante o se experimentaron

temporalmente? Al inicio del taller, cada paciente estaba enfocado en su actividad, difícilmente entablaban conversaciones entre ellos salvo para intercambiarse cigarrillos, tampoco estilaban compartir el mate o algún otro alimento que llevaran al espacio. A medida que el dispositivo fue afianzándose, se vislumbraron modificaciones en la forma de vinculación. Fueron actos inéditos el saludo a sus compañeros, la negociación sobre la música que se escuchara en el momento y la camaradería entre los jugadores del truco. No es un dato menor que la mayoría de los enfrentamientos se desencadenaban por discusiones sobre sus objetos personales. Cuando usaban por equivocación alguna pertenencia de un compañero, se desataban riñas instantáneamente. En este orden de acontecimientos, fue un efecto novedoso y positivo cuando varios pacientes comenzaron a llevar al espacio galletitas, materiales para las pulseras, ofreciéndolos a disposición del uso grupal.

Es preciso señalar, que estos alcances no se establecieron como una práctica estable, la forma de vinculación fluctúa y por momentos una simple mirada puede desencadenar malestar. Por ello, el trabajo en pos de establecer un clima de respeto y consideración por lo otros es un eje que desde el grupo de voluntarios debe trabajarse cada vez, en cada encuentro.

Discusión

A partir del trabajo del grupo extensionista a la largo de tres años fueron planteándose interrogantes que interpelaban a los voluntarios y su función en la institución. ¿Desde dónde se opera? ¿Cuáles son los objetivos que direccionan la labor? La propuesta de intervención, ¿Implica un estar adentro o afuera del nosocomio? Apostar por el trabajo desde una perspectiva psicoanalítica, ¿Inhabilita la posibilidad de intervención en el campo social? ¿Cuáles son los puntos de encuentro entre el psicoanálisis y “lo comunitario”? Éstas y otras preguntas desarrolladas en los espacios de debate grupal permitieron ir perfilando el modo de habitar la institución y posicionarse ante eventuales desafíos organizacionales.

En el voluntariado se trabaja con una población que es y ha sido históricamente situada por la sociedad como un desecho, incluso este lugar es replicado y acentuado en las prácticas desubjetivantes que se llevan a cabo al interior del nosocomio. Al taller asisten pacientes que han estado internados por décadas, personas olvidadas por el Estado y su familia. En este marco de vulneración de derechos, parte de los objetivos de los talleres de expresión apuntan a re (establecer) la dignidad de los usuarios. Ofrecer actividades que se dirijan a promover la independencia de los sujetos es una apuesta en el plano de la Salud Mental.

En este sentido, el interrogante ¿Desde dónde se opera? nos remite a un punto nodal de la propuesta: la política. Lacan (1984/2008) sitúa la política como el principio dentro de la cura del análisis donde el analista tiene menos libertad para obrar, es el eje directriz de nuestro accionar, el horizonte hacia el cual orientar las metas. A partir de allí, se desprenden todo el resto de acciones puntuales para cumplimentar

los fines propuestos. La política se anuda a la ética del psicoanálisis. Una ética que se distancia de las terapias que prosiguen la felicidad, el bien del paciente, por el contrario, se adentra en un camino sinuoso: hacer surgir la dimensión deseante del sujeto. Una política que, a su vez, tiene impacto en la economía de goce, sostener una vía deseante implica un tratamiento sobre el goce.

Entonces, se podría pensar que las intervenciones en los talleres de expresión se sustentan en una ética psicoanalítica en la medida en que se apuesta a la existencia de un sujeto allí donde la institución pareciera tratar con objetos. Asimismo, interesa destacar el deseo presente en los voluntarios; cuando se afirma que un análisis involucra el deseo del analista se podría pensar de igual modo, que el proyecto no podría motorizarse sin el deseo de los extensionistas, personas que ponen el cuerpo en un escenario que por momentos se torna hostil. Siguiendo con la noción de política, Lacan (1984/2008) expresa que corresponde un pago por parte del analista en este nivel y es allí donde debe ubicarse por su carencia de ser. ¿Qué significa que el analista pague con ser? Significa que no es desde sus ideales, creencias donde debe dirigir la cura.

Tanto Freud como Lacan, al referirse a la praxis psicoanalítica, toman el recaudo de diferenciarla de la vertiente reeducativa, no es por la vía de los ideales que se orienta la cura. En esta misma línea de análisis, trata de ubicarse el proceder en el espacio de taller. Los extensionistas parten de un principio metodológico y ético: distanciarse del accionar instructivo y asistencialista. No obstante, surgió al interior del equipo de trabajo como una señal de alarma que relanzó el debate grupal, ¿Qué generaba en los extensionistas encontrarse con los sucesivos “no” de los usuarios ante la pregunta por su futura externación? ¿Qué no podía ser escuchado allí? En un segundo momento, de pausa necesaria y reflexión sobre la práctica, se advirtió que guiaba cierto ideal. Pensar la externación para todos de forma a priori, cuando ciertos usuarios manifestaban que el afuera del hospital se les tornaba ominoso, implicaba que con ciertos sujetos había un camino complejo y previo a des(andar) antes de pensar en el proceso de externación. Se advierte cómo entran en tensión el plano universal y singular; los derechos de las personas deben ser garantizados y la externación debe establecerse como horizonte de trabajo pero al mismo tiempo, es necesario habilitar un espacio de escucha singular. ¿Qué se le torna insoportable en el lazo social? sin esta dimensión la externación deviene simplemente en un empuje, un fenómeno que podríamos llamar “furor externandis”, anulando sin querer otra vez más la voz de los pacientes.

Al reflexionar sobre la práctica, otra de las inquietudes que resonó entre el equipo de voluntarios consistía en la localización del dispositivo. Los integrantes del grupo, ¿Deben considerarse parte de la institución manicomial al desarrollar el taller en su interior? o ¿Son representantes del afuera en tanto su objetivo se contrapone al funcionamiento del dispositivo asilar? Plantear el par adentro/afuera de modo dicotómico conduce a un callejón sin salida, quizás una respuesta más adecuada se encuentre en la figura del "entre". Ni enteramente adentro, ni completamente afuera:

entre. Ciertas normas de la institución son reproducidas - para no ser expulsados de la misma- como pautas horarias, el respeto por la jerarquía institucional, entre otros. No obstante, el trato otorgado a los pacientes, la propuesta del taller refleja una fuerza instituyente que trata de problematizar los lineamientos instituidos del engranaje manicomial.

¿Existe una división de un afuera y un adentro para el desarrollo de las lógicas manicomiales? Al hablar de lógica manicomial, se debe estar advertido que no se restringe a las paredes de un hospital psiquiátrico, implica una cosificación y estigmatización del sujeto que puede ser reproducida también en dispositivos alternativos que se sostienen discursivamente en un enfoque de derechos humanos.

Entonces, resulta notorio que la delimitación de un exterior-interior implosiona. Tal vez el concepto de extimidad permita arrojar luz sobre la localización topológica del dispositivo de taller, como alude Greiser “Cierta posición de extimidad, es decir no estar ni adentro ni afuera, en esos bordes; no estar totalmente integrados al lazo social que se determina desde las normas institucionales, sino hacer uso de ellas” (2012, p. 38). El espacio de taller se despliega desde los bordes, márgenes, tratando de no ser subsumidos por la ola manicomial, ni demasiado llamativos para ser arrojados de ella.

¿Cómo funcionan los efectos instituyentes vislumbrados en los talleres de expresión? Pensar los alcances logrados como una fuerza en permanente acción - no sólo sería pecar de cierta arrogancia sino también desconocer la naturaleza de los dispositivos. Deleuze (1989/2010) - retomando los aportes de Foucault - compara a los dispositivos con el conjunto multilínea de los ovillos, madejas. En su estructura conviven líneas de diferente índole: de enunciación, visibilidad, fractura que se van entrelazando y produciendo mutaciones. En todo entramado, si bien hay un núcleo duro que conforma los estándares de lo instituido, se bifurcan ciertas grietas, escansiones que dan lugar a nuevos márgenes de acción. Allí radica el potencial innovador, en las líneas de fuga, matrices que habilitan otra forma de subjetivación. En el dispositivo asilar, los efectos instituyentes pueden pensarse bajo la metáfora de las líneas de fuga, pequeños destellos que operan en el movimiento contrario de la desubjetivación manicomial.

Finalmente, es pertinente introducir un interrogante que gravitó alrededor del quehacer de los extensionistas y de la propuesta del proyecto a nivel general. ¿Por qué sustentar un dispositivo social-comunitario desde la perspectiva ética del psicoanálisis? Desde el equipo esta pregunta fue planteada de modo inverso, ¿Por qué no? ¿Qué motiva la presentación de la praxis psicoanalítica y las intervenciones en el campo social-comunitario desde un antagonismo? Esta disociación se sostiene en una mirada que define al psicoanálisis como una práctica elitista que se aboca al trabajo individual en consultorios. En cierta medida este imaginario fue propagado por el accionar de algunos psicoanalistas que han reducido el psicoanálisis a los muros del consultorio y por consiguiente anularon su carácter revolucionario. Pero entonces, ¿Qué hace que una práctica sea considerada “psicoanalítica”? El carácter analítico no se explica por los elementos del dispositivo sino por la escucha

singular de un sujeto en función de analista sobre el sufrimiento de una persona enmarcado en una ética del deseo.

Inclusive Freud (1921/2013) fue quien se encargó de desmentir la ficticia dicotomía entre el psicoanálisis y lo social. Toda psicología “individual” es social desde el comienzo en tanto la vida anímica del sujeto necesariamente remite a un otro, ya sea como objeto de amor, modelo idealizado, enemigo. La constitución de un sujeto no está dada a priori, para que el recién nacido devenga un sujeto será necesaria la intervención de otros significativos que libidinicen a ese incipiente ser y lo introduzcan en el baño del lenguaje.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo integrador final se ha desarrollado una indagación sobre el tríptico locura, manicomio y psicoanálisis. Realizando una aproximación sobre el conocimiento relativo a los efectos de la cronificación en usuarios internados en una institución asilar. Para ello, se partió del análisis a nivel macro del contexto de creación de los nosocomios y el papel que ha adquirido la disciplina psiquiátrica, para ir sucesivamente cerniendo un plano de análisis micro: las condiciones desubjetivantes de los dispositivos de encierro en las personas que presentan un padecimiento mental, luego delimitando indicadores en el espacio de taller.

A diferencia de la operatoria en la clínica de la urgencia, de la prisa, lo que aparece en escena en la cronificación - una clínica que puede ser caracterizada por un tiempo que no apremia - es una maniobra contraria: introducir algo de la urgencia. Se confirma al observar el funcionamiento de los manicomios que a pesar del paradigma de derechos humanos que introduce la legislación nacional sobre Salud Mental persisten prácticas que coinciden con un modelo positivista y biologicista. Se distingue un trato objetalizante hacia las personas que se alojan en estos dispositivos de encierro, las condiciones en las cuales viven dan cuenta de las sucesivas vulneraciones a sus derechos.

Introducir algo de la urgencia significa entonces, volver a los usuarios sujetos visibles para la institución tanto hacia las autoridades como para los profesionales que allí trabajan, restituyéndoles un estatuto de dignidad frente a la segregación y al aislamiento de los que son objeto. La invisibilización de los pacientes internados no se produce solamente por un factor temporal, la falta de objetivos terapéuticos es una constante en la cronicidad (Laurent, 2000). La apuesta política y ética que se sostiene en esta producción teórica reside en una perspectiva positiva sobre las psicosis que reivindica las soluciones singulares que los sujetos inventan para habitar el lazo social. Visión que dista de las posiciones que atribuyen un carácter deficitario a las mismas, posturas reduccionistas que afirman que no hay sujeto en las psicosis.

Paradójicamente una de las hipótesis que se ha arribado en el trabajo radica en que parte de los efectos desocializadores no se explican por el padecimiento mental que sufren los usuarios sino por las consecuencias de habitar períodos

prologados en instituciones totales, lo que Basaglia (2000/2008) denomina como "locura institucional". Cierta maquinización corporal, el aplastamiento en el deseo representan indicadores de los efectos del engranaje manicomial en los cuerpos de los pacientes. Se constata cómo los años de encierro producen resultados mortificantes en la subjetividad de quienes permanecen internados.

Una de las consignas que se ha reiterado en este trabajo concierne a la externación - parte de los ejes rectores que esboza la Ley 26.657- ¿Cuáles son los factores que deben tenerse en cuenta al momento de planificar una externación sustentable? Como se ha mencionado en otros apartados un pilar fundamental es el soporte económico por parte del Estado para financiar los dispositivos alternativos. De lo contrario, cerrar los manicomios sin procurar la atención ambulatoria correspondiente implica expulsar a los usuarios a la calle profundizando su situación de vulnerabilidad, desmanicomializar no es simplemente clausurar las camas de hospitales monovalentes sino garantizar una red de apoyo y atención de calidad para las personas que estaban internadas.

No obstante, la problemática de la externación no se resuelve solamente con una respuesta económica, también debe haber una lectura clínica del diagnóstico situacional del usuario en particular pudiendo identificar cuáles son los obstáculos que se le presentan a la hora de proyectar su salida al exterior y los profesionales son quienes deben acompañar en ese camino. Es importante señalar también, que ese derrotero hacia el exterior no tiene que resultar impuesto y extraño al usuario, sino que debe poder apropiarse de las estrategias que acarrea su externación, los usuarios como sujetos activos en la construcción de "la vida después del manicomio". De lo contrario, pueden sucederse nuevas re-internaciones derivando en el fenómeno de "puerta giratoria".

Finalmente, los procesos de externación no pueden sostenerse en el tiempo si no se plantea el trabajo mancomunado con un actor principal: la sociedad. El usuario se reencontrará en su salida con la comunidad que propició su segregación y expulsión, resulta necesario entonces el desmontaje de estereotipos y prejuicios en torno al padecimiento mental arraigados desde hace siglos. Cohen y Natella invierten la consigna y sitúan la necesidad de desmanicomializar(se). Derribar los propios muros como forma de indagar y enfrentar las hegemonías internas que reproducen un orden autoritario y manicomial. En este sentido, los autores afirman:

Desmanicomializar las propias mentes es justamente la percepción y cambio de estas actitudes custodiales por aquellas entendidas como promocionales y es el trabajo gradual y progresivo para sustituir la institución asilar al entender que sostiene y recrea dichas percepciones y actitudes impidiendo que el personal se enfrente a las propias hegemonías y abusos de poder. En consecuencia, a las propias percepciones y prácticas manicomiales (2013, p. 155).

A modo de cierre la pregunta que se abre entonces es, más allá de los avances que el marco legal nos proporcionó sobre la situación de las personas que presentan

un padecimiento mental: ¿Cuáles son nuestros muros internos a la hora de pensar el proceso de desmanicomialización? ¿Cómo tejer redes colectivas que permitan deconstruir el estigma “loco-peligroso”? Partiendo de que no hay salud sin salud mental quizás nos aventuremos a elaborar -conjuntamente- algunas respuestas.

Agradecimientos

En primera instancia expreso mi gratitud a De Battista Julieta, quien me ha acompañado en el recorrido de elaboración del trabajo integrador final (Licenciatura en Psicología, UNLP, Argentina). Asimismo, agradezco especialmente a mis compañeros y compañeras del proyecto de extensión “Redes” por el entusiasmo y compromiso en el espacio de taller. El presente trabajo integrador final fue entregado el 16 de diciembre de 2019.

Referencias

- Basaglia, F. (2000/2008). *La condena de ser loco y pobre* (F. Molina y Vedia, trad). Topía.
- CELS & Mental Disability Rights International. (2007) *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Siglo XXI.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Lugar.
- De Battista, J. (2019). Saber-poder en el origen de la psiquiatría. En J. De Battista (coord.), *Aportes interdisciplinarios en psicopatología. Tomo I: Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica* (pp. 19-24). EDULP.
- Deleuze, G. (1989/2010). ¿Qué es un dispositivo? En G. Canguilhem (ed.), *Michel Foucault, filósofo* (A. L. Bixio, trad.) (pp. 155-162) Gedisa.
- Freud, S. (1914/2017). Introducción del narcisismo. En sus *Obras completas. Vol. XIV* (J. L. Etcheverry, trad.) (pp. 67-98). Amorrortu.
- Freud, S. (1921/2013). Psicología de las masas y análisis del yo. Introducción. En sus *Obras Completas. Tomo XVIII* (J. L. Etcheverry, trad.) (pp. 67-69). Amorrortu.
- Foucault, M (1973/ 2005) *El poder psiquiátrico* (H. Pons, trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Lugar.
- Goffman, E. (1961/1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (M. A. Oyuela, trad.). Amorrortu.
- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván. Los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídicos-asistenciales*. Paidós.
- Lacan, J. (1984/2008). *Escritos 2* (T. Sergovia, trad.). Siglo XXI.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Tres Haches.
- Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, República Argentina (2010). [HTTP://SERVICIOS.INFOLEG.GOB.AR/INFOLEGINTERNET/ANEXOS/175000-179999/175977/NORMA.HTM](http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm)
- Lupano, N. S. y Rodríguez, M. E. (2017, noviembre). *Efectos clínicos de los dispositivos de taller en los procesos de desinstitucionalización* [presentación en congreso]. VI Congreso Internacional de Investigación. Facultad de Psicología (UNLP), La Plata (Argentina).
- Pérez, E. (2008). Instituciones totales y producciones subjetivas. En M. Del Cueto (Comp.), *Diagramas de psicodrama y grupos* (pp. 147- 154). Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Tendlarz, E., Loprete, N., Fernández Tayeldín J., Pérez Cabalar, M. C. y Salles, A. (2009, noviembre). *“Algo interesante ocurre en nuestros talleres...”* [presentación en congreso]. II Congreso Internacional de Investigación: “Psicología y construcción de conocimiento en la época”. Facultad de Psicología (UNLP), La Plata (Argentina).
- Ulloa, F. (1995/2005). *Novela clínica psicoanalítica*. Paidós.