Unidad Académica:

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Título del Proyecto:

“Estigma y padecimiento mental desde la perspectiva de los actores del sistema de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata”.

“Informe Final Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 553/2009”.

Apellido y Nombres de estudiante/s, matrícula y año, tipo y número de documento de identidad:

• Brunno Juan

• Legajo Número 19.579

• Año 2025

• DNI 43.666.830

Apellido y nombre del/la/le supervisor/x y co-supervisor/x.

Orellano Claudia Marcela

Grupo de investigación o Cátedra de radicación.

Centro de Investigaciones sobre Sujeto, Institución y Cultura (cisic) (OCS N° 857/14) Grupo Ética, Lenguaje y Epistemología. La configuración de nuevos referenciales de la acción pública en Salud Mental en Argentina.

Fecha de presentación:

19/12/2025.

Índice general

Introducción……1

Antecedentes teóricos……..2

Algunas aproximaciones históricas sobre la locura……..5

Alcance de las categorías Salud - Enfermedad – Normalidad……..8

Motivo y antecedentes ……9

Sobre las internaciones y sus tiempos…….11

El abordaje de los procesos de salud-enfermedad desde la complejidad……13

Sobre Colectivo Crisálida como dispositivo……...14

El taller y sus momentos…….16

Métodos y Técnicas……...19

Categorías y su análisis……20

Acerca de la noción de estigma…….32

El rechazo ¿lo que nos diferencia de otro o lo intolerable de uno mismo?.....33

La peligrosidad y sus sedimentos……...37

Sobre la culpa…….39

Entre ocupaciones y proyectos de vida……..40

Lo que puede un grupo de psicóticos……43

El diagnóstico en tensión……43

El panorama en salud y la posibilidad del sujeto ……..44

El doble lazo……...49

Redes, barreras y puertas……..50

La Salud y la Enfermedad en tensión: perspectivas y vivencias sobre lo que sucede en el dispositivo……52

¿Cómo luchar contra el estigma? Estrategias para la transformación subjetiva……57

Resultados……..59

Discusión y conclusiones……61

Bibliografía consultada……64

Introducción

El presente Trabajo de Investigación Final indaga sobre la estigmatización y el padecimiento mental severo desde la perspectiva de los actores del dispositivo artístico-comunitario "Colectivo Crisálida" en la ciudad de Mar del Plata. Enmarcándose en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y articulando conceptos de la sociología, la psicología social, psicología comunitaria y comunitaria, el psicoanálisis y la salud mental comunitaria, el estudio pretende abordar cómo las categorías de normalidad y locura impactan en la subjetividad de los usuarios. Como punto de partida se parte de la definición de estigma que da Goffman (1963) en su escrito *Estigma: La identidad deteriorada* y su impacto a nivel subjetivo. El autor considera al estigma como un atributo profundamente desacreditador; se tendrán en cuenta antecedentes con respecto a cómo fue vista históricamente la locura.

Para el desarrollo del trabajo se implementó un diseño metodológico cualitativo de alcance exploratorio-descriptivo, utilizando la técnica de grupo focal con la participación de talleristas y entrevistas semi-dirigidas a coordinadores del dispositivo. Los resultados revelan que el estigma opera como una barrera que empuja a las personas con padecimiento mental hacia estrategias de ocultamiento y conductuales para evitar el rechazo y la exclusión. No obstante, se evidencia que el dispositivo funciona como un espacio de resistencia a la lógica manicomial, donde el arte y el trabajo grupal permiten desplazar la mirada del déficit hacia la potencia creativa y la modificación del rol social que recae sobre los sujetos con padecimiento mental. Se concluye que Colectivo Crisálida promueve la restitución del lazo social y la construcción de autonomía, consolidándose como una estrategia por fuera del sistema de salud formal eficaz para la desestigmatización y la producción de salud mental comunitaria.

Palabras clave: Estigma, Padecimiento Mental Severo, Dispositivo Artístico, Salud Mental, Lazo Social.

Antecedentes teóricos

Erving Goffman (1963) define al estigma como un atributo profundamente desacreditador (p. 13), sin embargo, más que una sumatoria de atributos, el estigma resulta ante todo un lenguaje relacional. La sociedad, dice el autor, establece los medios para categorizar a las personas y los complementos de atributos que se perciben como corrientes en los miembros en cada categoría, en ese sentido, la persona estigmatizada es divergente de una normalidad conformada por personas que no poseen dicho atributo (Goffman, 1963, p. 13) De tal manera, los llamados sujetos normales son aquellos que no se apartan de la mayoría social, percibiendo a los estigmatizados como una minoría hostil e inferior.

Situado en un nivel relacional, el estigma no supone únicamente atributos, sino que incluye determinadas actitudes que configuran diferentes perspectivas tanto sobre el estigmatizado como sobre el normal, siendo el primero aquel que es devaluado, despojado de su categoría humana e incluso llegando a ser objeto de actos de odio. Goffman (1963) incluye a las perturbaciones mentales dentro de los defectos del carácter del individuo, que a su vez son percibidos como personas faltas de voluntad, presas de pasiones tiránicas, representantes de la deshonestidad y poseedoras de falsas creencias delirantes.

Al autor le interesan los contactos mixtos que son los que se dan en aquellos momentos en que estigmatizados y normales se hallan en una misma situación social, cuando existe una presencia física inmediata de ambos. Carente de la saludable retroalimentación (*feedback*), dirá Goffman (1963) del intercambio social cotidiano con los demás, la persona que se aísla puede volverse desconfiada, depresiva u hostil (p. 24). La persona estigmatizada puede descubrir que se siente inseguro acerca del modo en que los otros van a identificarlo y a recibirlo.

En el primer encuentro con una persona, se le suele brindar una serie de supuestos de partida. Estas imputaciones se pueden englobar en lo que es su identidad social virtual, mientras que la categoría y atributos que de hecho le son propios y le pertenecen, se denominan su identidad social real. Dirá Goffman que un estigma, un atributo de naturaleza digno de menosprecio y que obtura la visión de la persona en su totalidad, produce un efecto de descrédito amplio; constituyendo una discrepancia especial entre identidad social y real.

Como parte del mismo desarrollo, el sociólogo canadiense en su obra se refirió a los “actores estigmatizados” y los “actores estigmatizables”, es decir, a aquellos que fueron ya etiquetados a causa

de la inevitable visibilidad de lo que la sociedad considera un atributo fastidioso y aquellos que aún no han sido estigmatizados en razón del ocultamiento del atributo, pero que pueden llegar a serlo en algún momento por una develación accidental. Este punto nos invita a pensar en torno al par ocultamiento-revelación que pueden realizar los sujetos sobre su estigma. Puede ocurrir que el estigma sea un motivo de generación de grupalidad, tal como dice Goffman, que funcione como la base de reclutamiento para una comunidad que está ecológicamente consolidada de cierto modo (1963, p. 36); por lo que su develamiento en ese sentido resultaría provechoso. Inclusive, el autor se refiere a casos de personas portadores de un estigma que alcanzan cierto estatus social, adquiriendo un nuevo rol ante la sociedad: la de representar a su categoría. Sin embargo, advierte el autor (1963), que no solamente por la vía profesional "los estigmatizados pueden dejar ver su situación vital, cada vez que alguien con un estigma particular alcanza notoriedad, ya sea porque infringe una ley, gana un premio o llega a ser el primero de su categoría, es posible que el hecho llegue a formar parte de la chismografía de una comunidad" (p. 40).

Otra posibilidad que plantea Goffman (1963), entre la aceptación o la negación, es la posición ambivalente, dirá "cuando el individuo comprende por primera vez a quiénes debe ahora aceptar como sus iguales suele sentir, cuando menos, cierta ambivalencia" (p. 40), lo que provoca una oscilante identificación en su yo, una trastabillada implicación para con su nuevo grupo y dificultades en re-construir categorías (por lo cierto cómodas) de normalidad y alteridad. El individuo estigmatizado presenta una tendencia a estratificar a sus pares según el grado en que sus estigmas se presentan, pudiendo adoptar con aquellos cuyo estigma es más visible que el suyo actitudes tal como los normales tendrían con él; estratificación, por lo menos, autoengañosa.

En los casos, como se mencionó anteriormente, que el estigma es levemente visible y solamente es conocido por su portador o un grupo exclusivo de personas, se revela un hecho secundario en el estudio del mismo. Primeramente, para el individuo tal ocultamiento no le resultaría inocuo pues casi todos los asuntos sumamente secretos son conocidos por alguien y pueden, por lo tanto, arrojar sombras sobre el individuo (Goffman, 1963, p. 92). Sin embargo, entre el develamiento y el encubrimiento se encuentra una gama muy amplia de posibilidades, de exposición de algunos atributos de forma selectiva, sin embargo, lo central para el autor es recalcar el esfuerzo sistemático que debe hacer una persona estigmatizada en pos de su ocultamiento, con el fin último de pertenecer a una normalidad que, sin dudas, trae mayores beneficios.

Un punto interesante para analizar la cuestión es cómo el estigma se enlaza en la historia vital de los individuos, dice Goffman (1963) al respecto "Si hay algo que resulta desacreditable en el pasado o en el presente del individuo, la precariedad de su posición parece variar directamente con la cantidad de personas que están en el secreto…" (p.96), refiriéndose a aquellos casos en donde, mientras más numerosa sea la cantidad de personas que conocen su posición de decoro, más traicionera resultará su situación, en donde al sujeto se le planta un dilema de la doble vida: entre la sinceridad y el decoro. En definitiva, en los casos del encubrimiento, el objetivo del individuo es reducir la tensión, evitar que el estigma sea, para él mismo y para los demás, objeto de un estudio disimulado. Goffman (1963) a su vez comenta la sensación de libertad que produce en las personas el compartir un estigma, llama "lugares de retiro" a estos dispositivos en los que un sujeto, voluntaria o involuntariamente, ingresa proporcionándole una atmósfera con un sabor especial (p.100). En estos lugares el sujeto se sentirá cómodo, entre sus compañeros, donde logrará entrar en semejanza con los mismos.

En este punto resulta pertinente situar el marco legal que atraviesa y regula nuestra práctica profesional. La Ley 26.657 o también llamada Ley de Salud Mental, sancionada el 25 de noviembre del año 2010, en su Artículo 1° define al padecimiento mental como *todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.*

A su vez, el Artículo 3° de dicha Ley enmarca a la Salud Mental como un *proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.*

En el Artículo 7° de dicha Ley se mencionan aquellos derechos que poseen las personas con padecimiento mental, por mencionar algunos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

Todos estos derechos se encuentran seriamente vulnerados en aquellos usuarios en salud mental expuestos a las capturas estigmatizantes de profesionales que, a pesar de que su ejercicio esté regulado por una determinada ética y compromiso social, malogran su labor realizando todo tipo de prácticas discriminatorias y segregativas. Con respecto a la línea de trabajo a seguir, tomamos las palabras de Basaglia (1974):

> El deber de una programación sanitaria que quiera responder a las necesidades reales, es entonces la individualización y reconocimiento del uso que explícitamente se hace de la enfermedad de tal manera que los servicios proyectados no sirvan para dilatar sino para reducirla (p. 5).

Algunas aproximaciones históricas sobre la locura

Previo al análisis actual de la problemática, resulta importante realizar un breve pasaje histórico que nos ayude a entender cómo fueron delimitadas las categorías de normalidad y anormalidad, remitidas en el campo de la antigua medicina y la salud mental como “sano” y “enfermo” o “loco”, respectivamente. Para ello nos servimos de la tesis doctoral de Michel Foucault titulada *La Historia de la Locura en la Época Clásica* (1964). Si tomamos como punto de partida los años 1600 en Europa, nos encontramos con una no-distinción entre cordura y locura, ambas podían coincidir en la cotidianidad sin oponerse ni tensionarse. Podemos tomar como ejemplo, aunque sea ficticio, al hidalgo Don Quijote de La Mancha de la obra de Miguel Cervantes."Cambiar el mundo, amigo Sancho, que no es locura ni utopía, sino justicia" (si bien esta frase nunca ha sido dicha como tal por el hidalgo en el Quijote original, la misma forma parte del imaginario social). Al respecto Foucault (1964) tiene para decirnos “En la obra de Cervantes, la locura ocupa siempre un lugar extremo, ya que no tiene recursos. Nada puede devolverla a la verdad y a la razón. Solamente da al desgarramiento, que precede a la muerte” (p. 34).

Foucault señala la epidemia de lepra como hito capital de la Edad Media. El leproso, para aquella Europa, era considerado como sujeto marginal, que en el miedo secular de dicha enfermedad, era excluido y purificado en tanto, en vida, era el representante de la muerte. Con el deceso de dicha epidemia y por medio de un acto médico, la locura ganó terreno en dicho lugar marginal. Dice el autor (1964) la enfermedad venérea se ha separado, en cierta medida, de su contexto médico, y se ha integrado, al lado de la locura, en un espacio moral de exclusión (p. 10). En este sentido, la experiencia de la locura está en rigurosa continuidad con la de la lepra. La locura, entonces, aún en los márgenes sociales, ocupa el centro de la escena, extendiéndose relatos sobre la locura que estigmatizan vicios y defectos, una especie de sinrazón sin un aparente culpable. Dice Foucault (1964):

> La denuncia de la locura llega a ser la forma general de la crítica. En las farsas y soties, el personaje del Loco, del Necio, del Bobo, adquiere mucha importancia. No está ya simplemente al margen, silueta ridícula y familiar: ocupa el centro del teatro, como poseedor de la verdad (p. 14).

Otro de los desarrollos de Foucault que nos dan mayores elementos para pensar el presente tópico lo constituye su lección a la cuál tituló El orden del discurso del año 1970. Sobre dicho tema el sociólogo francés (1970) tiene para decir que "en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad" (p. 14). Si se continúa la lectura Foucault presenta diversas formas en que se materializan los mecanismos expulsivos de la sociedad, dentro de los cuales ubica a la oposición razón-locura. En palabras de Foucault (1970):

Desde la más lejana Edad Media el loco resultó aquel cuyo discurso no puede circular como el de los otros, de modo que llegó a suceder que su palabra fue considerada nula y sin valor, sin verdad ni importancia, sujeto que no puede testimoniar ante la justicia, por otra parte, se le ha conferido, opuestamente a cualquier otra persona, extraños poderes como el de enunciar una verdad oculta, de predecir el porvenir; sin embargo, excluida o clandestinamente acogida por la razón, la palabra del loco no existía"…"basta con pensar en todo el armazón de saber, a través del cual desciframos esta palabra; basta con pensar en toda la red de instituciones que permite al que sea -médico, psicoanalista- escuchar esa palabra y que permite al mismo tiempo al paciente manifestar, o retener

desesperadamente, sus pobres palabras; basta con pensar en todo esto para sospechar que la línea de separación, lejos de borrarse, actúa de otra forma (p. 17).

En el año 1656 con la creación del Hospital General en la Francia bajo el reino de Luis XIV se dio comienzo a una práctica segregativa y un gran encierro masivo de poblaciones que, en aquel momento, eran consideradas marginales, donde se ubican enfermos mentales, criminales, prostitutas, ladrones, por mencionar a algunos, de modo que locura y criminalidad se encontraban como homologadas ante la ley. Con respecto a dicho período Foucault (1964) tiene para decirnos:

Encerrar a alguien diciendo de él que es "furioso", sin tener que precisar si es enfermo o criminal: he allí uno de los poderes que la razón clásica se ha dado a sí misma, en la experiencia que ha tenido de la sinrazón (p.94).

La primera reacción humanitaria fue llevada adelante por los iniciadores de la psiquiatría Philippe Pinel y su discípulo Jean Ettiene Esquirol. En 1792, Pinel impulsó una serie de cambios en torno a la higiene, la mejora en la alimentación y el vestido de los internos, ya liberados de sus cadenas y en un contexto de mayor conciencia social, siendo este método acuñado como tratamiento moral. Sin embargo, y aún con resabios segregativos, Pinel no dudaba en hacer uso del chaleco de fuerza en aquellos enfermos que no quisieran trabajar. En palabras de Postel y Bing (1991) Pinel no se habría limitado a introducir una “ciencia clínica” en Bicetre y la Salpetriere sino que, citando a Foucault (1961), habría llevado a un personaje médico que pudiera delimitar a la locura, no debido a que la conozca, sino a que la domina, y lo que para el positivismo tendrá figura de objetividad es sólo la otra vertiente, la consecuencia de tal dominación (p.37). Los llamados insensatos, según Pinel, no podían dejar de convertirse a ojos del médico en la materia de observaciones más útil para el progreso del arte de curar y el conocimiento del hombre de la moral.

Una segunda etapa de cambios fue introducida por el irlandés John Conolly, a la cual se apodó como *no-restraint* o supresión de toda coerción, eliminando el uso de chalecos de fuerza y otros dispositivos de control físico, para sustituirlos por un trato amable y cordial para con el internado. Una tercera época, contigua a la anterior trajo una mayor libertad, disminuyendo el número de celdas para adoptar el principio de la vida común. Los muros fueron reemplazados por el horizonte y las rejas sustituidas por puertas abiertas, siendo este método acuñado como open door, poniendo así fin a la humillación que significaba el secuestro carcelario.

Ya por los años 1800 con el nacimiento de la Psicopatología y la Criminología como disciplinas se dio comienzo a una fase de estudio de las personas hospitalizadas momento donde predominaba el intento por dar explicación a estos sujetos cuya razón se veía afectada, sin existir una causa física aparente. En el año 1896 Emil Kraepelin inventó el término *demencia precoz* (luego *esquizofrenia* según Eugene Bleuler) para referirse a aquel cuadro clínico cuya principal característica resultaba la destrucción interna de la personalidad del sujeto, en el cuál se encuentran afectadas las áreas de la volición, el intelecto y la emoción.

Dicho cuadro se incluiría dentro del campo de las psicosis, abandonado así su etiología netamente biológica para ser sustituida por la causa psicológica En este punto es pertinente traer a colación el concepto de *Hipoteca de la Clínica Psiquiátrica* de Julieta de Battista (2015) como aquellos aportes de la psiquiatría que reducen al loco a ser un mero objeto de estudio, hipoteca que se caracteriza por una escucha en función de comprender al psicótico y la objetivación jasperiana, derivando en una teoría fenomenológica y diagnóstica precisa, pero poco cuidadosa con el sujeto (p.121), hipoteca de la cual quedan resabios hoy en día.

Alcance de las categorías Salud - Enfermedad - Normalidad

Con respecto a la construcción de las categorías salud-enfermedad o normalidad-locura en nuestro país, resulta importante que se pueda advertir quién habla, qué dice y sobre quién. Como primer antecedente podemos ubicar, datando el año 1748, la creación de un rancho anexado al Hospital San Martín llamado vulgarmente “El Loquero”, el cual posteriormente sería reconocido como hospital y recibiría entre los años 1770 a 1799 a los detenidos catalogados como “dementes” desde el Cabildo de Buenos Aires. En dicha institución se alojaba a los enfermos mentales y la internación de incurables, locos y contagiosos gobernados por un capataz que utilizaba un látigo para hacerse obedecer y respetar. En la época de Rivadavia (1823-1826), se crea la primera Escuela de Medicina. Pocos médicos había en aquel entonces Río de la Plata, por lo que la creación de dicha escuela permitió que la nueva generación de médicos egresados pudiese hacerse cargo de la salud pública, llevando a cabo dentro del Hospital Santa Catarina (ex San Martín) prácticas de tratamiento moral para los internados, tomando como bandera las enseñanzas del destacado maestre Philippe Pinel.

En el año 1859 el Dr. Ventura Bosch lideró la creación del Hospicio de San Buenaventura, donde la situación de los internados se describe bajo ataques de cólera, cuyo espacio común eran comedores con cadenas que recordaban a las antiguas prisiones, reinando el caos sin posibilidad de

atención médica. En 1873 dicha institución pasaría a llamarse “Hospicio de las Mercedes”, posterior Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda. Una serie de reformas en el hospicio dieron lugar a mayor luz, aire, higiene y comodidad que dejaba de lado la triste época en la que los enfermos mentales eran doblegados. Para 1892 el Dr. Domingo Cabred asume la dirección del Hospicio de las Mercedes, creando una Colonia Nacional de Alienados en Luján cuya metodología era de tipo *open-door*. Pese al constreñimiento del loco suelto, los pacientes residentes de la colonia pudieron revalidar su derecho al trabajo, a la higiene y a la salud, siendo parte de un ciclo productivo. Hoy, el hospital Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Cabred, en Luján, funciona bajo la lógica open-door, no obstante, se encuentran testimonios, de parte de enfermeros de mayor antigüedad que todavía se encuentran en el servicio testimonian que, hasta hace no mucho tiempo, los pabellones albergaban hasta casi 200 personas a quienes se higienizaban con una manguera, dando cuenta de la segregación de dichas personas y el precario higienismo que funcionaba en dicho hospital.

A partir de 1927 comienza a gestarse un nuevo movimiento denominado La Liga de la Higiene Mental, movimiento de carácter psiquiátrico cuyo foco se centraba en la importancia de la detección precoz y el tratamiento ambulatorio de la patología mental, tratándose del movimiento antecedente a la propiamente dicha Salud Mental. Ya en el año 1946, comienza a un cambio importante en materia de salud ya que comienza a prevalecer la idea de un Estado prestador a sus vez que planificador de todas las políticas en materia de salud. La actividad asistencial pasa a tener mayor desarrollo hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y el término Higiene Mental se sustituye por el de Salud Mental, comprendiendo a los procesos de salud y enfermedad desde abordajes sociales y colectivos. Se comienza a proponer un criterio multidisciplinario, abordando la enfermedad mental como sistema complejo y al hombre como una totalidad con variables sociales e individuales (Dovio, 2017).

Motivo y antecedentes

Revisando documentaciones de mayor actualidad, nos encontramos que la problemática posee vigencia. Estudios como el de Loch (2012) en el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinela de la ciudad de São Pablo nos muestran cómo el estigma, en conjunto con la adherencia al tratamiento y la severidad del padecimiento, son factores que impulsan la re-inserción hospitalaria de las personas. Saez-Alvares (2018) en conjunto con la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AFEMPES), la cual se encuentra en Paterna (Valencia, España), nos muestra la dificultad con la que personas con esquizofrenia y bipolaridad mantienen sus relaciones, motivo por el cual los sujetos prefieren

mantener vínculos con personas que sufren del mismo padecimiento o similar. Además, dicho estudio da cuenta de la auto-percepción negativa y sensación de inferioridad que los sujetos tienen de sí debido tal padecimiento y de la resignación de los mismos a que su situación pase a ser más favorable, aceptando así e internalizando su estigma. En este punto resulta pertinente retornar a Goffman quien nos advierte que, muchas veces, el estigma supone un refugio ante la incertidumbre de la manera en que otro puede dirigirse hacia el estigmatizado.

En nuestro país, investigaciones como las de Druetta (2013) muestran prácticas discriminatorias llevadas adelante por trabajadores de la salud mental sobre personas con padecimiento grave, en particular, diagnosticadas con esquizofrenia. En una encuesta realizada a 517 trabajadores en salud mental se rescatan datos tales como el consenso del 90% de los profesionales con respecto a que los pacientes deben recibir su correspondiente diagnóstico, sin embargo, solo el 64% de ellos lo informa debidamente, además de que sólo un 10% está de acuerdo con que los pacientes con esquizofrenia pueden recuperarse completamente, datos numéricos que reflejan actitudes negativas en el trabajo con dicha población. Saldivia y colaboradores (2014) llegaron a la conclusión de que las personas con esquizofrenia en Argentina percibían mayor estigma en comparación a países como Brasil, Chile, Portugal, España y Reino Unido. Otros resultados ilustrativos de la problemática a nivel internacional y cuyo impacto en el terreno de la investigación ha sido importante, resulta ser el estudio de Thornicroft (2009) cuyo resultado arroja la existencia de correlación inversa entre esquizofrenia y estatus socioeconómico. Varias medidas del nivel socioeconómico indican un mayor riesgo de estigmatización entre los estratos empobrecidos.

Ochoa y colaboradores (2011) en un trabajo mediante un grupo focal con sujetos que padecen de esquizofrenia atendidos en el sistema de servicios comunitarios de rehabilitación psicosocial, nos comentan que las categorías más destacadas, sobre las que los usuarios/as han dedicado la mayor parte de los encuentros han sido: peligrosidad, culpa, pérdida de roles sociales y miedo al rechazo. Los autores indican que la estigmatización de las personas que padecen un trastorno mental tiene una influencia negativa en cuanto a encontrar un trabajo, una vivienda o de mantener relaciones sociales con amigos o en pareja. Por otro lado, estas consecuencias comportan un empeoramiento de su situación llevándolos a una desadaptación social, una baja autoestima, depresión y un aumento de la carga familiar.

En lo que respecta a datos concretos sobre la situación de Argentina en materia de Salud Mental, Derechos Humanos, des-estigmatización y políticas públicas, podrían situarse algunos

antecedentes de mayor actualidad. Como un primer hito en materia de desmanicomialización en nuestro país se encuentra la reforma del sistema de salud mental en Río Negro, motorizado por la implementación de la Ley Provincial 2.440 o también llamada Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental". La Ley fue aprobada en septiembre de 1991 y reglamentada en 1992, a partir de este momento entra en vigencia. Dicha Ley pretendía realizar una re-estructuración del sistema de atención en Salud Mental de la Provincia, modelo que siguiera los lineamientos de Declaración de Caracas. Dicha declaración fue realizada en noviembre de 1990 en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, siendo convocada por la Organización Mundial de la Salud. En dicha declaración se planteó la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos y monovalentes por sistemas basados en la comunidad.

El caso de Río Negro fue el movimiento pionero en Argentina, constituyéndose como el antecesor clave de las reformas que una década después se desarrollarán en Chubut y Buenos Aires. Otro hito de gran relevancia para la constitución de lo que hoy referimos como salud mental es el antecedente del del Servicio de Psicopatología del Hospital de Lanús. Según refiere Slutzky (como se citó en Lonigro, 2008) en el año 1956 el Dr. Mauricio Goldberg desarrolló programas pioneros no sólo para la Argentina sino para América Latina: sectores de internación abiertos en el hospital general (en contraste con la internación en manicomios), sectores de consultorios externos, servicio de inter-consultas psiquiátricas para pacientes internados, hospital de día, un centro de investigaciones y un servicio de extensión comunitaria con consultorios en los barrios marginales cercanos al hospital. Experiencia truncada duramente por el golpe militar del año 1976 y su impacto en la salud pública.

Una vez sancionada, reglamentada y puesta en vigencia la Ley de Salud Mental, el campo de la salud adquiere otro estatus. Sin embargo, la plena implementación de la Ley pareciera ser una utopía, no debido a la legalidad misma, sino que el Estado se muestra ineficaz en dar una adecuada respuesta a los padecimientos mentales y la vulneración de derechos resulta una constante. Por lo que el problema principal es la falta de decisión política sobre el asunto.

Sobre las internaciones y sus tiempos

Luciano Grasso, ex Director Nacional de Salud Mental y Adicciones, en una nota para el diario La Nación en noviembre de 2023 describe perfectamente la situación del país en materia de Salud Mental. La Ley de Salud Mental, en palabras del autor, obliga al Estado a realizar un Censo cada

dos años. El único que se realizó (debieron hacerse 7) fue en el 2018. Los resultados de dicho censo indicaron que en nuestro país hay 12.035 personas internadas en las 162 instituciones de internación monovalente, tanto del ámbito público como el privado, cuyo promedio de edad es de 50 años. El tiempo de internación promedia los 8 años por persona y dos tercios del total de los internados no se encuentra en una situación de riesgo cierto inminente para sí mismo o para terceros (único criterio de internación involuntaria según la Ley de Salud Mental). Sumado a esta cuestión, el autor comenta que diversas organizaciones de derechos humanos de Argentina han realizado denuncias por malos tratos, sobre medicación, abuso sexual, muertes de tipo dudosas, utilización de electroshock sin un protocolo, entre otras violaciones de derechos.

Otro autor que refleja el estado de la problemática es Martín De Lellis quien en un trabajo en conjunto con la Colonia Nacional Montes de Oca afirma que las actitudes discriminatorias hacia los pacientes se incrementan sobre aquellas personas que acrediten mayor tiempo de internación en la colonia, provocando también mayores niveles de discapacidad funcional. Dicho autor también problematiza sobre el refuerzo de la estigmatización de personas con padecimiento mental que realizan los medios masivos de comunicación, con la idea de la peligrosidad del demente, del loco o el esquizofrénico, entre otras etiquetas; por lo que propone evitar la sustantividad y adjetivación de la condición mental de la persona en los titulares e informar de la forma menos sesgada y más objetiva posible. Tal como se mencionó anteriormente, Goffman advierte que, cada vez que un estigmatizado adquiere notoriedad por, en este caso, la infracción a la ley, el caso posiblemente forme parte de la chismografía local.

En síntesis, superar el estigma y promover una verdadera transformación requiere evidenciar resultados concretos que demuestren que el cambio es posible. También es fundamental lograr la participación activa de los actores clave que pueden sostener y acompañar estas reformas. Un ejemplo de estas iniciativas es la campaña “Menos Estigma Suma”, lanzada en 2013 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o el festival “Patas Arriba” realizado anualmente en la Ciudad de Mar del Plata cuyos objetivos son desmontar los prejuicios en torno a las personas con trastornos mentales graves y construir una comunidad más inclusiva.

Si bien la aceptación social constituye un factor clave con un profundo impacto en la vida de las personas que atraviesan problemáticas de salud mental, es importante destacar que los cambios significativos también se construyen en el plano de lo cotidiano. Acciones simples, como entablar una conversación con alguien que suele ser percibido como diferente, brindar apoyo para facilitar el acceso

a un tratamiento adecuado o cuestionar prejuicios arraigados (como la asociación entre trastorno mental y peligrosidad), representan gestos concretos que contribuyen a una transformación cultural más amplia. Estas intervenciones cotidianas no solo favorecen la inclusión y el bienestar de quienes viven con estas condiciones, sino que también fortalecen el tejido social en su conjunto.

El abordaje de los procesos de salud-enfermedad desde la complejidad

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. Dentro de este tipo de dispositivos se ubica el Colectivo Crisálida destinado a personas con padecimiento mental, en situación de vulnerabilidad social, económica familiar. En dicho taller se propone abordar grupalmente actividades artísticas, de acción comunitaria, economía solidaria, que permitan cuestionar críticamente el estigma que recae sobre la persona con padecimiento mental severo; modificando su rol, co-construyendo redes y lazos sociales en miramientos de una transformación subjetiva y social posible. Dentro del dispositivo se consideran talleristas a las personas con padecimiento mental que asisten a los talleres, abandonando la noción de paciente o usuario ligadas al modelo asistencial, y coordinadores, a quienes coordinan las actividades a realizar.

Previo a la caracterización particular de Colectivo Crisálida como dispositivo en salud mental resulta necesario traer a colación los aportes de la Salud Mental Comunitaria para pensar la complejidad del asunto. En particular, a la autora Claudia Bang (2014) quien en un artículo para la revista Psicoperspectivas, subraya la importancia de incluir la perspectiva de la complejidad, necesaria para lograr una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad (p.111). En otras palabras, reconocer múltiples entrecruzamientos en el campo de problemáticas de salud/salud mental implica, necesariamente, un enfoque comunitario, complejo e integral, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental. En continuo con esta última idea y en referencia al campo de intervención comunitario, la autora dice esta apertura epistemológica nos permite pensar que la estrategia de promoción en salud mental comunitaria debería orientarse a la generación de procesos participativos que pongan en juego la creatividad, lo colectivo, multiplicando las redes de contención comunitaria (p.112). De esta forma se pueden pensar dichas intervenciones como vías facilitadoras para la transformación de la comunidad hacia una más inclusiva, ya que, para que personas, por ejemplo, con padecimientos

mentales puedan ser asistidas e incluidas en su comunidad, ésta también debe estar preparada para ello.

Sobre Colectivo Crisálida como dispositivo

Dentro de los lineamientos, La Ley de salud mental (2010), establece en su artículo 9°, que los dispositivos, deben estar por fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, dispositivos comunitarios e intersectoriales donde se trabaje desde el paradigma de la Salud Mental como construcción, los cuales hoy en día escasean a nivel local. Dentro de este tipo de dispositivos se ubica el Colectivo Crisálida, dentro del cuál se realizó la investigación del presente trabajo.

Colectivo Crisálida como dispositivo empieza a funcionar en el año 2007, hace 18 años, por lo que su contexto de surgimiento toma lugar previo a la sanción de la Ley de Salud Mental. El contexto de surgimiento de Colectivo Crisálida toma lugar a partir de una lectura sobre la insuficiencia en la Ciudad de Mar del Plata de dispositivos artístico-comunitarios destinado a personas con padecimiento mental severos en situación de vulnerabilidad socio-económica, que se encuentran por fuera de instituciones de internación y que generen redes de sostén, siendo espacios comunitarios y no de salud.

La concepción de Salud Mental dentro de Colectivo Crisálida es entendida como un campo de construcción colectivo, polisémico y transdisciplinario que se erige como resultado de un trabajo interdisciplinario e intersectorial. Dicha definición pone de relieve la complejidad del campo de la Salud Mental y su inabarcabilidad desde una sola disciplina, reclamando de por sí la conjunción de múltiples saberes para su abordaje. Tomando las palabras de Galende (1990) este campo (el de la Salud Mental) debe definirse como una producción interdisciplinaria —porque ningún saber disciplinar podrá responder a su amplitud— e intersectorial —porque, si bien inherente al sector de la salud, los objetivos enunciados deberán ser abordados a través de las acciones conjuntas de distintos sectores vinculados a los proyectos de bienestar social de la población (p.8). Como fundamento y práctica, la interdisciplina en Crisálida se hace presente en el plantel de coordinadores, conformado por estudiantes y graduados de la Licenciatura en Psicología y Terapia Ocupacional, especialistas en artes visuales, profesores de teatro, ceramistas, médico psiquiatra; fundamento político que tiene raíz, como dice Stolkiner (1987) en la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente (p.315), campo de demandas difusas, hasta incluso contradictorias de la cual Colectivo Crisálida, dentro de ese entramado, no se encuentra exento.

En continuo con este último punto, se remarca el elemento transdisciplinario como eje para pensar los procesos de salud (diferenciado de lo inter-) progresión que consiste no en una suma de factores determinantes del proceso salud-enfermedad-atención, sino de la complejidad del objeto de conocimiento donde la articulación de estos factores agrega cualidades nuevas al objeto (Galende, 2015, p. 178). Dicha posición permite abarcar al sufrimiento mental, como se ha mencionado anteriormente, como un objeto complejo, inabarcable desde una sola disciplina aislada.

Un punto que requiere mayor detenimiento de la definición que presenta el Colectivo Crisálida es la idea de Salud Mental como construcción colectiva. Una vinculación posible puede pensarse tomando la idea de la Numerosidad Social de Fernando Ulloa (2011) como escenario natural de producción de Salud Mental, escenario en donde cada participante, en un movimiento de acto de habla mirado, en donde cuentan tantos sujetos de cuerpo presente como sujetos hablantes cuentan (p.143). La idea de la producción de Salud Mental de forma colectiva, como producción construida con otros remite directamente a un sujeto activo, hacedor de cultura y no mera hechura, compatible con la idea que Crisálida de que el sujeto se refleja en el hacer creativo, que en el juego dialéctico se transforma así mismo y su mundo por medio del Arte.

Si tomamos esta última concepción de sujeto, como modificador activo de su realidad por medio de los diversos lenguajes del arte y la creatividad, resulta ineludible la mención a Enrique Pichon Riviere (2005) , autor que descubre en el arte un movimiento restitutivo y reelaborativo del sufrimiento, del pasaje de lo siniestro a lo maravilloso, acciones en potencia con una línea estética particular que incide en lo singular, lo grupal y lo comunitario; en sus palabras “Es el triunfo de la vida sobre la muerte, de la salud sobre la locura” (p.26).

El modelo que propone Colectivo Crisálida para el desarrollo de sus actividades es el de la transformación de la posición subjetiva de las personas con sufrimiento mental, modificando su rol social. Se realiza un pasaje del paciente, propio del modelo médico hegemónico, al de sujeto del aprendizaje y agente de transformación cultural, lo cual apunta, en última instancia a modificar el estigma que recae sobre dicho sujeto. Una concepción del sufrimiento mental ubicada en un discurso hegemónico deja por fuera las variables que influyen en su expresión, en la vida social, la cultura y los procesos de subjetivación, que es donde se debe buscar construir un conocimiento racional sobre el sufrimiento mental (Galende, 2015, p.165). De dicho conocimiento dependerá el respeto del otro como semejante, los resguardos éticos y la protección de sus derechos, respetando la integridad y la autonomía de los individuos independientemente de si posee o no un diagnóstico, discapacidad o una

sumatoria de síntomas que hacen a un cuadro clínico. Según esta tesis, la existencia y determinación del sufrimiento mental debe buscarse en un cuerpo subjetivado, posición que adopta el Colectivo Crisálida para comprender las variables sociales, familiares, económicas, de vulneración que desembocan en un sujeto con determinado padecimiento mental; postura que reclama, eminentemente, un abordaje transdisciplinario.

Colectivo Crisálida se encuentra delimitado como Grupo de Extensión Universitaria, radicado en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La comunidad, en ese sentido, se presenta como el campo privilegiado de realización de prácticas formativas del estudiantado. En este movimiento, de articulación entre academia y comunidad, es donde el Colectivo Crisálida realiza su labor. Lo comunitario se expresa como una acción dentro de la comunidad en la que se trabaja con otros, a medida que se van tejiendo lazos que permiten y construyen el campo de intervención. En última instancia, se trata de asumir a la comunidad como espacio de ejercicio ciudadano y promoción de derechos, en este caso, de la desestigmatización de personas que poseen un determinado padecimiento mental.

Crisálida, a su vez, busca hacer extensivo su trabajo en intervenciones en la comunidad: barrios periféricos, universidades, jornadas, plazas e instituciones de salud, por medio de acciones artísticas y de difusión tal como el mural colectivo «El país de los sueños», realizado en Av. Luro y Carrillo en Mar del Plata. Lo que hace colectiva a tales intervenciones es la incorporación de talleristas en dicha actividad a modo de coordinadores, quienes en dicha función modifican su rol para transformarse en agentes hacedores de cultura (volviendo una vez más al planteo de Ulloa).

<u>El taller y sus momentos</u>

Colectivo Crisálida funciona de forma semanal, los días martes de 14 a 17 horas, en el Centro Cultural América Libre (20 de Septiembre 1701). Las actividades se realizan en un salón llamado “El Palomar”, nombre acuñado por haber sido albergue de una invasión de palomas en los años en los cuales el centro cultural se encontraba en desuso. Crisálida resulta un espacio donde se privilegia el encuentro, la llegada, por más que sea más tarde del horario formal, es festejada con un aplauso grupal. Previo al comienzo de la actividad, los participantes, a medida que llegan, se reúnen en el café del centro, donde se saludan, se arman pequeñas rondas de charla, algunos almuerzan y otros salen a fumar. Una vez en horario de dar comienzo se sube al Palomar de forma grupal y se procede al armado del espacio. Al ser un espacio compartido y no propio de Crisálida únicamente, el armado y

desarmado del espacio se realiza rutinariamente, de forma colectiva, donde tanto talleristas como coordinadores se encargan de poner las mesas, acomodar las sillas y sacar los materiales para trabajar; tomando el grupo en su totalidad un rol activo y de mutua cooperación que les compromete con el espacio.

Como primer momento de actividad se realiza un plenario de apertura, donde todo el grupo sentado en ronda se saluda, organiza las actividades de la jornada y se comentan noticias (tanto del taller como de actualidad social también). La disposición circular genera un espacio de resguardo, de calidez, donde nadie queda por fuera; a su vez, que permite a quienes coordinan la apertura tener un panorama sobre la totalidad del grupo. A modo de ritual, se procede a un conteo de los presentes uno por uno en un acto que implica, para cada participante, enunciar su nombre en voz alta, realizar un pequeño gesto y decir el número que le corresponde ese día, así hasta completar la ronda de forma circular (por ejemplo, "Fulano, uno", luego, a su derecha, "Mengano, dos"). Se dice, en ese sentido, que el ritual es un ordenador, que marca tiempos, momentos y también permite internalizar al otro, que se hace presente, que se enuncia y delimita su presencia en el espacio.

La actividad nuclear se desarrolla posterior a esta primera apertura, la misma consta en una modalidad de taller de Lenguajes Artísticos Combinados que funcionan de forma simultánea en el espacio, dando a cada tallerista la posibilidad de elegir en qué taller participar en la jornada, si es que desease hacerlo. Los talleres que conforman a este dispositivo son cuatro: escritura creativa, artes visuales, teatro y reflexión. El Arte, en sus múltiples formas de expresión, funciona como herramienta de transformación singular y grupal, con incidencia de y hacia la cultura, en una dialéctica de transformación del sujeto sobre sí mismo y sobre su medio circundante. El sujeto en la puesta en marcha del proceso creativo se ve reflejado en su hacer, su decir, en su puesta en escena del cuerpo (si vamos a la actividad puntual de cada taller), produciendo con fines estéticos, trabajando sobre su potencialidad y su auto-realización como persona y no con el fin del lucro capitalista. Cada taller a su vez trabaja mediante consignas, propuestas en función a buscar el encuentro, el entrecruzamiento de saberes, la actividad en conjunto que permite tejer redes y lazos dentro del grupo, buscando la potencia creativa del participante y la integración.

Como último momento de la actividad semanal y luego del desarmado de las mesas de trabajo, se convoca a todos los participantes del grupo a una nueva ronda, en este momento, de cierre. En ese acto se comenta sobre lo trabajado, en un acto de habla y mirada donde quien guste puede comentar y otorgar su palabra al respecto de lo realizado. Al igual que en la apertura, el cierre también consta de

rituales dentro de los cuales se realiza dos: el primero consiste en que un participante se sitúe en el medio de la ronda y en un movimiento acompañado al unísono de “Abajo la mala onda…”, bajar los brazos hacia los pies para, luego, al coro de “...¡y arriba la buena onda!” alzarlos hacia arriba. El segundo de ellos, que marca el final de la actividad del día consta de un abrazo de a parejas, en el cuál, dos participantes se ubican en el centro de la ronda y demuestran los pasos a seguir: ubicación de parejas de modo que nadie quede sin saludarse con nadie (en caso de alguna imparidad, se realiza un abrazo de a tres), un segundo momento de mirar a los ojos al compañero, apertura de brazos y conclusión con un “abrazo crisálido” que, en su procedimiento, busca el encuentro, el saludo, la mirada y el júbilo como manera de despedida grupal.

Previo a realizar el análisis del material recabado resulta importante, a modo narrativo, retomar el objetivo principal que guía la investigación y consecuentemente la muestra elegida. Quien escribe la presente tesina (procederé a hablar en primera persona) ha formado y forma parte de las actividades del dispositivo dentro del cual se recoge la muestra y la información pronta a analizarse. Desde el mes de Agosto del año 2023 que participo en el dispositivo Colectivo Crisálida en función de coordinador. El hecho de atravesar un grupo no resulta inocuo e imprime marcas subjetivas, a su vez que provoca la emergencia de diversos interrogantes, uno de ellos, del lugar que ocupan para la sociedad las personas con padecimientos mentales, es el que guía el presente proyecto. Las experiencias que uno recolecta del pasaje por estos espacios resultan de interés para conocer las subjetividades que, en movimientos instituyentes, son producidas a partir de este contacto con otros. Retomo a Ignacio Lewkowicz (2003) quien llama *subjetivación* a la operación capaz de intervenir sobre la subjetividad y el lazo social instituidos (p.38). Experiencias subjetivantes que, en mi rol como coordinador, me empujó a intentar lograr darle voz al colectivo que, en movimientos complejos y alternantes, históricamente habitó los márgenes sociales y hoy habita una grupalidad que lo espera martes a martes y es valorado por lo que puede, más que juzgado por lo que no.

Métodos y Técnicas

El presente estudio se realizó siguiendo un abordaje exploratorio descriptivo cualitativo sin hipótesis previas. Dicho enfoque busca comprender el fenómeno del estigma en el contexto del dispositivo artístico Colectivo Crisálida. De manera inductiva, se comprenderán los significados que perciben y experimentan los participantes de dicho dispositivo en relación al estigma en personas con padecimiento mental severo, a partir de sus experiencias, su práctica cotidiana y sus saberes previos. A su vez, se buscó indagar sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado transversales al dispositivo. La muestra fue no probabilística y su conformación se dió a partir de la selección de personas identificadas como participantes de las actividades del dispositivo (muestra intencional).

Los sujetos del siguiente estudio se dividen en dos grupos en relación a la función que cumplen dentro del dispositivo: talleristas y coordinadores. La pregunta que subyace a la conformación de estos dos grupos pretende observar cómo se configura, impacta y significa las categorías indagadas en estos grupos. Se realizaron tres entrevistas de tipo semi-dirigidas a los coordinadores de mayor antigüedad dentro del dispositivo, considerando que, desde su recorrido dentro del mismo, por su tránsito en otros ámbitos de trabajo en salud mental y por su formación disciplinar particular, pueden realizar mayores aportes a la comprensión de la temática. En palabras de Meccia (2006) a través de ellas, se puede acceder al mundo de vida de los entrevistados, a reconstruir una lógica de sentido de la que se tiene poca noticia, o (en el peor de los casos) directamente prejuicios (p.1). Se resguarda el anonimato de las personas, no obstante, al momento de retomar sus dichos, se aclara su rol dentro del dispositivo (coordinador o tallerista).

El diseño de la entrevista parte de un guión que incluirá las siguientes dimensiones de análisis: peligrosidad, pérdida de roles sociales, culpa y rechazo, entre las principales, como parte de la noción de estigma. Entre otras dimensiones a analizar se encuentran: proceso de salud-enfermedad y atención-cuidado, redes de apoyo, noción de grupo, cuidado del otro, posición política y lazo social. Por último se realizó un grupo focal conformado por talleristas del dispositivo Colectivo Crisálida con las mencionadas dimensiones que promuevan las conversaciones en el grupo. Tal como se mencionó anteriormente, se considera talleristas a las personas con padecimiento mental que concurren al dispositivo artístico.

El grupo focal como técnica de investigación cualitativa permite poner en contacto las ideas de las personas que participan, buscando facilitar la utilización de un lenguaje inteligible para las personas a las que va dirigido. En dicha técnica el investigador asumió el rol de moderador del diálogo, ya que se entiende que este tipo de interacción favorece la afluencia de mayor información que si la interacción se desarrolla entre el mismo y los miembros. Asimismo se buscó promover la participación y el despliegue de experiencias, opiniones y conocimientos de los participantes. La participación fue completamente voluntaria, siendo los integrantes del grupo convocados por interés de dialogar sobre la temática. Retomando al taller y sus momentos, dicha convocatoria se llevó adelante en el plenario de apertura de las actividades del Colectivo Crisálida.

El registro de la información será vía grabación con previo consentimiento del participante. El análisis de la información recolectada vía entrevista y focus group será en función de las dimensiones de análisis anteriormente mencionadas, a su vez que en el devenir de la conversación se abre la posibilidad a la aparición de nuevas categorías. Tal método no consiste meramente en producir un conteo de cosas, sino "fraccionar" (Strauss, 1987, p. 29, como se citó en Maxwell, 1996) los datos y reordenarlos en categorías que faciliten la comparación. A su vez y siguiendo lo planteado por la corriente teórica de la Sociología Comprensiva (De Souza Minayo, 2007), la tarea central de una investigación de las ciencias sociales, debería enfocarse en la comprensión de la realidad humana vivida socialmente. Resulta así, fundamental comprender a la subjetividad como el fundamento del sentido de la vida social, valores, creencias, actitudes y hábitos que hacen a ella. En síntesis, este modelo que se presenta como cualitativo y flexible, hace necesario comprender al fenómeno social desde sus determinaciones y transformaciones dadas por los sujetos.

En la recolección de dicha información se prestó atención a las manifestaciones promovidas por la disposición corporal, gestos, estilo comunicacional, nivel de reflexión, afectividad implicada en el relato, entendiendo que gran parte de la riqueza comunicacional proviene de aspectos tanto verbales, textuales, como no-verbales Se solicitó el consentimiento informado a las personas que acceden a brindar información durante todo el proceso que requirió esta tesis.

Categorías y su análisis

Como se mencionó previamente, en función a los objetivos propuestos para este Trabajo de Investigación Final, se ordenan los hallazgos en función a las categorías de análisis mencionadas en el apartado de Métodos y Técnicas. De forma complementaria a las mismas, se incluirán las voces y

dichos de coordinadores y talleristas que resulten representativas de dichas categorías, a su vez que se incluyen nuevas a partir de los dichos de los participantes.

Categoría de análisis	***Definición teórica***	***Citas***
Estigma	*Atributo desacreditador que, al entrar en contacto con otros, estropea la identidad de un individuo y lo inhabilita para la plena aceptación social. Es una marca social negativa que, en el contexto de las interacciones sociales, reduce a la persona a una única cualidad desacreditada, a menudo basada en expectativas sociales insatisfechas. (Goffman, 1963)*	*"La marca de la diferencia"" (Coordinador J)* *"Estigma. Las formas que tienen las sociedades para dejar a los otros de lado". (Coordinadora S)*
Procesos de Salud-Enfermedad & Atención-Cuidado	*Visión de la salud y enfermedad como hecho dinámico, como momento de un proceso y no como hechos estáticos. Consideración de las diversas estrategias de atención y cuidado que tienen las sociedades más allá del sistema de salud formal.* *Según Menendez (2005) la enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad, que expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino*	*"Conceptos que están como ligados. No hay uno sin otro, ¿no? No puedo entenderlos como por afuera de lo contextual, por un lado. De un sujeto contextuado. Que hay algo de cuando se... se corre el eje del sujeto, ¿no? En relación al sujeto mismo y al contexto. Hay algo que acontece que en ese corrimiento se genera lo que hoy llamamos **enfermedad**. Que puede llegar a tener alguna causa biológica, posiblemente, quizás. Pero que hay tanto en el orden de lo socio-histórico-político que*

	que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (p. 10). Implica asumir que la salud y la enfermedad son emergentes de las condiciones de vida y de trabajo, que el proceso salud/enfermedad no sólo es un problema circunscripto al ámbito profesional y/o de atención, sino que implica a los conjuntos sociales; que en la lucha contra la enfermedad hay procesos que no deberían delegarse.	*hace que un sujeto sea quien es o sea alguien que no desea ser…" (Coordinadora S).* *"Me parece que la cuestión de la **salud** tiene que ver más con el equilibrio entre las condiciones y las posibilidades de una persona y su desarrollo en la vida, en la vida en general y me parece que la enfermedad es todo lo contrario, me parece que la enfermedad está muy condicionada por la forma en que uno vive, los ideales con los que se engancha". (Coordinador J)* *"Nadie sabe muy bien qué hacer muchas veces ni cómo. Y hay un gran descuido de los profesionales que trabajan. Y a nosotros nos parece fundamental que la gente se pueda por un lado formar y por otro lado sentir que está cuidada. Porque si uno no está **cuidado** y no entiende cómo es el cuidado, no lo puede ejercer en otro." (Coordinadora S)*
Rechazo y Miedo al rechazo	*Según la RAE, "rechazo" se refiere a la acción y efecto de no admitir, aceptar o negar*	*"Yo vengo de un pueblo, de ciudades chicas, y entonces esto de "tener cuidado con el*

	algo. Esto puede manifestarse como una negación, una oposición, o una repulsión hacia algo o alguien.	*loco", "tener cuidado con la loca", "lo ves y te cruzas de vereda", "fijate que tiene olor", "fijate que es pesado", "no sabe lo que te dice…" (Coordinador F)* *"A mí que me digan "loco", "22" o el tema que quieran y actualmente me pasa que muchas veces miento a la gente, que no digo que soy.. les digo que trabajo en un kiosco. Porque veo que en esta sociedad vales por lo que hacés y no se ve el ser. Yo creo que si tenés un buen ser, vas a tener un buen hacer. Podemos ser felices con tan poco…" (Tallerista W)*
Pérdida de roles	*El rol ocupacional son todas las actividades vitales que el individuo desarrolla dentro de la sociedad. Los roles median entre los requerimientos del ambiente social y las contribuciones del individuo. Los mismos determinan obligaciones y expectativas, organizan el comportamiento e influyen en la manera en que las personas ocupan su tiempo (Collado Javato, 2022)*	*"Yo me encuentro ahora que atiendo por ahí gente más grande de edad me encuentro gente que por ahí tiene 60, 70 años que son locos de toda la vida y siempre tuvieron una vida tranquila, que esa locura les permitió laburar en tareas sencillas en oficios y que nunca tuvieron ningún problema y resulta que vos te enteras que el tipo tiene una esquizofrenia desde los 17 años cuando llegan al geriátrico a los 70 porque se murió la madre que tenía 90 y con la cual vivieron hasta ese momento."*

		(Coordinador J). *"Y yo tengo un amigo que se llama A. Me dice, muy bien, P, por los problemas que tenés, vos vas a la escuela a trabajar, te la rebuscas. No es tampoco para subestimarme, hacerme, creerme que soy el mejor. Pero bueno, con una discapacidad que yo tengo, trabajo todavía." (Tallerista P)*
Peligrosidad	*Según Esteban Toro Martínez (2011) existen dos tipos de peligrosidad: la inminente y la potencial. La primera estaría ligada a crisis de origen psíquico próxima a producirse y se inscribe dentro del campo de la clínica. La potencial, por el contrario, es un juicio de valor sobre hechos futuros que pueden suceder o no, inscribiéndose dentro del campo judicial.* *La apelación a la peligrosidad de la persona ha sido la excusa penal y terapéutica para segregar, para aislar y excluir a aquellas personas que se han vuelto indeseables socialmente (paradigma de la vigilancia).*	*"Por otro lado la visión que se tiene de la peligrosidad. Que ojo. Ojo. Hay situaciones en las que es manifiesta y es real. Y es real. Pero tampoco la gente está formada. Hablando del estigma, ¿no?" (Coordinadora S)* *"No, yo pienso que mi viejo decía que yo soy un tipo peligroso, que voy a matar a cualquiera. Pero él, con la orden que daba, de decir "¡Hacés lo que te digo!" Entonces me ponía loco. Volví a la mesa porque, como dice el dicho, la violencia genera más violencia, Juan. Porque las personas que estamos sometidas a una violencia violenta por un padre, si no*

		comprende la situación de los débiles que somos, hijos de la familia, hermanos, contagian la violencia de uno a otro. Y eso genera que la persona quede más quedada y mejora la forma de estar viviendo.Tomando pastillas…" (Tallerista M)
Redes de apoyo	*Según autores del medio local (Soliverez & Arias, s.f.) las redes de apoyo social se definen como el conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún tipo de ayuda: emocional, práctica, económica, compañía o consejo/guía. Dichas ayudas van modificándose a medida que el sujeto cambia de etapas vitales.* *La misma puede ser explorada considerando, por una parte, la cantidad de vínculos que una persona posee y que percibe como significativas y por otra, las funciones de apoyo que cada uno cumple o podría cumplir.*	*"Crisálida promueve el vínculo. Promueve el acompañamiento. Promueve la confianza. Es cuando vos rompés esa barrera y ganás la confianza de la persona, se abren puertas." (Coordinador F)*
Noción de grupo	*Según la conceptualización de autores como Ana María Fernandez (1989) desde una perspectiva epistemológica se propone el abordaje de lo*	*"Bueno, para mí Crisálida... Yo vego a Crisálida en el año 2012. Y en Crisálida he encontrado miles de...de un sillón que me amortigua el*

	grupal como campo de problemáticas atravesado por múltiples dimensiones que exige por su complejidad, un criterio transdisciplinario. Dichas inscripciones pueden ser inscripciones deseantes, históricas, institucionales, políticas, económicas, etc. *Esta categoría apunta a conocer, a su vez, que sentidos despliega Colectivo Crisálida como grupo, entendiendo que los grupos son pensados como dispositivos sociales de producción subjetiva que, al ser generadores de transformación, producen subjetividad y provocan su despliegue.* *Sobre este último punto resulta importante traer a colación a Bonano (2011) quien subraya que la subjetividad, como tal, no es nada, sustancialmente hablando; sino que refiere a un movimiento de producción de subjetividad. Para decirlo muy rápidamente, no es una sustancia sino que es en acto, en gestos, en actividades, en afectaciones, es decir en cosas que se hacen presente y que hacen algo.*	*cuerpo." (Tallerista W)* *"Por un lado, hay algo en el día que también te aloja y que no importa si hay tormenta o no hay tormenta, nosotros vamos a estar el martes. Estamos y eso te asegura un lugar en el mundo que te aloja, un lugar. La verdad, que si uno lo analiza y dice "todo debería ser así," pero no es así. Entonces, que algo sea así, lo hace por un lado eficaz. Eso por un lado. Después, el trabajo grupal que tenemos, el pensar el grupo y la circularidad como ritual. Y eso también da esquemas organizadores. Y aparece el grupo como un organizador básico. Es como otra forma de construir la subjetividad. El grupo se internaliza." (Coordinadora S)* *"Entonces, el otro sabe que hay algo que se inicia de una manera, que tiene un desarrollo, que tiene un cierre. Y que dentro de ese espacio va a estar contenido. Y que si alguien llega angustiado o triste, puede estarlo, porque está habilitado. Que en ese espacio, de esa manera, él está loco. Entonces, es recontra interesante cómo funciona el*

		espacio, el tiempo, el círculo, la ritualidad, en sentido o entendido como una forma de hacer siempre, de la misma manera, pero que no es igual siempre. Por más que haya pasos, siempre acontece algo diferente. Pero nada de lo que te acontece, te resulta ajeno. Vos sabés que es por ahí." (Coordinadora S) *"Y ayuda de una manera muy simple. Es un dispositivo abierto, es un dispositivo donde uno puede elegir lo que hacer. Y en el caso de los talleristas que van a otros dispositivos donde la estructura es diferente, donde es más estructurado y dentro de su contexto familiar también, ahí aparece la causa." (Coordinador F)*
Posición política	*Autores como Maritza Montero (2001) conceptualizan a la Política como relativo a la vida organizada colectivamente, al espacio público. Lo concerniente a los derechos y deberes civiles y a las relaciones de poder y su dinámica, en ese espacio. En síntesis, la vida pública y cómo nos relacionamos con otros*	*"Y de alguna manera trabajar sobre esta cuestión del somos todos iguales. "De cerca nadie es normal" como decía Basaglia." (Coordinador J).* *"Presentaste una carpeta psiquiátrica, no está "bien" de la cabeza, fuera. Y no por el miedo a la carpeta dibujada*

	dentro de la misma.	*como también hay, no por el miedo a eso, sino porque no querían gente con problemas mentales. Hubo épocas y épocas, digamos, la época de los años 90 fue mucho más cruda y mucho más dura en este sentido luego del 2001 hubo cierta apertura hasta el año 2007 por ahí, y después las cosas volvieron a ser como siempre lamentablemente. Digamos, en este sentido, más allá de los cambios políticos que hubo, de los cambios políticos nominales en profundidad, no han habido demasiados cambios. De hecho, tuvimos una ley de salud mental que se sanciona en el 2010, se reglamenta en el año 2013 y no se termina de implementar nunca [risas] así que muchachos no me jodan [risas]". (Coordinador J)* *"Sí, claro. Sí, sin duda. Eso sin duda. Porque al no ubicarse en el lugar del estigma. Al no ubicarse en el lugar del estigma. Lo que uno genera es un sujeto ciudadano. Es eso. Es lo que debiera ser cualquier sujeto." (Coordinadora S)* *"Y no abandonarnos a esos chicos que son discapacitados. Bueno, nosotros somos.*

		Tenemos patologías diferentes. Pero los chicos que ahora, en esta época del año, hay que ayudarlos".(Tallerista MM)
Lazo social	*Ahora bien, entendemos al lazo social siguiendo a Ignacio Lewkowicz (2004) quien en su libro "Pensar sin Estado" trabaja este concepto definiéndolo como "esa ficción eficaz de discurso que hace que un conjunto de individuos constituya una sociedad. Y a la vez, a la ficción social que instituye a los individuos como miembros de esa sociedad" (p.56). Así es como la cultura, en tanto formación social, requiere del lazo social para determinar cómo se conforma esa sociedad y así establecer un tipo de subjetividad que responda a esa manera de hacer lazo social.*	*"Sí, yo creo que la sociedad de hoy en día ve mucho el cuerpo, cómo tener un buen cuerpo, pero también tenemos un alma que el alma, mejor ni hablar, la sociedad así dice…"(Tallerista W)* *"Genera lazos dentro del dispositivo y fuera del dispositivo. Y eso es absolutamente saludable. Saber que el dispositivo, por eso está tan internalizado, que el otro puede encontrarse por fuera y generar actividades por fuera. Sujetos creativos. Sujetos que con algunos elementos pueden construir." (Coordinadora S)* *"Viste que todo el tiempo se piensa a la psicosis como uno de los fenómenos básicos de la psicosis que no pueden hacer lazo social. O que no hay un lazo social compartido. Resulta que... Este grupo de psicóticos... Y de repente empiezan a compartir un lazo social: Crisálida."*

		(Coordinador J)
Culpa	*En este caso se lo toma meramente como indicador afectivo y como parte de la noción de estigma.*	*"Sí, yo he sentido culpa. Con lo que conté antes, que es una desgracia para mí y ahora puedo contarlo. Pero es… es algo loco decir que yo he corrido a mi hermana con una cuchilla. Y.. a veces temo, de que yo he tenido un poco de culpa de la muerte de mi padre, porque yo no fui un chico muy dócil que digamos." (Tallerista P)*
Autonomía	*Se puede pensar a la autonomía como la capacidad de un sujeto de tomar decisiones por sí mismo, sin depender de una coerción externa. Resulta interesante retomar a Jean Piaget (1932) en su idea de que la autonomía se basa en el principio de la igualdad, el respeto mutuo y las relaciones de cooperación. La práctica autónoma correcta es el resultado de una decisión libre y racional.*	*"Porque, digamos, yo creo que voy a decir una cosa muy importante, que significa la discapacidad también, que yo estoy convencido de lo que digo, que los padres y las madres te dan la vida para que el día de mañana te puedas independizar. Podés nacer con una discapacidad en silla de ruedas o algo que el cuerpo no te lo permita. Pero te podés desenvolver igual". (Tallerista P)* *"Lo ves desde la construcción de la imagen hasta la construcción de su propio sistema corporal. La*

		construcción de la autonomía. Sujetos que no eran autónomos, son autónomos, que pueden llegar al espacio. Nadie dice que van a poder vivir solo. Dentro de lo posible, hablamos de modificaciones posibles de los sujetos. Nadie es Dios. No estamos hablando de eso. Pero sí de con qué poquitos elementos un sujeto puede estar mejor en el mundo. Y puede estar más validado y sentirse con naturalidad." (Coordinadora S)
Insuficiencia de espacios de formación y dispositivos en Salud Mental	*Tal como su enunciado indica, se refiere a testimonios que dejan en evidencia la falta de espacios de formación y dispositivos con enfoque en Salud Mental.*	*Nosotros en las escuelas de arte dramático no tenemos ninguna materia que nos hable de salud mental. No hay nada que te enseñe ninguna pedagogía, no sé si digo bien, ninguna pedagogía que te explique cómo trabajar en salud mental. Que creo que debería haber, ¿no? (Coordinador F)* *"¿Qué pasa con las alucinaciones? ¿Cómo se trabaja con alucinaciones? ¿Cómo se trabaja con alguien que padece? Y que se le entiende. Bueno, son técnicas. Son formas de abordaje. Y me asombra mucho los desconocimientos".* *(Coordinadora S)*

		"A ver, a mí me encanta, mi primera aproximación a algo parecido a Crisálida fue al hospital de día. Hoy para mí el hospital de día es un manicomio sin techo. Así era abierto. A ver, me parece que Crisálida es muy diferente desde la concepción del espacio, desde cómo pensamos al otro, ya sea coordinador o tallerista. Al compañero lo pensamos como un compañero y al tallerista lo pensamos como una persona, que concurre a un espacio educativo, si se quiere, con el compromiso que eso implica del lugar de uno. (Coordinador J)"

Acerca de la noción de estigma

Como parte transversal de la noción de **estigma**, se incluyen las categorías **peligrosidad**, **pérdida de roles sociales, culpa** y **rechazo/miedo al rechazo**. En lo que respecta al testimonio de los coordinadores se ha encontrado, en un primer momento, las aproximaciones a la denominada "locura". Por ejemplo, el Coordinador "J", actor clave en el dispositivo, médico y consultor psiquiatra, comenta:

> En la adolescencia, cuando hablo de adolescencia hablo 14, 15, 16 años. Me pegó mucho el surrealismo y los textos surrealistas. Además de escuchar mucho a Spinetta, empecé a escuchar canciones más alternativas y eso. Y siempre desde una aproximación al arte, ¿no es cierto? Y ahí me empezó a surgir una pregunta, ¿no? Y que tenía que ver con la pregunta acerca de la locura, cómo alguien se puede volver loco. (J, 2025)

Este testimonio resulta complementario al del Coordinador "F", de profesión actor, coordinador a cargo del espacio de cuerpo y teatro del dispositivo:

> ¿Y por qué lo hice? [en referencia a formar parte del dispositivo] Lo hice por esto del estigma de la salud mental, por esto del loco, la loca, ¿no? (. . .) Era como romper esa cosa que uno tiene de la locura. No sabía bien de qué se trataba. Yo no sabía qué patología tenían las personas que estaban acá, desconocía absolutamente las patologías de la salud mental, esquizofrenia, autismo. (F, 2025)

Es en este punto donde se plantea lo que Goffman (1963) define como "identidad social virtual", como ese conjunto de expectativas e imputaciones que se le realizan a una persona por poseer tal o cual atributo, supuestos de partida que muchas veces obturan las relaciones sociales y el mutuo conocimiento, caso que no resultó así para ambos coordinadores. J a su vez comenta:

> Y en la adolescencia uno está pleno de posibilidades y de experiencias que a veces rozan la locura y rozan lo loco o lo disruptivo. Por lo menos de lo que uno viene acostumbrado a lo que viene sosteniendo como la llamada niñez, ¿no? El orden estipulado, lo que uno debe hacer, lo que se supone que se espera de uno. (2025)

Aquí resulta importante de subrayar la homologación entre "locura" y "disrupción", atendiendo a que el problema de la psicosis entendida como desorden tuvo como respuesta histórica la limitación: la nave de los locos, los muros de los asilos y los medicamentos más modernos (De Battista, 2015), como algunas de las vías de tratamiento privilegiadas del modelo asilar. Enlazando con los testimonios del grupo focal, "P", tallerista de Colectivo Crisálida, comenta cómo la vía de la limitación se encuentra todavía latente:

> Estar medicado, hacer buena letra, porque sino, lamentablemente, si no hacés buena letra y no tenés una conducta, la madre ya se cansa. O te pone en las manos de otra persona o te interna. Porque no sabe cómo manejarte. (P, 2025).

P percibe en su decir estas vivencias del modelo institucional asilar, hechos que ni una madre ni una institución aparecen como posibles de manejar.

El rechazo ¿lo que nos diferencia de otro o lo intolerable de uno mismo?

La cuestión del **rechazo** toma varias perspectivas según quién habla y desde qué lugar, sin embargo, aunque se haga más presente a modo de testimonio de vida en el intercambio con los

talleristas, no deja de tomar sentidos interesantes en el grupo de coordinadores. Por ejemplo, para F el tránsito por el dispositivo permitió re-conceptualizar lo que entendía por locura y a la persona con padecimiento mental, en sus palabras:

> Yo vengo de un pueblo, de ciudades chicas, y entonces esto de "tener cuidado con el loco", "tener cuidado con la loca", "lo ves y te cruzas de vereda", "fijate que tiene olor", "fijate que es pesado", "no sabe lo que te dice" (. . .) y hoy por hoy las veo como personas del común de las personas, lo veo como yo, ¿no? Y lo trato como me gustaría que me traten a mí o como me gusta que me traten a mí. De una persona a otra, no hay diferencia (. . .) Y un tallerista, S, me miró y me dijo: "F, vos sos igual que nosotros", me dijo. (F, 2025).

El anterior testimonio sirve para pensar como en los contactos mixtos que propone Goffman (1963) y en estos dispositivos a la foucaultiana de los que habla Agamben (2007), como necesariamente acarrean un proceso de subjetivación, de poder pasar, como en el caso de F, de una determinada manera de pensar e interceptar al “loco” a identificarse como uno más. Al respecto el Coordinador J tiene para decirnos:

> Yo creo que esa dicotomía entre salud y enfermedad no existe. Yo creo que no existe. Yo creo que en gran parte estamos todos bastante enfermos. Y estamos bastante enfermos porque estamos insatisfechos, porque siempre nos falta algo, por suerte. (J, 2025).

Aquí el coordinador va introduciendo, de forma gradual, al lector de esta tesina la complejidad de los **procesos de salud-enfermedad**.

Comúnmente, se suele pensar que del desconocimiento al miedo y del miedo al rechazo hay apenas unos pasos de distancia ¿cómo abordar esto que se presenta desconocido? ¿cómo adentrarse a trabajar con lo ajeno? Esta cuestión es retomada de forma problemática por la Coordinadora S, miembro fundante del dispositivo Colectivo Crisálida y Lic. En Artes Visuales (entre otras profesiones), quién alega:

> Y la gente que tiene que estar formada tiene tanto miedo al sujeto que sufre. Que no sabe qué sufre. Que está sufriendo.” (. . .) ¿Qué pasa con las alucinaciones? ¿Cómo se trabaja con alucinaciones? ¿Cómo se trabaja con alguien que padece? Y que se le entiende. Bueno, son técnicas. Son formas de abordaje. Y me asombra mucho los desconocimientos (. . .) No hay,

> vayas a donde vayas, a cualquier centro de salud no hay, no hay, no hay espacios grupales, no hay psicólogos que trabajen en grupos. (S, 2025).

Volviendo, nuevamente a Julieta De Battista (2015) y su crítica a la hipoteca psiquiátrica, a quién le debemos el avance del estudio de las psicosis y otros padecimientos mentales, sin embargo, en el estudio e intento de objetivación tipo jasperiana hay un sujeto que parece perderse ¿Cómo comprometerse en una cura si no hay sujeto? O mejor dicho, si en el acto desubjetivante este otro toma lugar de objeto, acto de delimitación de la locura, no debido a que se la conozca, sino a que se la domina (Foucault, 1961) ¿Cómo impacta en el cuidado de ese sujeto ausente? Algunos de los interrogantes que se plantean que se retomarán al momento de la conclusión.

El acto de rechazo bien puede tomar varias formas: uno que rechaza a otro (forma activa) que implica que este otro sufre de un rechazo (forma pasiva), en ese sentido retomamos el testimonio de uno de los talleristas “M” quién dice:

> …durante 36 años que estoy medicado, tuve una relación mala con mi familia de todo tipo, violencia, estorbo, limitaciones, amenazas de encierro, castigo… familia cruel; pero yo me mediqué como pude con la ayuda de amigos y mismo con mi familia. A mí no me dan ningún tipo de amor. Es todo lo que yo hice y se acabó. Yo estoy como invisible ante ellos. (M, 2025).

Colectivo Crisálida, como se mencionó previamente, está destinado no solamente a personas con padecimientos mentales, sino también a individuos en situación de vulnerabilidad social, económica y familiar, lo que nos abre la pregunta a cuánto del sufrimiento de una persona se debe a una cuestión puramente psíquica y cuánto otro se debe a una red deficiente, a la exclusión y la marginalidad, aún en el seno familiar; pregunta que no hace sino abrir la complejidad e incluir variables colectivas e históricas de la sociedad y las personas para realizar lecturas de los padecimientos de la época (Bang, 2014).

Una de las preguntas centrales del estudio es qué sentidos despliega el **estigma**. Ahora bien, ¿cómo se convive con esta etiqueta?; en este punto el Tallerista “W” comenta:

> A mí que me digan "loco ","22" o el tema que quieran y actualmente me pasa que muchas veces miento a la gente, que no digo que soy… les digo que trabajo en un kiosco. Porque veo que en esta sociedad valés por lo que hacés y no se ve el ser. (W, 2025)

Dicho testimonio remite directamente al esfuerzo por ocultar el estigma que realizan algunos individuos (Goffman, 1963). Esta situación, siguiendo las ideas del sociólogo canadiense, no hacen más que dejar en una paradoja al sujeto ¿a quién revelar el secreto? ¿En qué lugares sentirse socialmente aceptado?

Volviendo una vez más al testimonio de W "A mí me pasa en el caso mío que con personas que me parecen agradables y no las conozco, o sea que no las conozco, ¿verdad? Y yo digo que tengo un padecimiento mental y puedo ser discriminado" (W, 2025) decir que muestra la forma en que estos contactos mixtos que propone el autor pueden llevar a que una persona estigmatizada o potencialmente estigmatizable, se sienta insegura acerca del modo en que los otros van a identificarlo y recibirlo, tornándose desconfiada y suspicaz debido a este **miedo al rechazo** presente.

Tanto en su forma activa, el rechazar, como su forma pasiva, ser rechazado, no obstante no terminan de abarcar el total de las modalidades del rechazo. Hay una tercera posibilidad y que es el "rechazarse", tomarse como propio objeto de segregación en un movimiento de repliegue y negación de algún aspecto del self. Tomamos los dichos, nuevamente por W: "A mí, no sé, el doctor O me dijo que tengo esquizofrenia benigna y yo lo que veo que a los psiquiátricos a mí que me digan que tengo esquizofrenia, la palabra esquizofrenia no me gusta para nada" (W, 2025). Esta cita resulta interesante a fines de pensar cómo un diagnóstico pesa en la conformación de una identidad social, conforma expectativas tanto para sí como para los otros, donde el miedo al rechazo se hace palpable y carga dicha expectativa en incertidumbre y tensión: "…a ver, la primera vez que estuve internado le dije a un amigo y me dijo ´vos sos loco´..." (W, 2025). Aprontes de exclusión que, como en el caso de W, terminan en actos de exclusión concretos y explican el porqué del ocultamiento del estigma.

En los relatos recogidos de los actores de Colectivo Crisálida se encuentran ciertas regularidades en torno al rechazo en el marco de instituciones, en particular, instituciones educativas. En palabras de los talleristas M y G. M comenta:

> Para mí lo principal de todo es que la escuela el problema, cuando éramos chicos, a las personas con algún problema mental, era el bullying. El bullying barrial. Personalmente quería acá hablar con vos el tema del bullying, que también… digamos. Yo tenía amigos en Rosario, cuando era chico, en el barrio cerca del puerto, el Alberti, que me golpeaban, me pegaban, me decían "salí de acá, sorete", "pedazo de pelotudo".... (M, 2025).

El grupo focal como espacio de encuentro de opiniones y relatos vivenciales permite identificaciones cruzadas entre los dichos de una y otra persona, dice “Que a mí también me hicieron bullying... en el colegio.” (G, 2025). Este punto ayuda a pensar en lo qué ocurre cuando en instituciones creadas con el fin del progreso del hombre se tergiversan para lograr situaciones regresivas en su aprender y de qué forma las patologías institucionales se enquistan en roles como el chivo expiatorio, actor institucional que carga con las culpas propias y ajenas (Ulloa, 1966), equivalente a conversiones somáticas.

La cuestión anterior se cruza con el **estigma**, siendo que, el rol de chivo expiatorio se nutre de la función que cumple esa persona dentro de la institución como depositario de lo indeseable y por sus características visibles: apariencia, rasgos, lenguaje que denotan una “enfermedad mental”, dice G: “Tengo microcefalia… tengo la cabeza chiquita. Por eso entiendo menos” (G, 2025). La Numerosidad Social aparece entonces como posible escenario de intervención y como denominación que abarca a los seres humanos en sociedad, particularmente cuando son distratados por la institución, educativa o no, de la que son usuarios (Ulloa, 1995). En definitiva, para pensar al sujeto institucional resulta necesario dilucidar cómo las redes institucionales toman la palabra de este otro alterno, expiatorio, para observar cómo opera la línea de separación que lejos de borrarse, actúa de distintas formas (Foucault, 1970).

La peligrosidad y sus sedimentos

La cuestión de la **peligrosidad** como parte de la noción de **estigma** históricamente se vió reflejada en la idea del “loco suelto”, el “delirante”, aquel que, como refería antiguamente el coordinador F: “...´puede ser violento´, ´puede ser violenta´, ¿no?...” (F, 2025). El concepto de “sedimento” resulta oportuno para pensar esta categoría. Las revisiones, investigaciones, desciframientos y elucidaciones de campos de problematización que realiza Michelle Foucault lograron que, en sus dictados de cursos en el *Collège de France,* el oyente pudiera, en el relato de la genealogía histórica de las redes de saber/poder (en la que la conformación del campo de las locuras no estaba ni lejos de exentarse), encontrar luz sobre el presente y los asuntos de los cuales es contemporáneo (Foucault, 1974-1975). Parte de la exploración de esta tesina parte de poder pensar qué sedimentos de la histórica piedra que recayó sobre los padecimientos mentales hacen a la arena movediza de la sociedad de nuestros tiempos, arena que mueve a estos sujetos entre la aceptación y el rechazo, entre el amparo y la expulsión.

Desde los enfermos de Pinel hasta Santiago “Chano” Moreno Charpentier, la **peligrosidad** supuesta a las personas con padecimientos en salud mental resulta un tema de debate y problematización. Aquí cabe hacer una aclaración y una diferenciación, la Ley de Salud Mental en su Articulo 20° plantea la regulación de las internaciones, estableciendo que deben ser el último recurso terapéutico y solo se permiten si existe riesgo cierto e inminente para la persona o terceros. Sin embargo, la idea de *riesgo* basado en un diagnóstico interdisciplinario de situación, que toma en cuenta la multiplicidad de variables de la persona, no implica necesariamente **peligrosidad**; siendo esta última tomada en su carácter potencial, como juicio de valor carente de fundamentos empíricos. Resulta así un juicio arbitrario sobre hechos futuros que pueden suceder o no y su apelación histórica la excusa penal y terapéutica para segregar, aislar y excluir a aquellas personas indeseables socialmente (Toro Martinez, 2011), locos y criminales encerrados por “furiosos” (Foucault, 1964). Un testimonio de la Coordinadora S hace reflejo de esta idea: “Por otro lado la visión que se tiene de la peligrosidad. Que ojo. Ojo. Hay situaciones en las que es manifiesta y es real. Y es real. Pero tampoco la gente está formada. Hablando del estigma, ¿no?” (S, 2025).

Dentro del grupo focal se pueden recortar viñetas referidas a la **peligrosidad**. Estos relatos no pueden ser aislados de su contexto, tal como el **rechazo** que aparecía asociado a escenas familiares, la **peligrosidad** aparece en el mismo escenario. Dice P “Mi hermana no la ha pasado bien conmigo. Recuerdo muchas cosas feas que hemos pasado de chicos. Hasta la corrí con una cuchilla arriba de los techos ¡A mi hermana!” (2025), en referencia a un acto heterolítico, motivo casi princeps de internación en servicios de salud mental. P luego profundiza al respecto de que “...hay personas que son agresivas, que entran a una internación, y yo, yo te voy a decir porque estuve como internado en distintos números de neuropsiquiátricos más o menos 10 años” (2025). Situado nuevamente en la escena familiar, M dice:

> No, yo pienso que mi viejo decía que yo soy un tipo peligroso, que voy a matar a cualquiera. Pero él, con la orden que daba, de decir “¡Hacés lo que te digo!” Entonces me ponía loco. Volví a la mesa porque, como dice el dicho, la violencia genera más violencia, Juan. Porque las personas que estamos sometidas a una violencia violenta por un padre, si no comprende la situación de los débiles que somos, hijos de la familia, hermanos, contagian la violencia de uno a otro. (M, 2025)

Con respecto al discurso familiar resulta apresurado realizar conjeturas, sin embargo, el lugar que M reiteradas veces refiere da cuenta de la palabra del “loco” como nula o carente de valor

(Foucault, 1970) sobretodo ante figuras que aparecen como omnipotentes como un padre, un médico o la sociedad.

El tallerista continúa su desarrollo alegando que "Es que a la persona que sufre mucho, un enfermo mental puede tener más inocencia según el diagnóstico social, el psicólogo, el psiquiatra, que una persona que en cambio está normalmente de la cabeza." (M, 2025). La relevancia social de un determinado hecho puede reforzar o no un **estigma** dependiendo de si el perpetrador posee, en este caso, una determinada condición en salud mental, lo que dice Goffman (1963) de formar parte de la chismografía local, lo que engrosa el imaginario de **peligrosidad** asociado al campo de las psicosis u otros padecimientos "graves". En la conversación grupal se trae a colación un caso de agenda pública: "Yo sé que hubo un caso que me lo dijo mi viejo que era sordo, ciego, mudo y le faltaban los brazos. Como que estaba... Le decían que era un monstruo." (P, 2025). Cita que muestra cómo en determinadas noticias de hechos de público conocimiento opera el sesgo estigmatizante (De Lellis, 2015).

Sobre la culpa

La culpa ha sido abordada desde muchos campos disciplinares, incluido desde el psicoanálisis como sentimiento inconsciente. Sin embargo, en este trabajo, se toma como indicador afectivo asociado al estigma. Al respecto el tallerista P refiere:

> Sí, yo he sentido culpa. Con lo que conté antes, que es una desgracia para mí y ahora puedo contarlo. Pero es… es algo loco decir que yo he corrido a mi hermana con una cuchilla. Y.. a veces temo, de que yo he tenido un poco de culpa de la muerte de mi padre, porque yo no fui un chico muy dócil que digamos (P, 2025).

Aquí la **culpa** se toca con escenas de **peligrosidad** y heterolíticas, sin embargo, en su expresión corporal, P manifestaba afecciones que condicen con su decir, con como su "indocilidad" debido a sus "problemas", en sus palabras, le hacen sentir en parte culpable por el fallecimiento de su padre. En el juego identificatorio dentro del grupo es donde aparecen las respuestas:

> P, eso que decís que tuviste a mi me pasó parecido también. Delirios místicos. Creo que los padres a los hijos… hay un tema que el diagnóstico médico, a mi cuando me dijo el Dr. O que yo tengo esquizofrenia benigna, no me gustó para nada (W, 2025).

Mezclados la **culpa** con el **rechazo** del presunto diagnóstico. El punto en común que tienen estos relatos es cómo el padecimiento mental, según la perspectiva de quienes padecen, conlleva una mayor carga familiar, consecuentemente generando sentimientos de culpabilidad debido a tal situación. Como interrogante, uno de los coordinadores invita a pensar sobre la "gravedad" de tal o cuál padecimiento: "Y la gravedad y cuál es la gravedad y dónde está la gravedad y trato de diferenciar cuando aparece la cuestión de lo grave, trato de diferenciar grave para quién."; ¿familia? ¿para uno mismo? ¿para el sistema de salud? ¿o para la sociedad en su conjunto? " … a veces la gente no quiere sacarse las alucinaciones de encima." (J, 2025), finaliza.

Entre ocupaciones y proyectos de vida

En el devenir del grupo focal una pregunta fue anticipada por MM, otro de los talleristas de concurrencia de larga data dentro del dispositivo, quién trae el interrogante de "Si una persona está medicada o tiene una enfermedad como la que hablábamos con los chicos, de esas ¿podés ser psicólogo? ¿medicado?" (2025); disparadora de conversaciones dentro del grupo. Le responden "Yo creo que sí. Creo que hasta vos (en referencia al entrevistador) tenés problemas. Nadie es "normal" en este mundo" (P, 2025), hasta que MM pudo responder su propia pregunta "Yo creo que tomando tu medicación, siendo psicólogo y estando en tratamiento, me parece que podés ser psicólogo." (2025). Surgen decires en primera persona como el de P que comenta:

> Y yo tengo un amigo que se llama A. Me dice, muy bien, P, por los problemas que tenés, vos vas a la escuela a trabajar, te la rebuscas. No es tampoco para subestimarme, hacerme, creerme que soy el mejor. Pero bueno, con una discapacidad que yo tengo, trabajo todavía (P, 2025).

MM al momento de debatir sobre la Ley de Salud Mental trae sobre la mesa un punto en el cuál parece necesario profundizar:

> Creo que tendría que salir de vuelta la Ley de Salud Mental para los chicos que no tienevidan así, que no les consiguen la medicación, o que abran talleres protegidos, para que los chicos puedan trabajar en lo que sepan hacer (MM, 2025).

¿Cuántas personas con padecimientos mentales acceden a un trabajo sea formal o informal en nuestro país? Pregunta de la cuál no se encuentran datos concretos.

La ley 22.431 o *Ley Cupo laboral para personas con discapacidad* busca garantizar el derecho al trabajo de las personas con discapacidad, facilitar su inclusión y la igualdad de oportunidades. Planes como el Plan Promover resultan políticas públicas que van en línea con el planteo de MM. Sin embargo y pese a los antecedentes de Colectivo Crisálida de inscribirse como lugar generador de puestos laborales, la discontinuidad política y el ajuste en discapacidad justificado en base a la "ineficiencia" y la poca rentabilidad de estos proyectos que requieren gasto público, provocó la falta de seguimiento de tales iniciativas. Resulta importante a los fines de este TIF poder dar cuenta de la existencia de estas leyes y, eventualmente, promoverlas. El aspecto laboral en la vida de las personas, además del hecho de ser parte de un ciclo y una actividad vital, bajo determinadas condiciones, incentiva el desarrollo personal, la ganancia de autonomía, a su vez que impone estructura de tiempos y ocupación, dotando a la persona de expectativas sociales más allá de las que puede ofrecer una institución de internación.

Los **roles ocupacionales** como categoría no pueden pensarse por fuera de la **posición política** ni del **lazo social.** El tallerista W tiene para decir que "A mí me pasa actualmente que a mí me dicen porque ahora todo el mundo, todo el mundo tiene que trabajar o estudiar si no lo sos nada" (2025). ¿Qué lugar ocupan entonces sujetos que no poseen una determinada ocupación dentro del espacio público?; continúa "A mí me pasa en el caso mío que con personas que me parecen agradables y no las conozco, o sea que no las conozco, ¿verdad? Y yo digo que tengo un padecimiento mental y puedo ser discriminado" (2025) . Cuando el estigmatizado logra conservar algunas ilusiones a lo largo de su vida, la búsqueda de trabajo o el comienzo de las relaciones de pareja lo enfrentarán, a menudo, con el momento de la verdad: la develación (Goffman, 1963, p.47).

Como plantea Ulloa (1995) las formas que toma el tormento social de la cultura mortecina y del acostumbramiento ocurren muchas veces a plena luz del día, frente a una sociedad indiferente. Resultan modalidades en las que para que una persona pueda acceder a un trabajo, a una vivienda digna, a la educación o recuperar la salud, depende de algo o alguien que lo distrata en tanto sujeto. También cabe pensar bajo qué condiciones se trabaja, tal como cuenta J en su práctica profesional:

> …en febrero, marzo empezaban a caer las chiquitas que trabajaban por temporada que arreglaban por 8 horas terminaban trabajando 18 y sin franco. Aceptaban esas condiciones de trabajo y a fin de febrero empezaban a romper. Bien. Se tomaban por ahí 15 días de licencia, 20 ponele. A ver, cuando digo romper digo romper en cuanto a presentar cuadros clínicos de reacciones agudas al estrés con *surmenage* y todo ese tipo de cosas. Desgaste cerebral de

> trabajo y estímulo permanente sin descanso. Vos por ahí les tirabas 15, 20 días de licencia a esas chiquitas. Esas chiquitas, cuando volvían al trabajo, eran presionadas o bien hasta que renunciaran o bien eran obligadas a renunciar. Se las sacaban de encima. Presentaste una carpeta psiquiátrica, no está "bien" de la cabeza, fuera. (J, 2025)

Pese a los dichos de los talleristas, el coordinador J vuelve a traer a colación un relato de su práctica profesional que desafía la incompatibilidad entre desocupación y enfermedad:

> Yo me encuentro ahora que atiendo por ahí gente más grande de edad me encuentro gente que por ahí tiene 60, 70 años que son locos de toda la vida y siempre tuvieron una vida tranquila, que esa locura les permitió laburar en tareas sencillas en oficios y que nunca tuvieron ningún problema y resulta que vos te enteras que el tipo tiene una esquizofrenia desde los 17 años cuando llegan al geriátrico a los 70 porque se murió la madre que tenía 90 y con la cual vivieron hasta ese momento. (2025).

Deja abierta la pregunta a cómo la vulnerabilidad se correlaciona con la desocupación.

En el correr de la conversación se refleja con claridad el discurso imperante en nuestros tiempos y el tipo de lazo que vincula a los sujetos, lazo materialista, basado en estándares de productividad y capital: "Argentina ha sido el granero del mundo y los argentinos tenemos que dejar de pensar del coche que tenemos, de la mujer que tenemos, tenemos que dejar de pensar en nosotros…" (W, 2025). Vínculos efímeros, la inseguridad del empleo, la pérdida de estructuras sociales sólidas y la cultura del consumo, lazos lábiles que provocan que las personas se vinculen como objetos desechables, planteaba Bauman en el año 2005 para referirse a la sociedad posmoderna; contexto social y discursivo que revaloriza espacios como Colectivo Crisálida que "... tiene la característica de que se mantiene a través del tiempo. Que no es común." donde "... uno es alojado" (S, 2025). Un "sillón que me amortigua el cuerpo" (W, 2025), dichos que adelantan al lector sobre aquello que puede Colectivo Crisálida como grupo.

Lo que puede un grupo de psicóticos

El diagnóstico en tensión

Al hablar de las posiciones en torno al diagnóstico de las "locuras" la Escuela alemana de Psiquiatría se ubica como una de las corrientes principales. Dicha escuela tuvo como una de sus figuras más influyentes a Emil Kraepelin. Heredero del positivismo biomédico, la clínica de Kraepelin se enfocaba mayoritariamente en la descripción de síntomas y en el curso, evolución y pronóstico de cuadros psicopatológicos en lugar de buscar la causa y las motivaciones profundas que hacen a una determinada presentación (como lo hace la clínica psicoanalítica, por ejemplo). En el año 1896 Emil Kraepelin inventó el término demencia precoz (luego esquizofrenia según Eugene Bleuler) para referirse a aquel cuadro clínico de inicio temprano y posterior curso progresivo signado por una tonalidad depresiva junto con una severa perturbación de la voluntad y de la afectividad, y en menor medida, del curso del pensamiento. Los síntomas fundamentales de la demencia precoz: el repliegue afectivo o indiferencia, las perturbaciones de la voluntad y la perturbación del curso del pensamiento, que confluyen en la pérdida de la unidad interior de la personalidad. Y como síntomas accesorios: alucinaciones, ideas delirantes, automatismos gestuales catatónicos, accesos depresivos o excitatorios, e impulsiones.

Eugene Bleuler, en *continuum* de la demencia precoz kraepeliniana, re-definió dicho cuadro como "esquizofrenia". Los síntomas fundamentales del cuadro esquizofrénico eran las célebres cuatro A: trastornos de las asociaciones (los pacientes operan con ideas y conceptos que no tienen relación, produciendo asociaciones "ilógicas" e incoherentes), trastornos afectivos (tendencia al retraimiento y aplanamiento emocional o afectividad incongruente), ambivalencia (presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorias) y autismo (predominio de la vida interior sobre la vida de relación); a lo que adiciona síntomas accesorios como delirios, alucinaciones o trastornos del lenguaje.

Ya descrita la esquizofrenia, sus características y su aparición e implementación en el campo de la Psiquiatría Clásica, no resulta menester el peso que tiene su diagnóstico para la conformación de una identidad social desacreditable: "...la palabra esquizofrenia no me gusta para nada" (W, 2025) o la connotación que toma como (aparente) consecuencia del consumo problemático "Porque para mí, yo tengo entendido por los mejores médicos que me he atendido, la "esquizofrénica" viene por fumar marihuana" (P, 2025). Un diagnóstico resulta una coordenada, un orientador clínico sobre el sujeto. La

esquizofrenia u otros diagnósticos del campo de las psicosis cargan con una fuerte connotación negativa para la sociedad.

El presente escrito no pretende la utópica eliminación de las categorías médico-psiquiátricas, sino que apunta a poder despojarlas de su carácter normativo y moralizante, utilizarlas inventivamente (Barros, 2019). Sin embargo, como plantea Agamben (2007) el tránsito por un dispositivo necesariamente implica un cambio en la subjetividad y, como no, en el armazón teórico con el cuál uno llega al espacio. El coordinador J dice al respecto que:

> El espacio te conmueve seguro. A ver, yo a partir de mi presencia en Crisálida, mi incursión en Crisálida, mi mayor compromiso y estabilización cada vez más en Crisálida, lo que te puedo decir es que muchos de mis libros donde se definía la esquizofrenia se prendieron fuego delante de mis narices (2025).

Cita a maestros de la psiquiatría clásica anteriormente mencionados:

> La cuestión de la indiferencia afectiva. Realmente, digamos, porque yo entiendo que Kraeppelin hablaba de indiferencia afectiva y Bleuler hablaba de anestesia afectiva. Pero tanto Kraeppelin como Bleuler me hablaban de personas que hacía 20 o 30 años que estaban internadas en un psiquiátrico (2025).

Última cuestión que trae de primera mano cómo los padecimientos de época son insoslayables del contexto social, institucional y suman un estrato mayor de complejidad que meramente biológico o psicológico (Bang, 2014).

Es así como se ponen en tensión los signos típicos y fundamentales de los cuadros clínicos que formularon los autores “Que yo acá puedo ver diferentes maneras de expresar lo afectivo, te lo voy a reconocer, pero hay una expresión de lo afectivo. Muy similar a la nuestra, a veces. Pero lo ves.” (J, 2025). Ciertamente, no se trata de la afectividad que describía Kraepelin.

El panorama en salud y la posibilidad del sujeto

Como se ha expuesto en el presente trabajo, la programación sanitaria en la República Argentina se articula en torno a la Ley 26.657 y el paradigma de Derechos Humanos. Dicha Ley fue promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada en 2013 con el motivo de garantizar derechos humanos y atención integral mediante un modelo comunitario participativo que reemplace la lógica

manicomial. Sin embargo, la situación en salud mental en la República Argentina se encuentra atravesando una situación crítica. Como parte de la información disponible, en mayo de 2025, 11 provincias informaron un incremento sostenido en la demanda de atención en el sistema público. En el caso de la provincia de Buenos Aires, las internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales pasaron de 28.451 en 2019 a 45.785 en 2024.

Asimismo, un Informe de la SEDRONAR señala que en la población entre 16 y 75 años de ámbitos urbanos aumentó el consumo de psicofármacos. En el mismo informe, se destaca que en el año 2023 y a 12 años de la sanción de la Ley nacional de salud mental, refiere a que más del 70% de los dispositivos relevados encuentran barreras en la práctica cotidiana del dispositivo para su plena aplicación, principalmente en la red de articulación con otros actores o dispositivos, pero también al interior del dispositivo. Los motivos principales que impiden la plena implementación de la Ley, para los dispositivos relevados, son: la falta de recursos humanos o su inadecuada formación, la falta de dispositivos, la falta de articulación en red, la falta de inversión, el desconocimiento de la Ley y la discriminación a usuarios/as.

Por otra parte, datos del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA) revelan una tendencia creciente en los niveles de malestar psicológico (entendido como la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva, sin constituir necesariamente un trastorno clínico). En 2023, una de cada cuatro personas manifestó atravesar este tipo de malestar. Entre las causas de este incremento se destacan, al menos en nuestro país, el deterioro de las condiciones de vida, el individualismo creciente, el impacto subjetivo de las tecnologías y el discurso violento desde el poder político.

A la problemática de fragmentación en subsistemas inconexos y desarticulados del sistema de salud mental se ha sumado, en el último año y medio, un proceso de desfinanciamiento progresivo. Este fenómeno se vincula principalmente con la reducción de los recursos coparticipables transferidos a las provincias. En 2024, la coparticipación cayó un 10% en términos reales y las transferencias no automáticas se redujeron un 78,16% respecto de 2023 Asimismo, se registra la interrupción de la inversión nacional en obra pública vinculada al área de salud mental, lo que incluye la paralización de proyectos considerados estratégicos, como la construcción de centros de día, casas de externación y medio camino y adecuaciones de instituciones hospitalarias; espacios que ofrecían un atención integral, acompañamiento, orientación y tratamiento ambulatorio a niños, niñas, adolescentes y sus

familias. Iniciativas que resultaban fundamentales para fortalecer la red pública frente al incremento sostenido de la demanda de atención.

Es en este punto donde se instala la pregunta ¿cómo maniobrar en un escenario de tanta incertidumbre y turbulencia? Colectivo Crisálida surge de una lectura de situación sobre la **insuficiencia de dispositivos grupales artístico-comunitarios** por fuera del ámbito hospitalario:

> A partir de ahí, empieza a surgir como empezar a hacer las primeras conexiones desde la universidad con la curaduría, inicialmente. Era un encuentro, cuatro encuentros con personas con padecimiento mental. Algo muy chiquito, muy incipiente. Y a partir de ahí, resultó tan potente que dijimos: ´bueno, empecemos a darle un sustento a esto´ y presentarlo como proyecto de extensión (S, 2025).

La coordinadora y miembro fundador del dispositivo, en línea con lo anterior, continúa su relato:

> Empiezo a trabajar en los centros de día, en hospitales de día. Y me doy cuenta que esas lógicas eran necesarias, pero no eran suficientes para mí. Que estaban bien, en algún sentido. Pero que en otros, sentía que se podría trabajar de otra manera (2025).

A lo largo de la entrevista se hace alusión al trabajo en salud mental en otras instituciones: “Trabajo en centros de día. Más que en centros de día. En centros de salud mental comunitarios. Y la gente que tiene que estar formada tiene tanto miedo al sujeto que sufre.” (2025). S continúa:

> Nadie sabe cuánto puede un cuerpo. Bueno, tiene que ver con eso. Nosotros no lo sabemos. Y eso también es muy diferente a cómo se trabaja en centros de día. ¿Viste que hay como un techo que es atroz? Pero realmente es atroz. ¿Cómo podés anticipar lo al otro? Esta no va a poder (2025).

La anticipación del no-poder de este sujeto se pone en serie con la idea de las expectativas que posee una persona por poseer tal o cuál atributo estigmatizante, en este caso, una problemática en salud mental. En dicha línea el coordinador J quién refiere que:

> Mi primera aproximación a algo parecido a Crisálida fue al hospital de día. Hoy para mí el hospital de día es un manicomio sin techo. Así fuera abierto. A ver, me parece que Crisálida es

> muy diferente desde la concepción del espacio, desde cómo pensamos al otro, ya sea coordinador o tallerista" (2025).

En síntesis, se puede decir que es un dispositivo "Diferente a otros dispositivos" (S, 2025).

Las formas en las que llega una persona a Colectivo Crisálida resultan muy variadas, por ejemplo, como dice uno de los talleristas del grupo focal: "yo vengo acá a Crisálida por una indicación de la jueza" (P, 2025), o como dice el coordinador JF, en la línea de la insuficiencia de formación sobre cómo trabajar en salud mental: "Nosotros en las escuelas de arte dramático no tenemos ninguna materia que nos hable de salud mental. No hay nada que te enseñe ninguna pedagogía, no sé si digo bien, ninguna pedagogía que te explique cómo trabajar en salud mental" (2025).

Pese a los motivos por los cuáles uno llega al dispositivo, sea por indicación judicial, derivación del sector público o privado en salud mental o por una convocatoria de coordinadores vía redes sociales, en el devenir grupal, en el grupo como campo complejo y subjetivante (Fernandez, 1989) se generan nuevos sentidos. Un sentido que se hace presente es la cuestión identitaria, de la pertenencia, como refieren los coordinadores F y S en sus entrevistas: "Podés elegir quedarte o no. Tenés la posibilidad de la escucha. Podés opinar libremente. Te podés enojar. Entonces eso me parece que le da a la persona identidad, le da pertenencia." (F, 2025). A su vez:

> Un sujeto que siente que tiene un lugar en el mundo es indispensable (…) Y yo no sé si mucha gente te dice que se siente parte de algo. Sí. Hay tanta cosa impersonal. Nadie es parte. Entonces, saber que uno es parte. Saber que uno es esperado. Saber que uno es alojado. Me encanta la palabra "alojado". Me parece que es indispensable (S, 2025)

La identidad no se desliga, a decir de los coordinadores, de la continuidad que propone el dispositivo. S reflexiona:

> Por un lado, hay algo en el día que también te aloja y que no importa si hay tormenta o no hay tormenta, nosotros vamos a estar el martes. Estamos y eso te asegura un lugar en el mundo que te aloja, un lugar. Entonces, el otro sabe que hay algo que se inicia de una manera, que tiene un desarrollo, que tiene un cierre. Y que dentro de ese espacio va a estar contenido. Y que si alguien llega angustiado o triste, puede estarlo, porque está habilitado. Que en ese espacio, de esa manera, él está loco. Entonces, es recontra interesante cómo funciona el espacio, el tiempo, el círculo, la ritualidad, en sentido o

> entendido como una forma de hacer siempre, de la misma manera, pero que no es igual siempre. Por más que haya pasos, siempre acontece algo diferente. Pero nada de lo que te acontece, te resulta ajeno. (S, 2025)

O puede resultar ajeno a lo más familiar, como refiere JF:

> Es un dispositivo abierto, es un dispositivo donde uno puede elegir lo que hacer. Y en el caso de los talleristas que van a otros dispositivos donde la estructura es diferente, donde es más estructurado y dentro de su contexto familiar también, ahí aparece la causa (2025)

Esto diferencia ,una vez más, al Colectivo Crisálida de otras organizaciones o sistemas (familiares o no).

En definitiva, de las **nociones de grupo** que despliega Colectivo Crisálida se hace presente el **lazo social** como esa especie de anudamiento productor de subjetividad, inseparable del discurso que la habita (Lewkowicz, 2004). A decir de uno de los coordinadores:

> …hay una realidad desde el momento que a vos te dijeron que sos psicótico o que tenés una enfermedad o que tenés algo incapacitante todo se pone en lo que no podés hacer. Bueno, nosotros acá en Crisálida ya sabemos lo que no podés hacer, entonces lo que te vamos a preguntar y lo que nos vamos a plantear y lo que vamos a ver a dónde llegamos es en qué podés hacer y ahí cambiamos la dialéctica del asunto… (J, 2025)

Lo que se plantea, en definitiva, es una apuesta por la potencia y la posibilidad del sujeto, una posición **anti-estigma**, alejada de la anticipación incapacitante del no-poder: “Eso hace que podamos trabajar lo latente. La posibilidad. El sujeto que se sorprende y nos sorprende” (S, 2025).

Esta forma de anudamiento entre sujetos proviene de un discurso que hace foco en lo humano en la práctica, como dice Galende (1990), que no es otra cosa que fijar las condiciones éticas en el trato y el tratamiento con el semejante. El coordinador J expresa esta visión:

> …resulta que te encontrás que la gente puede hacer un montón de cosas puede pintar, puede escribir, puede conmoverse, puede recibir un aplauso, puede ruborizarse y emocionarse por recibir un aplauso, puede aprender a entrar a un lugar y saludar (…) somos gente como cualquiera, pero que sí pensamos las cosas de otra manera y tenemos una concepción de la salud y

> la enfermedad diferente y lo que tratamos es de apostar a lo sano, no a lo enfermo. (2025)

El doble lazo

En continuación con la idea de poder pensar qué tipo de **lazo social** pregona en el dispositivo Colectivo Crisálida, el coordinador J trae a colación un fenómeno interesante:

> Mirá, hay dos tipos de lazo. Hay un lazo social que es el que nosotros proponemos que es lo que tiene que ver con el espacio común compartido y lo que es la comunidad Crisálida. Pero nosotros nos venimos enterando desde hace un tiempo que en paralelo a eso... Empiezan a generarse otros lazos. Por ejemplo, hay grupos... Que se juntan los fines de semana o se juntan otros días y salen y comparten (. . .) Yo los pienso por lo menos como fenómenos transdisciplinarios. Como cosas que suceden más allá de lo que nosotros alguna vez pudimos pensar. (2025)

Culmina la idea refiriéndose a Crisálida como "lazo social compartido".

Decires que se complementan en la conversación grupal: "…desde que estoy acá, le doy gracias a Dios primero. Que conseguí mucha amistad, muchos amigos" (MM, 2025) y a lo que W retruca que para él "...la amistad, que es lo más puro que hay, la amistad" (2025).

El coordinador J culmina la idea del dispositivo como generador de lazo poniendo en tensión el discurso de la objetividad del enunciado y la idea de una explicación causal dominante en la explicación del sufrimiento mental (Galende, 1990):

> Viste que todo el tiempo se piensa a la psicosis como uno de los fenómenos básicos de la psicosis es que no pueden hacer lazo social. O que no hay un lazo social compartido. Resulta que... Este grupo de psicóticos... Y de repente empiezan a compartir un lazo social: Crisálida. (2025)

Este hallazgo resuena con la idea de Goffman de "comunidad ecológicamente consolidada" (1963, p. 36), que no es otra cosa que la conformación de una grupalidad atravesada por un discurso y una manera de hacer lazo que, en movimientos instituyentes, se corre de lo deficitario para dar lugar a la potencia latente. Nada resulta anticipable, sobre todo si este "grupo de psicóticos" busca, cada martes, poder un poco más.

Redes, barreras y puertas.

Por lo expuesto hasta el momento en el presente desarrollo sobre Colectivo Crisálida como dispositivo en salud mental, queda demostrado que el mismo oficia como **red de apoyo.** Además de su propuesta artístico-educativa, lúdica, posee a su vez un costado de alojo subjetivo, de contención y que revaloriza la capacidad de decidir, como refieren los tres coordinadores en conjunto. En las entrevistas se menciona el caso de una tallerista V, caso ilustrativo de las funciones que cumple Crisálida como parte de la red de apoyo de una persona:

> V que viene con su hija al espacio, es porque tanto su hijita como ella van a ser cuidadas. Y lo que se necesite, aunque sí se puede escuchar, se le pueden dar herramientas. El grupo de herramientas. No solo el grupo de coordinadores. El grupo de compañeros, de herramientas. Es lo más interesante del grupo. Que "cura", entre comillas, el grupo. (S, 2025).

A lo largo del trabajo se han expuesto testimonios de las barreras sociales, familiares o diagnósticas que impiden que personas con padecimientos mentales puedan acceder a un trabajo, una ocupación o incluso asistencia ¿qué función cumple Crisálida en ese entramado? “Promueve el vínculo. Promueve el acompañamiento. Promueve la confianza. Es cuando vos rompés esa barrera y ganás la confianza de la persona, se abren puertas” (JF, 2025). Incluso, en el grupo focal, parece haberse abierto la puerta de la sorpresa:

> Yo conozco. Bueno, de los psicólogos que conocí, conocí a muchísimos, muchísimos psicólogos, acompañantes, terapeutas, pero así, una charla así, así, que mantenga la charla de quedarme en un lugar a charlar y prestar la atención, nunca me ha pasado (P, 2025)

Una **red de apoyo** en síntesis se puede pensar como una telaraña, donde cada punto de la red toma fuerza por medio de un hilo, formando un entramado con una forma particular. Dice J “…les ofrece (a los talleristas) un espacio donde de alguna manera se reconoce y se celebra lo que podés dar” (2025). P, tallerista, agrega que “…uno ayuda hasta donde puede ¿viste?” (2025). Cada hilado, cada punto de la red, resulta inseparable uno del otro, por lo que, en conjunto, talleristas y coordinadores ayudan a conformar la red que es Colectivo Crisálida: “No es un espacio nuestro, es un espacio de todos. Y si hay una cosa que creo que intentamos ser y que somos bastante coherentes en eso” (J, 2025), resulta el mensaje desde la coordinación.

Si bien el taller se encuentra destinado a personas con padecimientos mentales, no implica que no tenga efectos en quiénes coordinan. Comenta uno de los entrevistados: “Digamos, yo iba al espacio medio crueco, pero yo decidí sostener el espacio, porque la verdad que el rato que yo estaba en el espacio me hacía bien. Entonces, es un espacio que de alguna manera contiene.” (J, 2025) o “te aloja” (S, 2025).

En el grupo focal con talleristas aparecen diferencias en torno a la red de apoyo familiar. Uno de los participantes relata: “...tuve una relación mala con mi familia, de todo tipo. Violencia, estorbo, limitaciones, amenazas de encierro, castigo… familia cruel.” (M, 2025). P comenta al respecto "Yo tuve la incidencia de que yo estaba con mi papá y mi papá no aceptaba acompañantes terapéuticos” (. . .) ”Porque creía que el problema que yo tenía, él me quería ayudar, ¿entendés?” (2025); en un testimonio que da cuenta de cómo factores familiares se anudan a la complejidad de un padecimiento mental. Una red de apoyo deficiente resulta, también, un agravante: “...el sujeto de la modernidad es el sujeto solo. Entonces, el sujeto colectivo inserto en un medio que le es favorable, que lo habilita, genera los lazos para la salud” (S, 2025). Sujeto en soledad, clasificado y apartado por su **estigma.** Como el caso de W que “...la primera vez que estuve internado le dije a un amigo y me dijo “vos sos loco” (2025), reforzando el apartheid.

Que “el grupo cura” (S, 2025) es una premisa de trabajo, que guía y sostiene la práctica. Y no cura por su finalidad terapéutica, la cual solamente ocurre por añadidura:

> Ni hacemos interpretación, ni hacemos arteterapia, ni consideramos ni pensamos el espacio como un lugar terapéutico, ni somos alcahuete de nadie, digamos. Formamos parte dentro de somos una propuesta diferente esto a mi me parece que, por añadidura, tiene un efecto positivo evidentemente por la gente. (J, 2025)

Los efectos grupales, en este sentido, se desbordan de otro tipo de atenciones terapéuticas o no terapéuticas. A decir de los coordinadores:

> Ellos [en referencia a los talleristas], en la concurrencia Crisálida, les empieza, con el tiempo, a darles un **sentido a su vida**. Pues un lugar que son bien recibidos, bien tratados, reconocidos. Donde son aceptados. Donde no son rechazados. Entonces ahí de a poco van construyendo un propósito. ¿Cuál es mi propósito? Y hoy es concurrir al taller, mañana será mejorar mi trabajo. Y por ahí se muere ahí, se queda ahí o por ahí, digamos, puede ir para otro lado, qué sé yo. También depende de las posibilidades de cada uno. (J, 2025)

Con este decir, el coordinador J nos abre las puertas para pensar de qué formas se concibe a la salud y la enfermedad dentro del dispositivo.

La Salud y la Enfermedad en tensión: perspectivas y vivencias sobre lo que sucede en el dispositivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (s/f, párr. 1). A su vez, la OMS la amplía al definir a la salud mental como "un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad. Tiene un valor intrínseco e instrumental y es un derecho humano fundamental" (s/f, párr. 3).

La definición de la OMS, así como la de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), coinciden en la idea de que la salud mental se da en un proceso continuo y complejo que cada persona experimenta de una manera diferente. Además, es un concepto multifactorial y dependiente de diversas variables. Sin embargo, si se continúa la lectura del sitio de la OMS, nos encontramos con un recorte llamativo: "Aunque la mayoría de las personas son resilientes, las que están expuestas a circunstancias adversas corren un mayor riesgo de tener una afección de salud mental" (s/f, párr. 3).

La cuestión de la "resiliencia" como *leit motiv* de muchas prácticas no psicológicas e incluso psicológicas de corriente positivas, aparece como un concepto descontextualizado y vacío ¿qué tan "resiliente" puede ser una persona en situaciones de vulnerabilidad social, económica y familiar? Sistemas de salud inconexos y saturados, insuficiencias y falta de reformas ¿son obstáculos que la persona puede superar siendo "resiliente" o responden a un sistema de salud pública que aparece como desarticulado y deja al sujeto por fuera de su acceso pleno?

Es por ello que se parte de la idea de que la **salud-enfermedad, la atención y el cuidado** resultan hechos dinámicos, momentos de un proceso y no resultan estáticos. A su vez, incluyen las diversas estrategias de atención y cuidado que tienen las sociedades más allá del sistema de salud formal. Resulta importante retomar a Menendez (2005) quien argumenta que la enfermedad y su atención resultan hechos estructurales en toda sociedad, que a su vez expresan condiciones sociales, económicas y culturales de la misma a través de sus formas de enfermar, curar y morir (p.10). En este punto se puede afirmar que la **salud y la enfermedad** resultan emergentes de las condiciones de vida

de las personas y de trabajo (recordemos el ejemplo del coordinador J sobre las "chiquitas" trabajando en temporada). Los procesos de **salud y enfermedad,** entonces, van más allá del ámbito profesional o de atención formal, sino que implican al tejido social en general.

Como se ha mencionado anteriormente, Colectivo Crisálida como dispositivo empieza a funcionar en el año 2007 y de forma previa a la sanción de la Ley de Salud Mental. Es en este contexto previo a la mirada integral y comunitaria que proponía la Ley que hoy rige nuestra práctica que Crisálida se instaura en el orden público y extra-hospitalario del sistema de salud mental de Mar del Plata: "…empieza a surgir como empezar a hacer las primeras conexiones desde la universidad con curaduría, fue inicialmente. Era un encuentro, cuatro encuentros con personas con padecimiento mental." (S, 2025); para luego consolidarse como Proyecto de Extensión universitaria dependiente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, sumado a su carácter de ONG, para, por último, lograr el estatuto de Grupo de Extensión Universitario de dicha institución académica en septiembre del 2025. Es en este sentido que la concepción de salud y enfermedad que propone Crisálida previa a la sanción de una Ley que empezaba a asomarse en sus postulados esenciales.

Con respecto a las nociones de **salud y enfermedad**, pueden establecerse similitudes entre la definición de Menéndez y la que se concibe en el quehacer de Crisálida. La coordinadora S lo describe así:

> Conceptos que están como ligados. No hay uno sin otro, ¿no? No puedo entenderlos como por fuera de lo contextual, por un lado. De un sujeto contextuado." (. . .) Hay algo que acontece que en ese corrimiento se genera lo que hoy llamamos enfermedad. Que puede llegar a tener alguna causa biológica, posiblemente, quizás. Pero que hay tanto en el orden de lo socio-histórico-político que hace que un sujeto sea quien es o sea alguien que no desea ser (. . .) y me parece que el sujeto después de la modernidad queda tan por fuera de lo natural que es lógico que cada vez se escinda más. Y que lo que aparece es un sujeto escindido. A eso le llamamos enfermedad. Pero es un sujeto escindido. (S, 2025)

¿Qué lugar cabe para el sujeto de la resiliencia que propone la OMS en esta concepción sobre el enfermar? La salud que propone la OMS y el "estado de absoluto bienestar" parecen dejar de lado al Estado como institución. Nos invita a pensar qué ocurre con esos sujetos en ese entramado cuando el Estado se retira de un lugar de garante de derechos (el de la salud, entre otros) y tiende a dejar libradas

las prestaciones al juego de oferta y demanda y la prestación gubernamental se reserva para acciones de corte asistencialista dirigidas a los sectores marginados (Stolkiner, 1995); lectura acorde a los tiempos que ocurren ¿Resulta posible así alcanzar ese completo bienestar?

Stolkiner (1995) en dicho texto afirma que la respuesta cuantitativamente hegemónica hacia el padecimiento subjetivo (aún en la Argentina, país con gran desarrollo del psicoanálisis) sigue siendo la prescripción incontrolada de psicofármacos (p. 14). Informes de SEDRONAR del año 2023 indican un aumento en el consumo de psicofármacos en personas entre 16 y 75 años, por lo cuál su prescripición aparece como una de las vías privilegiadas de tratamiento en problemáticas de salud mental.

No es de menester el peso que tiene la medicación para los talleristas: "Que la medicación que tomamos es de por vida. Sí, es de por vida. Porque si no tomamos la medicación no andamos bien. O sea, la medicación te ayuda a estabilizarte un poco" (MM, 2025). Decir que promueve la siguiente conversación:

> Una medicación por ahí te ayuda a estabilizarte. Y hay algunas personas que están muy comprometidas con la medicación. Y terminan en el neuropsiquiátrico. Porque hay personas que han luchado la vida estando internados. Y como que no le dan bolilla, lo dejan ahí. Como algo de depósito, ¿viste? (P, 2025).

Si la medicación es de por vida y su ingesta no parece garantizar la externación del sujeto ¿cuándo una persona en esa situación deja de estar enferma? ¿Qué otro destino que no sea el neuropsiquiátrico aparece como posible?

Resulta interesante retomar de primera mano los testimonios en el proceso de atención que pueden historizar los talleristas. Testimonios como el siguiente:

> En un principio yo tenía una violencia incontrolable hasta los 17 años. Porque tuve muchas interrupciones en la escolaridad. Pasaba que me mediqué mal. Porque a los cuatro años de internado en el INAREPS, tuve un problema en la pierna. Y eso llegó en la "hospitalitis crónica", que arruinó mi cabeza (M, 2025).

La cuestión de la medicación en la clínica, en este caso, del campo de las psicosis, resulta un tema en miras de discusión. A los fines de este trabajo se retoma la postura de Sigmund Freud, quien, en sus tiempos, anticipó una suerte de "quimismo" que habilita a otro tipo de intervenciones, acción química de efecto atemperador, *medium* para lograr el establecimiento de límites que invaden al sujeto

(Belluci, 2014). Si hay algo que aparece como nudo del asunto para este trabajo, es poder pensar a qué criterio corresponde el acto médico, si lo hace a "miedos, la pacatería y recetas antiguas" (J, 2025) o si, en esa intervención profesional, algo del sujeto parece intentar restituirse. Sea de una u otra manera, no deja de ser un reflejo de la estructura social y los procedimientos y relaciones que configuran los discursos (Foucault, 1970) y que impactan en las formas de enfermar, sanar, cuidar y cuidarse.

Se reitera en la conversación las internaciones y sus tiempos, en torno al eje de la Ley que propone que la mayor brevedad posible en el tiempo de internación, ". . . la idea de los psiquiátricos es que duren poco tiempo. Y en la época que yo tuve, duraban un montón." (W, 2025); "Porque ahí la gente que está con padecimientos mentales está de por vida" (M, 2025), en referencia a una institución en salud mental de la ciudad. De cinco participantes, cuatro cuentan haber pasado por un dispositivo de internación en salud mental: "Yo, lamentablemente, estuve internado varios tiempos." (P, 2025). En el decir se pesquisa como la posibilidad de reingresar hace eco en cada entrevistado: ". . .durante 9 años tuve un caso de amor prohibido que casi pasa a una internación, expulsión, amenaza de suspensión, estuve llorando, la pasé mal." (M, 2025); ". . .lamentablemente, si no hacés buena letra y no tenés una conducta, la madre ya se cansa. O te pone en las manos de otra persona o te interna." (P, 2025).

El deseo de no retención y captura de un paciente tras los muros de un hospital, logra que el mismo pueda hacer su propio juego y eventualmente lograr su lugar en el entorno social (Fudín, s/f, p. 51, como se citó en Bellucci, 2014). Una internación se presenta, entonces, como una oportunidad de que aquello disruptivo del sujeto pueda inscribirse como acontecimiento subjetivo (Bellucci, 2014). Un tiempo, un parate que sirve para permitir otra cosa, abrir la posibilidad de enunciarse en lugar de ser enunciado en un lugar indeseable: el del loco maniatado. Los tiempos, así descritos, se nos revelan en su carácter subjetivo, es decir, no son iguales para todos: "Puede haber tiempos diferentes porque hay, en casi todos los casos, medicaciones que ayudan a que la persona se estabilice de alguna manera." (F, 2025).

Un sujeto con padecimiento mental grave es descrito por los coordinadores como un sujeto coartado, escindido, solo: "Que ya no hay nada del afuera que le genere ligazón. Y la única ligazón que encuentra con el afuera es amenazar." (S, 2025). Delirios que no aparecen como restitutivos y otros que no se muestran como garantes: "en los casos de padecimiento mental severo no hay un otro." (S, 2025). La sociedad, aparece como hostil e intolerante. Una vez más, la complejidad de la **salud-enfermedad** se desborda de cualquier intento de reduccionismo:

> Y me parece que en este sentido, en cómo llevamos esa enfermedad, por ahí hay sociedades, hay sistemas políticos y económicos que te ayudan a llevarla mejor. Hay sociedades y hay sistemas políticos que tratan de que desaparezcas si tenés una enfermedad. Lisa y llanamente. Entonces, de estos dos extremos, todo el abanico de variantes, creo que ahí van las diferencias en cómo se puede abordar. Me parece que en definitiva es esto. Me parece que también hay profesionales que eligen la cómoda. Creo que la dicotomía salud y enfermedad es una separación bastante cómoda. (J, 2025)

En el tormento de vínculos lábiles, escisión, inestabilidad y coartación, Colectivo Crisálida aparece como garante, como espacio que se sostiene a través del tiempo y desde allí realiza su función. Función extraterritorial al sistema de salud formal "Que también frente a la rigidez de la salud, de las problemáticas en salud mental, generan esta posibilidad de ser flexibles. Y eso genera salud." (S, 2025). Tiempos lógicos, subjetivos, donde se instala una pausa al padecer. No resulta homologable al tiempo de internación, ya que "del enfermo se ocupa para nosotros los terapeutas, los profesionales. Nosotros vamos a intentar trabajar con lo sano que seguro están en alguna parte de esas persona." (J, 2025), en el ojo de la tormenta, algo parece rescatarse. Sujetos con capacidad de espera a los tiempos grupales, sujetos colectivos: "Sujetos con capacidad de adaptación. Creativos y con capacidad de adaptación" (. . .) "Pasar de un pensamiento tan concreto y lineal, a un pensamiento simbólico y metafórico. Sin duda. Y eso uno lo ve." (S, 2025). Usar el Arte como medio de transformación de lo siniestro en algo maravilloso (Pichon Riviere, 2005). El Arte de lograr la restitución de un sujeto sin sujeciones.

¿De qué manera incide, entonces, Crisálida como espacio en los procesos de restauración de la salud de un individuo? El coordinador J nos ofrece una respuesta:

> "Y es que en la mayoría de las personas que concurren a Crisálida se logran estabilizaciones que no se han logrado de otra manera. Nosotros tenemos mucha gente en Crisálida y hemos tenido muchas personas que pasaron más tiempo internados que fuera de la internación. Y desde que empiezan a concurrir al taller la realidad es que no se internaron nunca más. Entonces hay que ver si esto que estoy diciendo es tan estúpido o tan loco. Habría que investigarlo. (2025)

Colectivo Crisálida se ofrece como un espacio público, a diferencia de lo íntimo o privado de tratamientos analíticos, psicológicos o médicos de corte individual. En este punto se retoma la idea del

“lazo social compartido” que se describió previamente. Aquí se establece una diferencia entre un mero espacio de agrupamiento de pacientes, el “depósito” que decía el tallerista P o la *Nef des Fous* de Foucault; sino que se apunta a un intercambio con un otro, atendiendo a que la coartación del lazo que en la psicosis, muchas veces, aparece como fenómeno de estructura (Belluci, 2014) o proviene del otro social, familiar o institucional, como los testimonios dan cuenta. Hay reglas de funcionamiento, legalidades que ordenan y la suficiente flexibilidad que “lleva a nosotros a todo el tiempo ser instituyentes de nosotros mismos” (S, 2025). Nada tiene que ver con un *laissez-faire*, se trata de “. . .no ser rígidos con aquello que proponemos. Y eso no significa que uno no sea riguroso” (S, 2025). El trabajo planificado aparece como estrategia de **cuidado**:

> Todos los coordinadores, el día que concurren al taller, saben de qué la van. Y saben qué es lo que van a hacer y cuál va a ser su rol ese día. Eso me parece que es cuidar a la persona que asista al taller. En primer lugar, es no ofrecerle fruta y verdura. (J, 2025).

Es así como los dispositivos de salud mental, de base comunitaria y territorial, no sólo resultan ser el modo éticamente insoslayable para el tratamiento de personas con padecimiento mental grave (Bang, 2014), sino que se erigen y sostienen en el acto político de tender un puente al semejante: un sujeto de la posibilidad, la potencia, la decisión, activo y creativo. La rigurosidad, la búsqueda del proceso artístico de calidad y el reflejo de la propia producción como un espejo de identidad, resultan el modo de unificar a este sujeto que carga, a priori, con el exilio del campo de la Ley (Bellucci, 2014). En definitiva, combatir el **estigma** es abrir la fragua para forjar las potencialidades de cada sujeto, es no conformarse con lo dado y pasar, a través del encuentro semana a semana, de mera hechura a hacedores, que no es otra cosa que construir colectivamente la salud mental.

¿Cómo luchar contra el estigma? Estrategias para la transformación subjetiva

Como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, la cuestión del **estigma** resulta insoslayable de variables sociales, históricas, salutogénicas, políticas y contextuales. Si bien, a los fines de un proyecto de TIF, la muestra únicamente fue tomando en cuenta al dispositivo Crisálida, se considera que actualmente, la exclusión y el prejuicio hacia personas con padecimientos mentales sigue siendo una problemática de relevancia social y académica. Tal núcleo problema, es un fenómeno que implica al tejido social en su conjunto, en un momento histórico particular y en un entramado discursivo dados, sin embargo, se considera que podría ser replicable a otros ámbitos de trabajo en salud, como hospitales, salas municipales, la universidad, por mencionar algunos.

Las entrevistas y grupo focal toman, en este punto, un valor orientativo de la práctica, en tanto no se pretende que queden en enunciados anónimos sin fines instrumentales, sino que, a modo de *summum* del presente trabajo, se intentarán pensar en clave estratégica, como recursos que utilizan los participantes de Colectivo Crisálida para combatir contra los discursos estigmatizantes. Resultan decires que destacan por su potencia y por su puesta en marcha de la práctica, no solamente profesional, sino diaria, en el contacto mixto que constantemente impone la sociedad. El entramado de dispositivos que nos rodean, los discursos que habitan a los sujetos y las redes de saber-poder que describe Foucault, provocan que el **estigma** social opere de forma implícita y explícita a su vez, que se le presenta a los sujetos como dicotomía natural, sin problematización mediante; que a su vez configura, a modo de *apres-coup*, cómo relacionarnos con este otro, que si bien es un semejante, toma carácter de extrañeza.

Se enumeran las siguientes estrategias:

1. **El trabajo desde la integración:** "Y cuando uno dice la integración, ¿de qué? De un sujeto colectivo" (S, 2025). Una persona que enferma no lo hace de forma aislada, sino que en su desmejora de la salud se ponen en juego factores sociales que revelan procesos estructurales más profundos (Menéndez, 2005). El "sujeto escindido", propio de la modernidad que describe la coordinación de crisálida, se encuentra coartado, por fuera del lazo. Al margen de que ese enfermarse se deba en gran medida a factores biológicos o psicológicos, el padecimiento como tal implica una posición sufriente que va en línea de la coartación de este sujeto, por fuera del sistema y del lazo social. Por lo que trabajar en clave de **integración** resulta una vía posible para el combate del estigma en personas con padecimientos mentales.

2. **Trabajar los cuidados**: "Trabajar los cuidados en dos dimensiones. Los cuidados hacia las personas con las que uno trabaja. Y cuidar a los coordinadores. Y cuidarnos a nosotros mismos en ese cuidado de los coordinadores." (S, 2025) ¿Cómo cuidar de un otro cuándo uno mismo no es cuidado? Por **cuidado**, según refieren los coordinadores, implica ofrecer espacios de formación, capacitación y supervisión, atendiendo a los tiempos subjetivos de cada persona en el hacer. Incluye el trabajo en red, la mutua cooperación y el trabajo planificado y consensuado. En ese sentido, la figura de co-coordinador, como compañero del coordinador toma relevancia, en un acto de mutuo cuidado en el quehacer, donde hay un otro que acompaña y se ofrece como sostén.

3. **La apuesta por lo sano:** “Tenemos una concepción de la salud y la enfermedad diferente y lo que tratamos es de apostar a lo sano, no a lo enfermo” (J, 2025). Esta apuesta, implica, como se ha desarrollado a lo largo del trabajo, una no-anticipación de las posibilidades de un sujeto. Trabajar desde la potencia, desde las posibilidades latentes y no limitar de antemano aquello que pueda un sujeto resulta un posicionamiento anti-estigma; en tanto se hacen foco a las características reales de esa persona y no a las virtuales (Goffman, 1963), a raíz de un presunto diagnóstico, una discapacidad o cualquier atributo que, de primera mano, se presente como un limitante.

4. **Observar el día a día:** “No solamente el padecimiento mental grave sino cualquier tipo de enfermedad te marca de esa manera. Si no tendríamos ciudades accesibles, asientos anchos en los cines para que se sienten los gordos [risas]. Situaciones que no serían claramente estigmatizantes.” (J, 2025). Quizás el punto más complejo para poder pensar como el **estigma** rodea y configura las relaciones sociales. Se trata de posicionarse críticamente frente a los dispositivos que circulan en el día a día y configuran las relaciones de fuerza dentro de una sociedad (Foucault, 1977, como se citó en Agamben, 2007) ¿Quién queda por fuera de ese entramado?

5. **La construcción de una autonomía posible:** “Sujetos que no eran autónomos, son autónomos, que pueden llegar al espacio. Nadie dice que van a poder vivir solos. Dentro de lo posible, hablamos de modificaciones posibles de los sujetos” (S, 2025). La potencia, la posibilidad, la participación comunitaria, el hecho de poder sostener un espacio y una actividad artística resultan algunas de los movimientos que un sujeto que participa de Colectivo Crisálida debe realizar. Estas actividades, como se ha desarrollado, toman en cuenta reglas de cooperación, de igualdad y solidaridad, la capacidad de decidir por sí mismo y el respeto mutuo (Piaget, 1932); premisas que sientan las bases para la construcción de una subjetividad que, en su posible medida, dote de mayor **autonomía.**

Resultados

El análisis de la información recabada a través del grupo focal con talleristas y las entrevistas semi-dirigidas a coordinadores realizadas en el dispositivo Colectivo Crisálida, a la luz de las categorías de análisis preestablecidas y emergentes, permite dar cuenta de los siguientes hallazgos en función de los objetivos planteados.

En relación con el primer objetivo específico, se halló que los talleristas perciben el estigma no como un concepto abstracto, sino como una barrera tangible en su vida cotidiana. Los relatos coinciden con la definición de Goffman (1963) sobre el atributo desacreditador; sin embargo, lo que se pesquisa en la experiencia de los talleristas es la necesidad estratégica del ocultamiento. Aparece una tensión entre la identidad social virtual y la real, donde los talleristas, como W, optan por silenciar su padecimiento: "decir que trabajo en un kiosco" (2025), para evitar el rechazo anticipado. Encontramos que la percepción del estigma se manifiesta en:

I. La **peligrosidad** percibida: Se identificó que el imaginario social asocia el padecimiento mental con la violencia, lo cual genera en los talleristas sentimientos de **culpa** y la necesidad de "hacer buena letra" o seguir las pautas de un tratamiento psicofarmacológico para evitar la internación o la segregación familiar.

II. La **pérdida de roles**: Los participantes reportan una dificultad para acceder al mercado laboral formal o al sistema educativo producto de los mecanismos expulsivos institucionales.

III. El **rechazo**: Se encontraron testimonios que dan cuenta del rechazo de estas personas por parte de instituciones (como colegios o instituciones de salud mental), el núcleo familiar u otros allegados.

IV. El **autoestigma**: Se observaron indicadores de internalización de la etiqueta diagnóstica, donde la identidad del sujeto queda, por momentos, eclipsada por la categoría clínica. W, por ejemplo, relata su reacción ante el diagnóstico: "...a mí cuando me dijo el Dr. O que yo tengo esquizofrenia benigna, no me gustó para nada" (2025).

En cuanto al segundo objetivo específico, los coordinadores del dispositivo despliegan una lógica de trabajo que se contrapone al modelo médico-hegemónico clásico y al sistema *manistream* de atención en salud. Sus estrategias no se centran en la terapéutica, sino en el alojamiento de la subjetividad, la apuesta por la potencia, el trabajo en red y la integración del sujeto colectivo.

I. El cambio de dialéctica: La estrategia central consiste en desplazar la mirada incapacitante (lo que no se puede) hacia la "potencia del sujeto" (lo que sí puede hacer, crear o aprender). Lo cual resulta un posicionamiento **anti-estigma.**

II. El arte como mediador: En Colectivo Crisálida no se utiliza el arte con fines terapéuticos o interpretativos, sino como un medio de producción cultural que restituye al sujeto un lugar de

hacedor de cultura, modificando su rol social y provocando de un sujeto pasivo (estigmatizado, internado, paciente, entre otros adjetivos) hacia uno activo.

III. El vacío formativo: Los coordinadores denuncian una carencia en la formación académica y profesional respecto al abordaje comunitario y grupal de sujetos con padecimiento mental, lo que resalta el carácter artesanal y autogestivo del dispositivo.

Respecto a las nociones circulantes, el dispositivo opera como un espacio de resistencia frente a la lógica manicomial.

I. Salud como **lazo social**: Para los actores del sistema (tanto talleristas como coordinadores), la salud no es la ausencia de enfermedad, sino que resulta de una construcción y co-construcción con un otro, la capacidad de construir vínculos y la posibilidad de armar y sostener proyectos compartidos. El **lazo social** compartido surge como una categoría nativa fundamental que contrarresta la escisión y el rechazo.

II. El dispositivo como garante: Frente a la fragilidad de los lazos propia de la modernidad líquida (Bauman, 2005), la insuficiencia de la respuesta estatal y del sistema de salud formal, Crisálida aparece como un "lugar de retiro" (en términos goffmanianos) pero con efectos subjetivantes, donde se suspende el juicio moral y se habilita la modificación del rol social.

III. El lugar del fármaco y las internaciones: Si bien se reconoce la necesidad de la medicación para la estabilización (mencionado por reiteradas veces por los talleristas en el grupo focal), aparece una crítica a la cronificación de las internaciones y a la prescripción farmacológica como única respuesta al padecimiento, valorando el espacio grupal como el componente que otorga sentido vital.

Discusión y conclusiones

En el presente trabajo se propuso explorar las perspectivas sobre el estigma y el padecimiento mental severo desde la óptica de los actores de un dispositivo artístico-comunitario en Mar del Plata. Como síntesis final, es posible afirmar que, a pesar de los avances normativos introducidos por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y el paradigma de Derechos Humanos, las prácticas segregativas y las representaciones estigmatizantes continúan operando en el tejido social; provocando en los sujetos un esfuerzo notable en la negociación de su identidad.

La persistencia del estigma se evidencia en la necesidad de los talleristas de recurrir al ocultamiento o "doble vida" para ser aceptados. A su vez, se vuelve a confirmar en la imposición de una determinada conducta ("portarse bien", "tomar la medicación", etc.) la latencia del reingreso a la internación. Sin embargo, lo novedoso que aporta la experiencia de Colectivo Crisálida es la demostración de que el estigma, puede ser deconstruido, no mediante la negación del padecimiento, sino a través de la producción de subjetividad y la "apuesta por lo sano" en los sujetos dentro de un contexto artístico - grupal.

Si la institución total tiende a la encerrona trágica y a la mortificación, dispositivos como el estudiado funcionan como agentes de ternura (entendida como el buen trato, el alojamiento y el reconocimiento del otro). La discusión principal que arroja este estudio es que la transformación del estigma no es un acto individual, ni tampoco una operación cognitiva, sino que implica una transformación vincular y política. Al pasar de ser "pacientes" a "talleristas" o "actores", se produce un movimiento de subjetivación que restituye la condición humana, degradada por la mirada social.

Se concluye, entonces, que el dispositivo artístico opera bajo una lógica de salud mental comunitaria a su vez que busca ocupar un vacío dejado por las políticas públicas actuales. Mientras que los datos oficiales y los relatos de los participantes dan cuenta de un sistema de salud saturado, con internaciones prolongadas y abordajes farmacológicos predominantes, Crisálida demuestra que la flexibilidad y el alojamiento son también herramientas eficaces. El "lazo social compartido" que dentro del dispositivo se ge, ta desafía la premisa clásica de la psicosis como estructura incapaz de lazo social.

En síntesis, superar el estigma implica un movimiento de desmantelamiento de la peligrosidad, que no es otra cosa que sustituir la lógica del miedo por la del encuentro con el otro y el reconocimiento de sus capacidades. En segundo lugar, conlleva a validar los saberes y reconocer que, tanto los talleristas como coordinadores poseen saberes válidos para el acompañamiento. Por último, la búsqueda de politizar los cuidados trae acarreada la idea de que, espacios como Crisálida, no operan simplemente como talleres recreativos, sino que funcionan como dispositivos de búsqueda de restitución de derechos y de transformación del rol social del sujeto con padecimiento mental grave.

Como limitación, este estudio se circunscribe a un dispositivo específico, lo que impide la generalización de los resultados a todo el sistema de salud mental. No obstante, esto mismo constituye

su fortaleza: permite visibilizar una experiencia micro-política exitosa que puede servir de modelo e inspirar otras formas de abordaje de los padecimientos mentales.

Para finalizar, se adjunta una frase del incansable Franco Basaglia, quién dice: "Cuando el valor es el hombre, la enfermedad no puede representar la norma…" (p. 4). Quizás, como uno de los coordinadores del dispositivo y como futuro profesional, resaltar lo humano de la práctica resulte ser el faro que guíe el ejercicio de la profesión en ese inmenso mar (con toda la mar detrás) que es el campo de la salud mental. Quizás, si seguimos ese faro, el mar será menos turbulento.

Bibliografía consultada

- Agamben, G. (2014). *¿Qué es un dispositivo?* Adriana Hidalgo Editora.
- Badii, M. A., Castillo, J., Rosales, J. y Villalpando, P. (2007). *Investigación social: Teoría, método y creatividad.* Lugar Editorial.
- Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas.* Psicoperspectivas, 13(2), 109-120. https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext399
- Barros, M. (2019). *Fluctuat nec mergitur. En Negro y Battista, Incidencias clínicas de la carencia paterna.* Grama.
- Basaglia, F. (2018). *L'utopia della realtà.* Conf/F/Basaglia. https://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2018/02/F.-Basaglia-Lutopia-della-realt%C3%A0.pdf
- Bauman, Z. (2005). *Modernidad líquida.* Fondo de Cultura Económica.
- Bellucci, G. (2014). *Dispositivos clínicos: El recurso a la internación y el lugar del fármaco.* En Psicosis: De la estructura al tratamiento. Letra Viva.
- Bleuler, E. (1996). *Demencia precoz: El grupo de las esquizofrenias*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.
- Bonano, O. (21 de diciembre de 2013). *Producción de subjetividad del coordinador de grupos.* 1968 grupalista. https://milnovecientossesentayocho.blogspot.com/2023/12/produccion-de-subjetividad-del.html?q=bonano
- Collado Javato, I. (27 de abril de 2022). *La pérdida de los roles en las personas con Alzheimer u otras demencias.* AFAMSO. https://www.afamso.com/index.php/2022/04/27/la-perdida-de-los-roles-en-las-personas-con-alzheimer-u-otras-demencias/

- De Battista, J. (2015). *El deseo en las psicosis*. Letra Viva.
- De Lellis, M. (2016). *Las consecuencias del estigma en pacientes y familiares con enfermedad mental: Un estudio en establecimientos, servicios y programas de externación asistida*. Anuario de Investigación USAL, (3).
- De Lellis, M., Keena, C. y Mattioni, M. (2013). *Estigma y medios de comunicación en el marco de las políticas públicas de Salud Mental*. IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Dovio, M. (2017). *La Higiene Mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945)*. Revista de Historia y Geografía, (36), 45-65. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7392162
- Druetta, I., Ceresa, F. y Leiderman, E. (2013). *Actitudes de los profesionales de salud mental hacia las personas con esquizofrenia.* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 24, 245-252.
- Fernández, A. M. (1989). *El campo de lo grupal*. Nueva Visión.
- Foucault, M. (1964). *Histoire de la folie à l'âge classique.* Plon.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso.* Fabula.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2025). Informe FSS N°91: *Crisis de salud mental en Argentina: retrocesos, desafíos y urgencias.*
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica.* Paidós.https://antipsiquiatriaudg.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/01/galende-emiliano-psicoanalisis-y-salud-mental.pdf
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Grasso, L. (29 de diciembre de 2023). L*ey de salud mental: Nada por modificar, todo por implementar.* La Nación.

https://www.lanacion.com.ar/opinion/ley-de-salud-mental-nada-por-modificar-todo-por-implementar-nid29122023/

- Kraepelin, E. (1996). *La demencia precoz*. Polemos.
- La Savia, I. (2011). *Las concepciones de la enfermedad mental y el discurso psiquiátrico-jurídico sobre la locura en Argentina.* Revista Nuevo Derecho, 6(8), 135-151. https://revistas.iue.edu.co/index.php/nuevoderecho/article/view/700/997
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado: La subjetividad en la era de la fluidez.* Paidós.
- Lewkowicz, I. y Cantarelli, M. (2003). *Del fragmento a la situación: Notas sobre la subjetividad contemporánea.* Altamira.
- Ley No. 26.657. (3 de diciembre de 2010). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto
- Loch, A. (2012). *Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: Sao Paulo public mental health system.* Revista Brasileira de Psiquiatría, 34, 185-192. https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000200001
- Lonigro, S. (2008). *Del paradigma manicomial al campo de la salud mental: Puntuaciones de su historia política en Argentina*. [Tesis o documento de cátedra].
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design: An interactive approach*. Sage Publications.
- Meccia, E. (2006). *Más que un juego de preguntas y respuestas: Una propuesta para el análisis sistemático de entrevistas en profundidad.* [Documento de trabajo].
- Menéndez, E. L. (2005). *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. Salud Colectiva, 1(1), 9-32. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102
- Montero, M. (2001). *Ética y política en psicología: Las dimensiones no reconocidas.* Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, (0), 1-10. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700001

- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Alvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, J. M. (2011). *Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia.* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(3). https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original4.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (s.f.a). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/about/governance/constitution

- Organización Mundial de la Salud. (s.f.b). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

- Piaget, J. (1984). *El criterio moral en el niño* (Original publicado en 1932). Martínez Roca.

- Pichon-Rivière, E. (2005). *El proceso creador.* Nueva Visión.

- Roudinesco, E. (1992). *Pensar la locura: Ensayos sobre Michel Foucault.* Paidós Studio.

- S/A. (s.f.). El movimiento de desmanicomialización en la Provincia de Río Negro, Argentina. http://www.arteysalud.itgo.com/index_3.html

- Sáez Álvarez, E., Burguete Ramos, M., Martínez Riera, J. y Moreno Rupérez, F. (2018). *Estigma social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con enfermedad mental.* Revista Española de Salud Comunitaria, 5, 15–20. https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/86907

- Saldivia, S., Runte-Geidel, A., Grandón, P., Torres-González, F., Xavier, M., Antonioli, C., ... y King, M. (2014). *The Maristan Stigma Scale: A standardized international measure of the stigma of schizophrenia and other psychoses*. BMC Psychiatry, 14, Artículo 182. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-182

- Soliverez, C. y Arias, C. (s.f.). *La red de apoyo social en la vejez y el vínculo con el/la cuidador/a domiciliario/a.* https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la_red_de_apoyo_social.pdf

- Stolkiner, A. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas*. En N. Elichiry (Comp.), El niño y la escuela: Reflexiones sobre lo obvio (pp. 313-315). Nueva Visión. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf

- Stolkiner, A. (1994). T*iempos posmodernos: Procesos de ajuste y salud mental.* En O. Saidon y P. Troianovsky (Comps.), Políticas en salud mental (pp. 25-53). Lugar Editorial.

- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. y Leese, M. (2009). *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey.* The Lancet, 373(9661), 408-415. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6

- Toro Martínez, E. (2011). *La noción de "situación de riesgo cierto e inminente" en la Ley 26657/10: Acerca de la diferencia entre "estar" y "ser" y sus consecuencias médico legales.* Revista de Psiquiatría, 16, 19-26.

- Ulloa, F. (1966). *Psicología de las instituciones: Una aproximación psicoanalítica.* Revista de Psicoanálisis, 26.

- Ulloa, F. (2011). *Salud ele-mental con toda la mar detrás.* Libros del Zorzal.

- Ulloa, F. O. (1995). *Novela clínica psicoanalítica: Historial de una práctica.* Paidós.