

# “Y... la libertad, qué sé yo...” Análisis hermenéutico, desde la perspectiva de usuarias/os de salud mental que habitan Casas de Convivencia en la provincia de Santa Fe, Argentina

**CHIDICHIMO, Mariana.**

Psicóloga, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Trabajadora de planta permanente, Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freire- Oliveros (Ministerio de Salud, Santa Fe). Docente, Facultad de Psicología (UNR).

Contacto: [marianachidichimo@hotmail.com](mailto:marianachidichimo@hotmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6167-9032>

**VELZI-DIAZ, Alberto.**

Psicólogo, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Magíster y Doctor en Salud Colectiva (UNICAMP, Brasil). Docente, Facultad de Psicología (UNR). Investigador Independiente del Consejo de Investigaciones (UNR).

Contacto: [algiova@gmail.com](mailto:algiova@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6304-2150>

**Recibido:** 27/07/2025; **Aceptado:** 10/10/2025

**Cómo citar:** Chidichimo, M. y Velzi-Diaz, A. (2025). “Y... la libertad, qué sé yo...” Análisis hermenéutico, desde la perspectiva de usuarias/os de salud mental que habitan Casas de Convivencia en la provincia de Santa Fe, Argentina. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 60-82

## Resumen

Este artículo presenta avances de una investigación de Tesis Doctoral en curso, que tiene como objetivo general analizar el proceso de institucionalización de las Casas de Convivencia para usuarios/as de servicios de salud mental en la provincia de Santa Fe, con relación al aporte a la sustitución y cierre de los hospitales psiquiátricos. Se aborda uno de los objetivos específicos que es relevar la experiencia de usuarios/as, la valoración que hacen de la casa que habitan y de su cotidianidad.

Se trata de un estudio cualitativo que, desde la perspectiva de la hermenéutica gadameriana y a partir de entrevistas con habitantes de nueve Casas de Convivencia, analiza cómo es habitar una casa para personas que vivieron gran parte de sus vidas en instituciones psiquiátricas, describiendo procesos de apropiación del

hogar y de construcción de una nueva cotidianidad, con énfasis en el ejercicio de derechos civiles y políticos.

Los resultados dan cuenta que la inclusión en una Casa de Convivencia constituye una modalidad estable y con buenos resultados para articular los apoyos necesarios para la vida autónoma, la recuperación de identidad, intimidad, vínculos, costumbres y hábitos. Se registran escasos avances en torno a la inclusión comunitaria y la participación en la vida social y política, motivo por el cual se considera necesario priorizar el principio ético-político y sanitario de ciudadanía en la gestión de las políticas y en el diseño de las prácticas, para construir nuevas estrategias de cuestionamiento y sustitución del modelo manicomial, profundizando la construcción de servicios comunitarios.

**Palabras clave:** Casa de convivencia, Servicios Comunitarios de Salud Mental, Integración a la Comunidad, Perspectiva de los Usuarios, Argentina

***"Freedom, what do I know...". A Hermeneutic Analysis of the Lived Experience of Mental Health Users in Communal Houses in Santa Fe province, Argentina***

## Abstract

This article presents the initial findings of an ongoing doctoral thesis. The main objective of the thesis is to analyze the institutionalization process of Communal Living Houses (Casas de Convivencia) for mental health service users in Santa Fe province, Argentina, and their contribution to the substitution and closure of psychiatric hospitals. The article focuses on one specific objective: to explore the experiences of users and their perceptions of the house they inhabit and their daily lives.

This is a qualitative study that, from a gadamerian hermeneutic perspective and based on interviews with residents of nine Communal Living Houses, analyzes what it means to inhabit a home for people who have spent a large part of their lives in psychiatric institutions. The study describes the processes of appropriation of the home and the construction of a new daily routine, with an emphasis on the exercise of civil and political rights.

The results indicate that inclusion in a Communal Living House is a stable and effective way to articulate the necessary supports for an autonomous life, the recovery of identity, intimacy, relationships, customs,

and habits. However, the findings reveal limited progress regarding community inclusion and participation in social and political life. For this reason, it is considered necessary to prioritize the ethical-political and health principle of citizenship in policy management and practice design. This approach aims to build new strategies for challenging and replacing the asylum model, thereby deepening the construction of community-based services.

**Keywords:** Cohousing, Community Mental Health Services, Community Integration, User's Perspective, Argentina

## Introducción

Desde mediados del siglo pasado se han construido estrategias de cuestionamiento y propuestas de transformación del modelo manicomial con diversos resultados y balances. Tal como plantea Galende (2008), el desafío es diseñar simultáneamente alternativas para pacientes psiquiatrizados, políticas sustitutivas para no psiquiatrizar más y programas que lleven al cierre de los manicomios.

En el año 2010, producto de la lucha generada desde diversas experiencias organizativas que visibilizaron la segregación y el maltrato al que son sometidas las per-

sonas en las instituciones manicomiales (CELS, 2008), se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 (LNSMyA) en 2010, reglamentada en 2013. Primera vez que se cuenta con una legislación nacional que, además, propone la sustitución y cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos. La misma, plantea la construcción de un modelo de atención en salud mental con el doble propósito de lograr accesibilidad a la población que no recibe atención y diseñar una red de dispositivos que sustituyan a las instituciones psiquiátricas y se ocupen de la población allí alojada.

En la primera etapa se dieron avances en la construcción de proyectos de adecuación y/o sustitución de los hospitales psiquiátricos. También se impulsaron debates acerca del diseño e implementación de un modelo de atención respetuoso de los derechos humanos (DDHH) y se explicitaron resistencias a la implementación real de la legislación y la diferencia de poder de los distintos actores involucrados en este proceso de reformulación.

La particularidad regional de la provincia de Santa Fe radica en ser de las primeras del país en contar con legislación en materia de salud mental -Ley N° 10.772 (1991-2007)- aunque, al mismo tiempo, con una lógica e historia hospitalocéntricas representada por la exis-

tencia de grandes instituciones monovalentes. En el año 2019 se publican los resultados del *Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental*, herramienta fundamental para la elaboración y evaluación de la política pública en el área. En la provincia de Santa Fe, 295 personas se encontraban internadas en tres instituciones del sector público.

Entre los servicios alternativos al manicomio, los residenciales responden al problema generado por las internaciones prolongadas que obstaculizan las posibilidades de vivir en comunidad. Interesa destacar la experiencia pionera de la provincia de Río Negro, en la cual se realizó una profunda transformación que incluyó el desarrollo de nuevas prácticas y servicios, entre ellos estructuras intermedias como casas de medio camino y casas de convivencia, el cierre del hospital psiquiátrico provincial (1988) y el planteo de una nueva cultura en la atención conocida como desmanicomialización (Cohen y Natella, 2013). Otro programa pionero fue el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), creado en el año 2000, el cual en el año 2019 llegó a alojar a 64 personas en 20 viviendas (Riva Roure *et al*, 2019). En la provincia de Santa Fe la existencia de casas de convivencia, en tanto política pública dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental, con algún grado de continuidad, se remon-

ta al año 2006.<sup>1</sup> En el 2019 la propuesta habitacional se componía de doce casas ubicadas en las localidades de Santa Fe, Oliveros, San Lorenzo y Rosario, habitadas por 37 usuarios/as, en las que trabajan 35 personas con distintas formaciones disciplinarias. En el año 2022 nuestro país contaba con 285 dispositivos habitacionales distribuidos en las distintas regiones (Ministerio de Salud, 2023).

A continuación, presentamos avances de una investigación de Tesis Doctoral en curso, que tiene como objetivo general analizar el proceso de institucionalización de las Casas de Convivencia para usuarios/as de servicios de salud mental en las políticas públicas en la provincia de Santa Fe. Para dar cuenta de ello se destacan diversas aristas del problema: la historización del surgimiento, la identificación de los principios políticos y sanitarios a partir de los cuales se diseñaron, y las características de conformación y funcionamiento. Las mismas se abordan desde las perspectivas de gestoras/es, trabajadores/as y usuarios/as con la intención de analizar el aporte de los espacios residenciales a la sustitución y cierre de los hospitales psiquiátricos. En este artículo se aborda uno de los objetivos específicos que es relevar la experiencia de las personas que habitan casas de convivencia, la valoración que hacen de las mismas y de su cotidianidad. En los últimos años se

ha construido un consenso sobre la importancia de la participación real de los/as usuarios/as y de su valoración en torno a la oferta de servicios y a la modalidad de abordaje. Destacar la voz de usuarios/as es una deuda histórica y uno de los ejes indispensables de toda reforma en salud mental.

### **Materiales y método de trabajo**

El estudio es de carácter cualitativo con un enfoque basado en la hermenéutica, camino del pensamiento no separado de la praxis. La interpretación hermenéutica se pregunta por el comprender atento a las limitaciones producto de los prejuicios inherentes al hecho de pertenecer a determinado grupo social, tiempo histórico y formación, y al reconocimiento de la autoridad, que posibilita la inclusión del conocimiento de los otros. Para Gadamer (1996) son el presente y sus intereses los que interpelan la tradición; por lo cual se realiza un reconocimiento crítico de las tradiciones del área con el fin de comprender la institucionalización, organización y funcionamiento de las casas de convivencia en el ámbito local.

Los desarrollos de Rosana Onocko Campos (2003), resultan un aporte valioso a las características del objeto abordado. La autora plantea la importancia de la

historicidad a la hora de *destacar* el objeto de estudio, ya que destacar es siempre una relación recíproca. Algo que se destaca, torna simultáneamente visible aquello de lo que se destaca. Este abordaje se contrapone al clásico recorte del objeto, operación que muchas veces termina amputando al objeto de sus relaciones de producción, de su historicidad y de su sentido. En este caso, destacar es reflexionar desde la historia y las prácticas que se sostienen en las casas de convivencia, sobre las condiciones, potencialidades y obstáculos para la sustitución efectiva del manicomio.

Se analiza el periodo comprendido entre el año 1994, momento de creación de la primera casa, y agosto del año 2019 momento de finalización del trabajo de campo. En primer término, se realiza un rastreo y revisión de documentos y escritos ministeriales (Dirección de Salud Mental, 2005a, 2005b, 2007a, 2007b, 2010, 2011, 2015; Ministerio de Salud, 2013) y se toman en consideración dos documentales (Ministerio de Salud, 2013a, 2013b). El estudio abarca 15 experiencias de las cuales tres no se encontraban en funcionamiento al momento del trabajo de campo. Las casas se codificaron del C1 al C15 en función de la fecha de creación.

Se visitaron nueve de las doce casas y allí se realizaron - previa cita - entrevistas grupales con los/as

usuarios/as en siete de ellas y una entrevista individual. En todos los casos, el equipo terapéutico transmitió la invitación y compartió el consentimiento informado con los/as usuarios/as con el propósito de disponer del tiempo necesario para tomar la decisión de participar. En todas las ocasiones se dialogó en torno a la mesa y, como sucede en toda vivienda, sonó el timbre, llegó gente, entraron los perros sin permiso, se hizo el horario estipulado para algún quehacer.

### **La inclusión de la perspectiva de los/as usuarios/as de servicios de salud mental**

Los movimientos de usuarios/as son un importante actor en las políticas sociales en tanto exigen la participación en la gestión de la salud mental. Hay una amplia historia (Desviat, 2011) desde aquellos encuentros de ex pacientes de hospitales psiquiátricos en las escalinatas de la Biblioteca Pública de Nueva York, en la década del '40 del siglo pasado, de su conversión en verdaderos movimientos de expsiquiatrizados, en los años 60', coincidiendo con el auge de la antipsiquiatría, o en movimientos institucionalizados de incidencia mundial o de gran implantación popular y peso político como el que se viene dando en Brasil. Los movimientos de pacientes, familiares y ciudadanos han sido esenciales en los procesos de reforma psiquiátrica, han pasado de ser

marginales a participar en la política de los servicios, sobre todo en su lucha por la defensa y conquista de derechos civiles y ciudadanía plena, que constituyen parte esencial de las barreras y la discriminación.

La inclusión de la perspectiva de usuarios/as en las investigaciones del campo reviste un interés particular en tanto permite comprender la vida real de los servicios, los efectos de las prácticas y aportar a fortalecer su participación directa en los mismos, en las estrategias de cuidado y en la gestión de políticas. En particular, interesa el reconocimiento de su palabra en tanto sobre ellos/as han recaído los efectos de los distintos modelos de atención, motivo por el cual es imprescindible su perspectiva en los debates sobre los procesos de reforma. Los aportes de los/as usuarios/as son esenciales en tanto posibilitan tener una comprensión del desempeño *real* de los servicios, a diferencia de otras fuentes de información que van más en la línea del desempeño *esperado* o *ideal* (Ardila, 2012).

La historia no ha sido solamente que los servicios y profesionales han reconocido la necesidad de la inclusión, sino que las agrupaciones de usuarios/as han luchado para que sea una realidad concreta y porque nada de lo que se decida sobre su tratamiento y sus vidas los excluya (Agrest, 2011). La participación aparece así

como una necesidad y como punto de articulación de una nueva relación política. En este sentido, Stolkiner y Ardila (2012) afirman que estos nuevos protagonistas son indispensables para modificar la tendencia fuertemente corporativa de los actores tradicionales del campo y modificar su resistencia a las transformaciones.

En la provincia de Santa Fe desde mediados de la década del 90 se han sostenido experiencias de participación de usuarios/as, propuestos y acompañados por trabajadores/as. Si bien es cierto que han incidido en el cuestionamiento y democratización de diversos aspectos de las instituciones manicomiales, la participación real no logró trascender los límites de la toma de decisiones intrainstitucionales. Más allá de lo valioso de estas experiencias, el reconocimiento de la palabra de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental continúa siendo una deuda en la mayoría de las prácticas del sector.

Un hito importante fue la constitución de un movimiento de usuarias/os a nivel local, a partir de una iniciativa surgida, por primera vez, fuera de los ámbitos asistenciales y con autonomía de las instituciones manicomiales. La *Asamblea de Usuarixs de Salud Mental por Nuestros Derechos* (Rosario, Santa Fe) nace en junio de 2013, como proyecto de Extensión Universitaria, de la

Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Es un espacio conformado por usuarias/os, familiares y activistas que se reúnen en asamblea quincenalmente para informarse, debatir y hacer valer sus derechos. La misma está abierta a la participación de los que, según sus palabras: “quieran organizarse con otros, para ser protagonistas en la pelea cotidiana por los derechos a la salud mental, para que nada acerca de nosotros sea discutido y llevado adelante sin tener en cuenta nuestra opinión y nuestro deseo” (Augsburger, Gerlero y Taboada, 2016, p. 32). En una conferencia en el año 2015 plantean que su objetivo principal es luchar por la defensa y el respeto de sus derechos, a partir de intervenir en todos los acontecimientos que tengan que ver con la salud mental, ya que las instituciones y los que están a cargo no los respetan. Exigen que se implemente la LNSMyA y una política en salud mental, no como *alternativa*, sino que sustituya a los manicomios. Afirman que los mismos y la lógica manicomial destruyen al usuario, su dignidad y su personalidad, insisten en que no hay salud mental posible en el encierro y el aislamiento. Resaltan la importancia de garantizar su participación en toda discusión que se lleve a cabo sobre ellos. “Es por eso que la palabra debe ser nuestra. Por eso, creemos que es necesario cambiar la mirada que la sociedad tiene sobre nosotros” (Augsburger, Gerlero y Taboada, 2016, p. 32).

Si bien el desarrollo de investigaciones y evaluaciones que incluyan la perspectiva de los/as usuarios/as viene creciendo en el último tiempo en Argentina, los antecedentes muestran que su perspectiva ha tenido escaso desarrollo en las investigaciones del campo en la provincia. Privilegiar su voz constituye una decisión metodológica, ética y política; aporta al empoderamiento del sector al visibilizar su experiencia, a reflexionar sobre las lógicas de trabajo actuales e incentivar la inclusión de su valoración sobre las prácticas alternativas al manicomio en el diseño de las políticas del sector.

### **Del manicomio a la comunidad**

Las casas de convivencia dan respuesta a dos problemas: *las internaciones prolongadas* con el consecuente desarraigó y ruptura de vínculos familiares y sociales; y la *cronificación institucional* que tiene por efecto la objetivación de los sujetos, la pérdida de identidad y un progresivo deterioro subjetivo para la vida autónoma.

En un primer acercamiento a los desafíos que se deben transitar, resalta la diferencia entre el cotidiano instituido en los hospitales psiquiátricos donde impera la rutina, la dependencia y la sumisión, y las exigencias cotidianas de vivir en una casa, donde la rutina exige iniciativa y acciones concretas, cuidados de sí y de las/

os otras/os, organizar y sostener el funcionamiento doméstico. Entonces ¿Cómo es habitar una casa para aquellas personas que vivieron parte de sus vidas en instituciones psiquiátricas?

Desde las experiencias transitadas, las narrativas muestran las dificultades existentes para reconstruir la vida luego de una internación. Gran parte de estas se relacionan, intrínsecamente, con los efectos subjetivos que produce la institución total, con el encierro y la exclusión padecida durante años. También, se enlazan con los desafíos que implicó volver a vivir en comunidad, los apoyos que se necesitan y las posibilidades que se movilizan. La mayoría de los relatos se construyen a partir de un contrapunto entre el manicomio y la comunidad. En el documental *Residencia Compartida para usuarios de salud mental* (2013b), una de las usuarias afirma sin dudar: “Hay un abismo de diferencia, me cambió la vida, en el hospital no soy persona, me cambió la vida la casita asistida, la derivación acá, yo me dedico a las plantas”, visibilizando así la pérdida de derechos y la magnitud del cambio que implica volver a tener un hogar. Los relatos muestran la importancia de reconstruir la cotidianidad y recuperar el sentido de las acciones de todos los días, reappropriarse de saberes y costumbres que se perdieron o se vieron imposibilitados durante los años de internación.

*Me gusta bañarme a la mañana temprano que estoy sola... me lleva una hora y media, dos horas estar en el baño. Que las cremas, que secarse. Con las internaciones yo perdí la costumbre de todo eso y del maquillaje porque de joven, de casada, no salía de la casa si no salía con maquillaje. Hasta para hacer los mandados. Perdí esa costumbre. (Usuaria C 12)*

Por otra parte, entre los múltiples desafíos que se ponen en juego se encuentra la necesidad de lidiar con los estigmas existentes en la sociedad. Un usuario enfatiza la indiferencia que percibe en el trato: *Algunos ni miran. No, yo creo que hacen diferencia en no vernos. No le doy valor yo, son los menos* (Usuario C 8). En este sentido resultan significativas las palabras de Jorge: *no se olviden de nosotros, que nosotros no somos pájaro de otro nido* (Ministerio de Salud, 2013a). Las narrativas de usuarios/as le dedican un espacio importante a la historización de la propuesta y a la posterior decisión de vivir en esa casa de convivencia. Se observa que esa propuesta no siempre es aceptada rápidamente o considerada la mejor opción, a pesar de que la mayoría de las veces no existen muchas opciones alternativas. Una usuaria recupera el proceso que transitó previamente a tomar la decisión debido a que se ponía en juego resignar el deseo de retornar a la vivienda familiar:

*Era tiempo de que yo fuera a otro lugar. Me dieron el alta. Cada vez que venía les decía que no porque yo quería volver a mi casa. Una vez que vi la casa, y que estuve acá viviendo... que me mandaban unos días y me tenía que volver y así me gustó. (Usuaria C12)*

No son pocos los temores y las dudas que se despliegan ante la decisión. Varios relatos se detienen en el lugar que ocupó la propuesta de habitar una casa de convivencia con otros/as usuarios/as. Los imaginarios presentes en torno a la locura -aún en quienes son usuarios/as de servicios de salud mental- y el hecho de convivir con el sufrimiento propio y ajeno durante la internación son elementos que inciden negativamente en un primer momento. Resulta interesante el relato de una usuaria que pudo elegir habitar una casa de convivencia luego de transitar otras experiencias que reanudaron el circuito manicomial:

*[Psicóloga] me dijo “¿no querés una casa asistida?”. No, me voy a ir a una pensión. Porque tenía temor a encontrarme con patologías más... como me pasó con [usuaria] había cosas que no... Bueno, me fui a una pensión. Terminé internada un año y medio en [hospital monovalente]. El 10 de julio me mudé acá, le planteé a todo el equipo: yo me quiero mudar. Estuve 15 días sola porque las chicas tenían que hacer el período de adaptación, cuando traspasé esa puerta*

*con [trabajadora] le dije: esto es el cielo. (Usuaria C12)*

Otra de las usuarias entrevistadas recuerda las dificultades que se presentaron para ella, en tanto implicó una externación en soledad:

*Me sentía muy mal sola adentro de la pensión. Estuve en estado de depresión y agarré y me fui al [hospital monovalente]. Me interné otra vez porque les dije que no podía estar sola. Y que me diera una casa asistida para ir a vivir con alguien. (Usuaria C 14)*

Un elemento a destacar de los resultados es la importancia de la existencia de vínculos entre las personas convivientes. La mayoría de los/as usuarios/as entrevistados coinciden en que fue relevante conocerse previamente con los/as otros/as y las características de los lazos afectivos existentes.

En distintos relatos se hace foco en los afectos y en el proceso de construcción de vínculos entre quienes comparten el hogar. Se enfatiza la importancia de la compañía y la contención durante el proceso:

*Bueno, después me habló de la casa asistida. Me dice mira que [usuaria] va ahí y qué sé yo. Y ahí tuvimos la primera cital, estábamos en [sala de ingreso de un hospital monovalente] las dos. Salíamos a comer, yo entraba a la pieza*

*llorando. Entonces ahí todas las compañeras estábamos... nos acompañamos. Después me dijeron el sí y acá estoy con ella. (Usuaria C12)*

Los relatos en torno a las condiciones materiales estuvieron presentes en todas las entrevistas y formaron parte de los planteos de todas las personas. Se observa una modalidad recurrente que consiste en detenerse en enumerar, describir y mostrar con mucho entusiasmo los espacios y objetos propios y comunes. Además, se pondera positivamente el acceso a comodidades básicas como por ejemplo contar con heladera, televisor, reloj despertador, etc. También se destaca la importancia de disponer de espacios íntimos, por ejemplo: *No sé cómo explicarlo. Acá estamos mejor, más tranquilos [...] Acá estamos los tres. (Usuario C6)*

La posibilidad de tomar decisiones sobre la propia vida y de llevarlas a cabo es un aspecto priorizado en la mayoría de los relatos: *Y... la libertad, qué sé yo. Allá no te dejaban salir sola* (Usuaria C 14). Otros sentidos que insisten se relacionan con las responsabilidades y elecciones que se ponen en juego en las pequeñas pero importantes decisiones cotidianas. Por ejemplo, los horarios y las rutinas: *Comer tarde. En [hospital monovalente] no se podía* (Usuarios C13), *Me gustó porque no tiene los horarios que teníamos allá estrictos* (Usuarias C12). La

elección de la comida: *Acá tenemos la oportunidad que no teníamos en el hospital de hacer la comida que nosotras queremos* (Usuarias C12). En este sentido, la posibilidad de decidir sobre la organización de la cotidianidad adquiere una relevancia significativa en las apreciaciones acerca de los cambios acontecidos: *Acá es mejor, en [hospital monovalente] es como algo rutinario, todos los días lo mismo. Y acá no, acá vos te organizás en hacer la limpieza, los mandados, cocinar, casi como una casita* (Usuaria C9). Si bien todos los relatos hacen foco en los aspectos positivos del cambio, uno de los usuarios entrevistados analiza las dificultades inherentes a la nueva posición:

*[...] me como algo como para disfrutar un poco ¿sabes lo que pasa? no como más como comía en [hospital monovalente]. Yo ahora si tengo que comer un bife con huevo frito, me lo tengo que hacer yo y no me resulta nada fácil porque en los últimos 5 años tuve que hacer muchas cosas.*  
(Usuario C1)

Otro aspecto relevante de su relato se relaciona con los riesgos y las responsabilidades en torno al cuidado del hogar y la propia vida: *tener cuidado que no quede la estufa prendida toda la noche porque puede incendiarse algo, cerrar bien la garrafa, la cocina, la heladera, las canillas del baño, todas esas cosas hago* (Usuario C1).

Los resultados obtenidos dan cuenta de una valoración positiva de la propuesta de implantación de casas de convivencia a partir de la experiencia de las personas entrevistadas: *debería haber más casas, hay mucha gente internada todavía* (Usuaria C 14), *jUh, era terrible! Nunca me imaginé vivir en una casa así, estoy contento, del [hospital monovalente] no quiero ni acordarme nunca más volví me atiendo en la salita* (Usuario C7).

### **Los desafíos de habitar una casa**

Los interrogantes en torno a qué es una casa y qué implica habitarla para quienes pasaron parte de sus vidas en instituciones psiquiátricas alertan sobre el desafío y la complejidad de habitar una casa que, además, forma parte de la red de atención en salud mental. En este sentido resulta interesante indagar ¿Cómo se construye o reconstruye la cotidianidad? ¿Cuáles son los elementos que permiten pensar en procesos de apropiación del hogar?

La convivencia se presenta, a la vez, como uno de los grandes desafíos a transitar y constituye uno de los apoyos más cercanos ante las dificultades e incertidumbres cotidianas. Es el lugar del acuerdo y la diferencia, del conflicto y sus vías de resolución, de la prueba y el error, de la compañía, el apoyo y la contención, tam-

bién del encuentro consigo mismo/a, las tareas y responsabilidades.

En la entrevista realizada en la C9 las usuarias dan cuenta de la existencia de conflictos y describen el modo en que los acuerdos colectivos operan en la cotidianidad: *Se discute y después se pide perdón. No se pelea, cumplimos.* Se observa una clara referencia al contrato de convivencia, descripto por los/as trabajadores/as, aunque no lo nombran de ese modo.

Desde la perspectiva de los/as usuarios/as los acuerdos de convivencia se relacionan, principalmente, con los modos de organizarse para realizar las tareas cotidianas, se releva que éstos se construyen a partir de criterios diferentes y se llevan a cabo de distintos modos en cada grupo. Las rutinas constituyen -en los diversos relatos- un apoyo importante para el ordenamiento de la cotidianidad, que también presenta sus desafíos. Por un lado, se describen tareas fijas, diarias o semanales, previamente asignadas, en función de las posibilidades o elecciones, consignadas por escrito y dispuestas a la vista de todos. En una de las entrevistas se recuerda el proceso de construcción del acuerdo:

*[Psicóloga] hizo la lista. Nos preguntaron quién podía hacer tal cosa y cada cual empezó haciendo lo que sabía. Fue*

*en una reunión de convivencia, los días lunes qué puede hacer una, los días martes...hacemos lo que está escrito. Un día le toca a una, un día le toca a otra. (Usuarias C9)*

Por otro lado, otros/as usuarios/as describen dos modalidades distintas de organización cotidiana en función de cambios en el grupo conviviente. Hubo un tiempo de tareas fijas y previamente asignadas, para pasar luego a un modo más espontáneo y participativo: *Yo lo que se necesita de verdad, lo hago. Cada uno sabe lo que tiene que hacer cuando está sucio algo o hay que cocinar. Todo eso son los quehaceres que uno tiene que saber de por sí* (Usuarios C8).

Otras usuarias narran una modalidad organizativa en la cual las iniciativas autogestivas y horizontales son centrales: *Eso lo planeamos todo al principio cuando llegamos. Y después se fue dando solo* (Usuarias C14). En una de las experiencias convivenciales se actualiza durante la entrevista grupal el conflicto por el que transitaban debido al no cumplimiento de los acuerdos establecidos: *Las cosas que uso yo, las limpio yo antes y después de usarlas. Porque generalmente no lavan. Allá hay un papel donde... pero no lo hacen* (Usuario C13).

En otro relato se describe un modo interesante de apoyo entre pares basado en vínculos de solidaridad y

en la grupalidad construida: *Este lugar tengo entendido que es de los tres para los tres. Porque él tiene 84 años, está viejito y no puede hacer tareas, barrer... Las tareas las hacemos nosotros, pero él a veces limpia su espacio, el escritorio* (Usuarios C6).

Con respecto a la indagación acerca de los procesos de apropiación del hogar, cabe destacar que el ingreso a las viviendas estuvo signado por la descripción de los espacios, objetos significativos y producciones personales -realizadas en algún taller- que decoran las respectivas viviendas. También, se fue haciendo referencia a las pertenencias personales: *esta es mi cama, mira lo acomodado que tengo mi ropero*. Se relevan tres ejes que permiten pensar la apropiación del hogar: la tenencia de mascotas, el estado edilicio de las viviendas y las visitas.

Interesa destacar que la llegada a algunos domicilios para realizar las entrevistas puso en evidencia que en estas casas también vivían mascotas. Algunas se hicieron escuchar, otras fueron formalmente presentadas y no faltó alguna que irrumpiera súbitamente en la ronda de charla. En tres de las casas visitadas (6, 9, 13) viven cuatro mascotas -tres perros y un gato- y, hasta hace poco tiempo, también hubo pájaros en otra vivienda. En una de las conversaciones (Usuarios C9) se recuerda

la decisión: *yo le pregunté a las chicas y me dijeron que sí*, y la responsabilidad que implica: *Darle de comer y agua. Yo compro el alimento*. Situación que pone de relieve la presencia de elecciones y decisiones que requieren del consenso y la asunción de responsabilidades. En otra vivienda el ingreso al comedor de dos perros corriendo y el revuelo que se produjo obligó a conversar sobre la existencia de un acuerdo no cumplido y su posterior negociación:

*P: Y perro... ya vi que tienen dos perros a pesar de la regla!!*  
*U2: Sí. Pero están en la vereda.* (Usuarios C6)

En las entrevistas surgieron variadas preocupaciones y quejas sobre el estado edilicio y el mantenimiento de las viviendas. Lo primero que llama la atención es la recurrencia y centralidad de los relatos acerca del tema.

La ausencia o retraso en la realización de tareas de mantenimiento se encuentran en el primer plano de las quejas compartidas:

*U1: Si estuviera cerrado el patio, pondría flores, pensé en hacer una huerta en el fondo. Pero después no, por los caballos que entran y salen... Y las hormigas también.*

*U2: Si porque para mí lo más importante es que nos cierren el patio. Para que ella pueda trabajar, cuidar sus plantas. Y*

*nosotras tengamos un poco más de libertad para ir al patio y descansar ahí.*

*U3: Aprovechar el lugar de la casa.*  
(Usuarias C14)

Si bien se considera que estas situaciones interfieren en la posibilidad de gozar de una calidad de vida adecuada y generan dificultades para disfrutar de la casa y desarrollar proyectos, por otro lado, la preocupación o el reclamo sobre estas condiciones de vida constituyen prácticas sociales en estrecha vinculación con procesos de apropiación del hogar sobre los que se intenta reflexionar. También se destacan las iniciativas en pos de solucionar los problemas existentes:

*[...] te apoyas en una pared y te llenas de pintura. Es un trabajo muy difícil parece... yo les decía si querían, cuando vengan a arreglar yo podía colaborar con pintar o trabajar para la casa, así queda mejor. Pero los del presupuesto no dejan que vengan a trabajar porque no se puede, no alcanza.* (Usuario C1)

Finalmente, la propuesta de conversar sobre las visitas despertó mucho interés en los decires. Se comparthen expectativas ligadas a los afectos: *Yo estoy esperando que venga mi hijo de España, va a venir de visita* (C12). El tipo de relato que se construye evidencia que las visi-

tas tienen un carácter bastante excepcional, sólo en dos situaciones se da cuenta de cierta periodicidad, en un caso se trata de familiares cercanos y en otro de amistades construidas en la iglesia: *Él tiene unas amigas que vienen a cocinar a veces, van a la capilla con el Padre, vienen dos veces por semana* (C8).

Los datos a los que se pudo acceder indican que algunos/as usuarios/as no reciben ningún tipo de visita, una sola persona lo pone a cuenta de una decisión personal.

Los recuerdos que se comparten refieren principalmente a familiares (C1, C9, C12 y C13), a amistades (C6, C7, C8 y C12) y en menor medida a vecinos/as (C6 y C9). Tanto la presencia del equipo como el encuentro pautado para realizar la entrevista para este estudio fueron asociadas a una visita (C7 y C13).

La construcción de la hospitalidad es un aspecto relacionado con las visitas, ésta se sostiene en una serie de decisiones y disposiciones: recibir, invitar, convidar, etc. En una de las entrevistas se plantea: *Tratamos de ver qué quieren. Cuando viene mi hermano quiere una Coca, mortadela, yo hago lo que puedo porque es mi hermano* (Usuario C1). Los decires van dando cuenta de las posibilidades que se inauguran para la reciprocidad de los

lazos y el restablecimiento de vínculos, a partir de tener un hogar donde recibir y alojar a los seres queridos.

### **La ciudadanía. El ejercicio de derechos**

Los resultados obtenidos permiten confirmar que las casas de convivencia ofrecen un escenario propicio para el despliegue de prácticas tendientes a lograr la restitución, conservación o ampliación del acceso a derechos, lo cual podría dar cuenta de lo que Vasconcelos (2000) denomina ciudadanía especial. El pasaje del modelo rehabilitador al modelo social trae al centro de la escena la cuestión de la ciudadanía, en clara ruptura con el modelo biomédico (Saraceno, 2003; Mercier, 2004; Palacios, 2014). Desviat (2011) sitúa que la sostenibilidad del modelo comunitario está en reinventar la clínica como construcción de posibilidades y subjetividades desde un paradigma centrado en el cuidado y la ciudadanía. En función de esto, se indagó sobre cuatro ejes: educación, trabajo, uso del dinero y participación en las elecciones.

El acceso a la educación no es una preocupación o área de interés para la mayoría de los/as usuarios/as entrevistados/as. Se realizaron escasas referencias al tema y nadie refirió estar en algún trayecto educativo. Las que se realizaron se vinculan con proyectos que,

por distintos motivos, aún no han podido concretarse. A modo de ejemplo: *El año que viene quiero terminar el secundario, porque me costó mucho. Entonces quiero repasar y después quiero terminar y empezar a estudiar, tener una carrera* (Usaria C12).

En la Casa 4 (Scandizzi, 2012, p. 9) una usuaria relata que su *cuenta pendiente* era terminar la escuela. Proyecto que pudo concretarse en una escuela primaria nocturna del barrio, a partir de la articulación con una médica del Centro de salud de referencia, debido al hecho azaroso de que también es maestra y acompañó esa iniciativa desde su doble pertenencia laboral.

Llama la atención que la participación en talleres de formación o capacitación, la relacionan con actividades recreativas y de socialización más que con el acceso a la educación. El acceso al trabajo ocupa un lugar central en el proceso de desinstitucionalización y en la construcción de un modelo comunitario. Pasquale (2011) construye una serie de indicadores de Servicios de Salud Mental Comunitarios que garantizan el tratamiento y el respeto de los derechos de los ciudadanos. Entre estos destaca el acceso al trabajo en tanto constituye el nivel máximo de rehabilitación debido a que construye y precisa de diversas habilidades y genera recuperación de valores sociales si está realizado en lugares reales.

El trabajo es una de las dimensiones de la vida que se ve abruptamente suspendida ante una internación: *Antes yo trabajaba, pero ya se me fueron los años, me llevaron a la colonia, me llevaron a la otra casa, me trajeron acá* (Usuario C13). Por un lado, la pérdida de habilidades y rutinas producto de la prolongación de las internaciones hace que sean necesarios diversos apoyos para volver a trabajar; por otro lado, los estigmas y las representaciones asociadas a la locura hacen que sea difícil recuperar o reconstruir la historia laboral. A su vez, muchos/as usuarios/as realizan durante las internaciones diversos trabajos invisibilizados y no reconocidos como tales, aun cuando algunas veces reciben un pago, siempre mínimo, por el mismo.

En las entrevistas realizadas, el acceso a la jubilación revistió importancia para muchas de las personas externadas de instituciones manicomiales. Importancia no sólo relacionada con la mejora de la calidad de vida debido al ingreso económico y las prestaciones de la obra social, sino también con la posibilidad de resignificación de sus historias y con el valor reparatorio del reconocimiento estatal del estatuto de trabajador, ahora jubilado.

De las 37 personas alojadas en casas de convivencia sólo dos usuarias se encontraban trabajando. En

un caso, un trabajo precario e informal: *estoy limpian-  
do una casa de una amiga, así que de a poco limpio casas...  
no me dejaban trabajar, ahora ya estoy más libre y puedo...* (Usuaria C12). En el otro, la inclusión en un dispositivo sustitutivo de capacitación y empleo destinado a usuarios/as dependiente de la DPSM. Una usuaria expresa -con mucho entusiasmo- el reciente acceso, luego de terminada la capacitación, a una propuesta laboral en el emprendimiento: *Yo soy Ayudante de cocina. Ahora nos  
dieron un trabajo. Nos ponen intercalados porque somos bas-  
tantes, dos días y sábado por medio* (Usuarias C14).

Un dato interesante es que muchos de los/as usuarios/as participan de talleres culturales o productivos en espacios de salud mental en los que se accede a algún ingreso económico generado por la venta de lo producido. En ninguna de las entrevistas se relacionó esta participación con la pregunta por el trabajo. Además, interesa destacar que dos usuarias hicieron referencia a la búsqueda de trabajo (C14) y otras dos a proyectos laborales (C1, C12) que se relacionan con la recuperación de rasgos de identidad:

*U1: Hago de todo. Siempre, cuando era chica... a los 9 años  
aprendí a cocinar.*

*T: Ella tenía un microemprendimiento en [Hospital mo-  
novalente] que vendía pizzas.*

*U2: Pasa que acá todavía no hay gas.*

*U1: Pero si no, ya lo estaría haciendo.*

(Usuarias C12)

Acceder al trabajo para las personas que han pasado parte de sus vidas institucionalizadas requiere contar con programas que garanticen ese derecho. Debido a que aún son escasas las articulaciones entre las propuestas habitacionales y laborales, resulta útil y eficaz diseñar políticas específicas intersectoriales e interministeriales que aborden la problemática.

Salvo excepciones transitorias, todos los/as usuarios/as que habitan las casas estudiadas poseen jubilación, pensión derivada o pensión por discapacidad, nacional o provincial. Contar con algún ingreso constituye, en la actualidad, un criterio de admisión a las casas a pesar de las contradicciones que transmiten los equipos.

Algunas personas tienen aún vigentes procesos de restricción de capacidad jurídica, motivo por el cual tienen asignados apoderados o curadores, situación que muchas veces funciona como barrera para la autonomía. En varias entrevistas se hizo alusión a preocupaciones en torno al dinero. Los relatos se centraron en las decisiones políticas de recorte de derechos y al ries-

go de suspensión de beneficios sociales: *No tengo mucha, pero está bien, lo que me preocupaba cuando vi en la tele que Macri quería sacar la pensión. Y yo decía no...!!! ¿Con qué voy a comprar aunque sea cigarrillos?* (Usuario C1).

La administración y uso del dinero se abordan con asiduidad en las reuniones de convivencia, muchas personas tienen algún nivel de autonomía en el manejo del y la mayoría cuenta con apoyos. En varias entrevistas se hace referencia a actividades como ir a cobrar y a hacer compras, las cuales en general se realizan con acompañantes terapéuticos. También se describen acciones concretas como repartir el dinero por semana, o acuerdos con almacenes, que funcionan como apoyos a la administración.

Si bien se puede percibir una lógica general en el modo de abordaje de cada equipo, se presentan diferencias en la forma en que disponen y utilizan el dinero habitantes de una misma casa, lo cual podría relacionarse con prácticas respetuosas de las distintas posiciones y necesidades de apoyo que presentan los miembros de un grupo conviviente, por ejemplo:

*P: Entonces, ¿le van dando por semana o por día?*

*U1: Por semana.*

*U2: El dinero del mes y pago las cuentas corrientes y*

*algún gusto con dinero... Y no fiado. Ropa y alimentos, artículos de limpieza. Eso es lo que gasto yo, disculpe.*

*P: De los gastos comunes de la casa, ¿hay cosas que pagan ustedes?*

*U1: La luz la paga Salud Mental, el agua la paga Salud Mental.*

*P: ¿Y ustedes pagan alguna cosa?*

*U2: Sí, tenemos la cuenta de Anita.*

(Usuarios C6)

A partir de lo escuchado, es posible percibir los límites en el ejercicio de la autonomía en torno al uso del dinero en viviendas situadas en barrios marginales. La pobreza existente sumada a la presencia de narcotráfico genera entramados comunitarios que facilitan el acceso al consumo, potenciando la vulnerabilidad e incrementando los riesgos de la población con problemáticas de adicciones alojadas en las viviendas. Cabe destacar que el nivel de autonomía en torno al uso de los ingresos económicos propios, contrasta con una mayor intervención del equipo en la administración de los recursos financieros provenientes del presupuesto estatal destinado a los gastos de funcionamiento. En una de las entrevistas se plantea: *[coordinadora] se ocupa de la limpieza y [acompañante] de la comida. Después, compramos con nuestra plata en el barrio lo que queremos* (Usuarios C12).

Al indagar sobre la participación en los comicios electorales (el trabajo de campo se realizó en los meses previos a las elecciones presidenciales del año 2019), se obtuvo respuesta e interés por el tema en las ocho entrevistas realizadas. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prohíbe la discriminación en el reconocimiento y ejercicio de derechos políticos por motivo de discapacidad (ONU, 2006). No obstante, aún son muchas las barreras existentes para el ejercicio de los derechos políticos de las personas con discapacidad psicosocial.

De los 21 usuarios/as, con los que se conversó, sólo cinco votaron en las últimas elecciones, ocho de las dieciséis personas que no lo hicieron plantean que tal vez lo harían en las próximas. Ocho usuarios/as recuerdan haber votado al menos una vez en su vida. Tres usuarias recuerdan que las veces que lo hicieron fueron previas a la internación. Los relatos confirman que la internación en instituciones monovalentes y las concepciones incapacitantes funcionan como obstáculo al ejercicio de este derecho, por ejemplo: *Yo no voté porque me acostumbré a no votar* (Usuario C14). Otros relacionan la posibilidad de votar con su inclusión en una casa de convivencia: *en [hospital monovalente] no votábamos, cuando nos mudamos a esta casa empezamos a votar* (Usuarios C7).

Algunos argumentos se sostienen en significaciones según las cuales no se tiene derecho u obligación de votar debido al padecimiento subjetivo, la discapacidad o a la historia de internación: *No... no sé, tengo que averiguar si es optativo, con certificado de discapacidad, ¿se vota?* (Usuario C6); *no es necesario que uno vote cuando es discapacitado. Si quiero ir a votar, voto* (Usuario C1); *sí, pero los pacientes no pueden votar, no tiene valor nuestro voto* (Usuario C8). Para otras personas, se presenta como una barrera el mecanismo electoral de boleta única: *no los conozco. Miro la tele, pero...No sé cómo elegir, el papelito que tiene las fotos... tenés las caritas, qué sé yo quién son* (Usuarias C14).

En otras entrevistas se hace referencia a la falta de información sobre candidatos y propuestas. Algunas personas esgrimen opiniones que dan cuenta de la elección de no votar: *yo no voto, porque nunca me gustó un político, son todos iguales, como si fueran a ser efectivos. Todos prometen y hacen cagadas* (Usuaria C14).

Finalmente, se explicitaron dudas sobre los derechos civiles y políticos, dando lugar a desnaturalizar concepciones estigmatizantes y a brindar información accesible. Los resultados dan cuenta de falta de información y de la vigencia de posiciones incapacitantes que funcionan como barreras al ejercicio de la ciu-

danía. Se considera importante abrir líneas de investigación acerca de la construcción de apoyos específicos para potenciar el acceso a una ciudadanía plena, no priorizadas aún.

### Conclusiones

La inclusión en una casa de convivencia constituye una modalidad estable y con buenos resultados para articular los apoyos necesarios para la vida autónoma. El derecho a habitar, socializar y trabajar hace efectivo el derecho a la salud mental y a la construcción de vidas dignas de ser vividas. La implantación de casas de convivencia ha generado logros importantes en la recuperación de la identidad, intimidad, vínculos, costumbres y hábitos. La posibilidad de tomar decisiones y llevarlas a cabo es un aspecto muy valorado desde la perspectiva de los/as usuarios/as.

Se registran escasos avances en torno a la inclusión comunitaria y la participación en la vida social y política. Esto da cuenta de la importancia de no reducir lo sustitutivo de las prácticas al aspecto restitutivo de los derechos, debido a que vivir en comunidad inaugura nuevas necesidades, oportunidades y posibilidades a desplegar.

La perspectiva de los/as usuarios/as ha permitido visibilizar lo valioso de cada experiencia convivencial para la vida personal y colectiva, así como la importancia y la necesidad de sostener, ampliar y profundizar la apuesta. Los intereses, deseos y opiniones en torno al ejercicio de derechos imponen el desafío de priorizar el principio ético-político y sanitario de ciudadanía en la planificación de las políticas, y en el diseño y gestión de servicios y prácticas.

Como recomendación final ante lo expuesto, se considera que la formalización de un programa habitacional provincial, que instituya acuerdos interministeriales e intersectoriales, implicaría un avance en la garantía del acceso a derechos históricamente vulnerados.

Una mayor participación de la comunidad y sus recursos en el diseño de las estrategias podría enriquecer los lazos sociales y posibilitar que las prácticas no se limiten a la economía doméstica y se potencie la inclusión comunitaria. A la vez, constituiría un aporte interesante para la construcción de nuevas estrategias de cuestionamiento y sustitución del modelo asilar para, de este modo, avanzar en la construcción de los servicios y apoyos comunitarios que permitan vivir en una sociedad sin manicomios.

## Referencias bibliográficas

Agrest, M. (2011). La participación de los usuarios en los servicios de Salud Mental. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Volumen (XXII)*, pp. 409-418.

Ardila Gómez, S. (2012). *La perspectiva de los usuarios en la evaluación de servicios de salud mental: Estudio de Caso de un Programa de Externación de Mujeres en la Provincia de Buenos Aires*. (Tesis de doctorado inédita). Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina.

Augsburger, C. y Gerlero, S., Taboada, E. (Comps). (2016). *Jornada de Salud Mental. Las políticas públicas en salud mental a 5 años de la sanción de la Ley Nacional*. Instituto de la salud Juan Lazarte.

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2008). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Editores.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciència & Saïde Coletiva, 16*(12):4615-4621.

Dirección de Salud Mental. (2005a). *Programa de sustitución de lógicas manicomiales*. Santa Fe.

Dirección de Salud Mental. (2005b). *Red de Dispositivos Alternativos. Subsidios para procesos de externación y reinserción social de pacientes internados en Hospitales Psiquiátricos*. Santa Fe.

Dirección de Salud Mental. (2007a). *Informe de gestión 2004/2007*. Santa Fe. Noviembre, 2007.

Dirección de Salud Mental. (2007b). *Informe de acciones. Residencia compartida para pacientes en proceso de externación- noviembre 2007*. Componente 1 del Proyecto Red de Dispositivos Alternativos. Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales. Santa Fe.

Dirección de Salud Mental. (2010). *Proyecto Vivendas Asistidas en la Ciudad de Santa Fe*.

Dirección de Salud Mental. (2011). *Anteproyecto de Programa Intersectorial. Dispositivo Asistencial de Alojamiento*. Documento de circulación interna. Inédito. Santa Fe.

Dirección de Salud Mental. (2015). *Residencias Compartidas para usuarios en salud mental (Zona Sur)*. Cuadernillo de circulación interna. Inédito. Santa Fe.

Gadamer, H. (1996). *El estado oculto de la salud*. Gedisa editorial.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Lugar Editorial.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones Nº 26657. Buenos Aires, Argentina. Boletín oficial Nº 32.041 de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Ley de Salud Mental Nº10.772. (1991) Registro General de leyes de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 26 de Diciembre de 1991.

Mercier, C. (2004). L'Évolution des liens entre le logement et l'insertion sociale à travers 40 ans de documents ministériels au Québec. In: H. Dorvil, A. Beaulieu (Orgs.). *L'habitation comme déterminant social de la santé mentale*. Laval: Acfas,

Ministerio de Salud. (2013). Resolución Ministerial nro.2148. Provincia de Santa Fe, Argentina.

Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Salud Mental. Provincia de Santa Fe. (2013a). *La Casa*. Realizaciones audiovisuales "Dos Ríos". Disponible en: <http://vimeo.com/77456861>.

Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Salud Mental. Provincia de Santa Fe. (2013b). *Residencia Compartida para usuarios de salud mental*. Disponible en: <https://youtu.be/XKVTqjp6FjM>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental*.

Riva Roure, M., Hartfiel, M. I., Irachet, V. y Cáceres, C (2019). Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A Esteves. En *Haceres colectivos. Investigaciones y experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Ministerio de Salud. Argentina.

Ministerio de Salud Argentina. (2023). *Buenas prácticas en Salud Mental: Dispositivos habitacionales. El derecho a vivir en comunidad*.

Onocko Campos, R. (2003). *O planejamento no labirinto. Uma viagem hermenéutica*. Editora Hucitec/ Fiocruz.

Organización Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Palacios, A. (2014). *El modelo social de discapacidad*:

*orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Colección Cermi nº 36. Grupo Editorial Cinca.

Pasquale, E. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(10), 345-351.

Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Editorial Pax Mexico.

Scandizzi, A. (2012). Casa Asistida. C.R.S.M "Dr. A. Ávila". *Psicoanálisis y Ciencia. Centro de Estudios interdisciplinarios. UNR*. Fecha de consulta: 01/06/17. Disponible en [http://www.psicoanalisisyciencia.unr.edu.ar/?page\\_id=1215](http://www.psicoanalisisyciencia.unr.edu.ar/?page_id=1215)

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX Rev. Argentina de Psiquiatría, Volumen (XXIII)*, pp 57 – 67.

Vasconcelos, E. M. (2000). Dispositivos residenciais em saúde mental - um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. En L.C.S.

Rosa y E.M. Vasconcelos (Orgs) *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Cortez.

**Notas**

1. Se ha relevado una experiencia pionera en la localidad de Oliveros en el año 1994 denominada casa de medio camino que funcionó durante un año aproximadamente.

