



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

*Aportes psicoanalíticos al campo de la Salud Mental.
¿Dos prácticas imposibles?*

Ensayo

Autora: Otta, Marilina

Legajo: O-5044/1

Docente responsable: Chidichimo, Mariana

- 2020 -

Índice

Resumen y palabras claves	2
Introducción	3
Desarrollo	5

Un paso previo necesario. Breve recorrido histórico sobre experiencias en Salud

Mental Comunitaria	5
Sobre clínica psicoanalítica y desmanicomialización	8
Imposibles freudianos	12
Una apuesta al lazo	16
Comentarios finales	20
Referencias bibliográficas	21

Resumen

1

El presente escrito aborda el siguiente interrogante, ¿qué puede aportar el Psicoanálisis al campo de la Salud Mental? Se señaló la importancia de la Ley Nacional de Salud Mental y

Adicciones N° 26.657 y sus implicancias en nuestra práctica. En primer lugar se pensó en relación a la dimensión clínica, su especificidad y sus matices. Luego, se realizó un desarrollo sobre la noción de imposibilidad ligada a nuestro quehacer. Por último, se abordó el lazo social ubicando su importancia central en relación a los caminos de la cura. Se concluyó en señalar la necesidad de seguir sosteniendo una lectura que integre ambos campos discursivos.

Palabras claves

Psicoanálisis - Salud Mental - Clínica - Imposibilidad - Lazo social.

Introducción

Transcurre el año 2020. Año particular por ser el límite establecido por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (de aquí en adelante LNSMyA) para el cierre de los

manicomios en nuestro país. Este hecho no sólo no ha acontecido sino que incluso vale la pregunta sobre si es posible llevar a cabo el mismo en un lapso de tiempo venidero, dado que la situación actual parece distar mucho de lo que se esperaba.

Lo propuesto por dicha ley no trata de una simple reforma sino que implica atravesar todo un complejo proceso que dé lugar a la apertura de distintos dispositivos de Salud Mental en la comunidad. Es importante enunciar este punto porque sin la presencia de los mismos, el cierre como única instancia resulta peligroso. Por ende, no interesa el cierre si no se encuentra garantizada la continuidad en el proceso de atención que incluya una dimensión comunitaria.

Este breve comentario sobre la LNSMyA y su estado actual nos introduce en el complejo campo de la Salud Mental. Cuestión que nos interesa en tanto el camino que signa este escrito puede verse reflejado en el siguiente interrogante, ¿qué puede aportar el Psicoanálisis al campo de la Salud Mental? Tomar sus desarrollos resulta imprescindible, entendiendo además que este *cruce* marca una identidad, una historia particular en nuestro país, que es fruto del trabajo de numerosos analistas que se han dedicado a pensar el psicoanálisis por fuera del ámbito del consultorio.

La modalidad de escritura elegida es la del ensayo. Su configuración implica una cierta libertad a la hora de expresar las ideas, que lejos de ser un facilitador tal vez ubique su gran dificultad. Para dar cuenta de la metodología de modo pertinente, tomaré lo elaborado por Jorge Larrosa. En un diálogo fluido con un texto de Adorno ubica cuestiones centrales en torno a la escritura del ensayo, de las cuales retomaremos tres citas elegidas *causalmente* por haber vivenciado lo que allí se describe.

Primeramente dice, “El ensayista es un lector que escribe, y un escritor que lee (...) Para el ensayista la escritura y la lectura son su tarea, su medio de trabajo, pero también su problema” (Larrosa, 2003, p.7). En segundo lugar, “el ensayista no parte de la nada sino de algo preexistente, y parte, sobre todo, de sus pasiones, de su amor o de su odio por lo que lee” (Larrosa, 2003, p.10). Y por último, “el ensayo es también, sin duda, una figura del camino de la exploración, del camino que se abre al tiempo que se camina” (Larrosa, 2003, p.11).

En este recorrido los aportes también pueden ser entendidos como apuestas, en tanto ponen en juego un cierto riesgo. Riesgo que no se asume en soledad, sino apoyándonos en los caminos teóricos y prácticos pensados por otros, que nos sirven como sostén y guía. Retomando a Larrosa sin dudas la lectura y la escritura constituyen un problema. Poder expresar un posicionamiento de forma clara y convincente resulta de lo más complejo, tanto más cuando el deseo se cuele en este proceso. Por esto se resaltaba lo dicho por el mencionado autor sobre el amor y el odio del que se parte, entendidos aquí como cuestiones ligadas al deseo. Como aquel motor indispensable para cualquier tipo de experiencia, incluso como la de aquí, la de este escrito.

Teniendo en consideración el lugar que este ocupa en la carrera de Psicología, momento bisagra en tanto constituye el paso previo de acceso a la práctica profesional, me pareció pertinente construir un trabajo que dé cuenta de una posición propia ante la problemática elegida. Siendo un gran riesgo en sí mismo escribir a nombre propio.

Aparece también aquí la formación de estos años atravesada por el Psicoanálisis y por la participación, aún vigente, en un dispositivo de Salud Mental denominado *antimanicomial*. El

Derribando Muros es un espacio de cine - debate que hace de un elemento cultural, como una película, la excusa de cada domingo, para un acercamiento entre locura y comunidad. Experiencia que se ha iniciado en las llamadas *prácticas* (cátedra B) de nuestra carrera y que ha brindando ciertos saberes que indudablemente se verán aquí expresados.

Es así como este trabajo parte del interés de trabajar profesionalmente en el campo de la salud mental desde una postura psicoanalítica.

El psicoanálisis implica un cuerpo teórico y una praxis: la clínica. Esa clínica, entendida como una práctica de lectura, permite justamente leer lo que acontece independientemente del lugar en el que nos encontremos, es decir, más allá de si estamos en la clínica individual, en experiencias grupales o trabajando en instituciones. Ese es el primer aporte que un analista puede hacer, su clínica de lectura, su especificidad en un trabajo que se construye con otros. En función de esa labor podrá intervenir generando diferencias, modificaciones en el devenir.

La ética y la abstinencia aparecerán como indispensables en este camino, ayudando a quién escucha a no apresurarse demasiado. Si bien el malestar puede ser escuchado individualmente, denuncia un entramado social que también enferma.

Por esto, nos vemos implicados en analizar constantemente nuestro trabajo en pos de ubicar qué de aquello que queremos evitar, eliminar, seguimos reproduciendo. Esto lleva a pensar si la desmanicomialización no debería sumarse a aquellas prácticas imposibles pensadas por Freud. Gobernar, educar, analizar, ¿desmanicomializar?

Lo más valioso de esa lectura es que al ser declaradas imposibles, no conlleva a una inhibición del accionar. Por el contrario, marca un límite que en vez de cerrar, abre todo el campo de la posibilidad, de un hacer allí. ¿Qué podemos hacer y seguir haciendo en el campo de la Salud Mental?

Y por último, reflexionar sobre el lazo social puede ser de importancia capital. Puesto que tanto desde el psicoanálisis como desde una posición en salud mental comunitaria, esa *cura* que tanto cuesta definir, se ve entrelazada sin dudas a una apuesta por el lazo. Qué relevancia tendría esa dimensión comunitaria sino es restituir esas ligazones con los otros que se ven cortadas por una internación cronificada. *Amar y trabajar* nos enseñaba Freud, como las *metas* que debía perseguir un análisis. ¿Cómo podemos leerlos sino es a través de los lazos libidinosos que estos permiten construir?

Un paso previo necesario. Breve recorrido histórico sobre experiencias en Salud Mental Comunitaria

Partimos haciendo mención a la situación actual de la LNSMyA, por esto aquí señalaremos

cuestiones que hacen alusión a su dimensión histórica. Entendiendo que la misma es en parte resultado de procesos anteriores como las experiencias comunitarias a las cuales nos referiremos.

Cabe destacar que si recurrimos a mencionarla es porque constituye el marco dentro del cual deberían incorporarse nuestras prácticas, independientemente de que esta relación luego sea de tensión.

En su artículo número 27 se enuncia la prohibición de crear nuevos hospitales de internación monovalentes, tanto de carácter público como privado. Es decir, que propone nuevos modos de entender y tratar al padecimiento subjetivo, diferentes a lo manicomial. Y aclara además, que las instituciones ya existentes deben adaptarse a los principios expuestos hasta el momento de su sustitución definitiva.

Sin embargo, nuestro escenario actual se encuentra configurado por la presencia de un “modelo mixto de atención” (Almeida et al., 2019, p. 2). Es decir, coexiste hoy en día lo manicomial junto con dispositivos alternativos. El problema que esto conlleva es a una convivencia pacífica entre ambas lógicas, cuando “es necesario agendar como problema principal el cierre del manicomio, como orientador de sentido a la hora de diseñar políticas públicas, y crear dispositivos” (Almeida et al., 2019, p. 2).

Ahora bien, este nuevo paradigma al que se intenta arribar no surge de improvisaciones. Como dijimos anteriormente parte de resultados alcanzados en experiencias comunitarias en distintos puntos del mundo e inclusive en nuestro país. Estos dispositivos emergentes lograron demostrar cómo los modos de tratamiento que incluían una participación activa del sujeto en su proceso de salud - enfermedad y su reinserción en el plano comunitario, posibilitaban mayores alivios en su sufrimiento en comparación con lo provocado por el hospital psiquiátrico.

Una de esas experiencias es la Reforma Psiquiátrica llevada a cabo en Italia. La cual nos lleva a nombrar a Franco Basaglia y su trabajo iniciado en la década del 60. Siendo este caso el ejemplo concreto de una transformación lograda.

En el caso de Italia el objetivo estaba claro, lo que se buscaba era *destruir* el manicomio. Para lo cual se generaron diversos dispositivos comunitarios que funcionaban tanto de día como de noche, poniendo especial énfasis en la creación de cooperativas de trabajo en el territorio. Entendiendo que el trabajar es indispensable para la integración social. Este proceso de desinstitucionalización era además un ataque directo a la Psiquiatría y a sus modos de tratar el padecimiento mental, ya que se demostraba que servía a los fines del control social y ubicaba a la institución psiquiátrica y a sus internados, como lugar de lo residual. (Rotelli, 2015)

Trieste fue el centro de irradiación hacia toda Italia y el mundo occidental de las transformaciones que posibilitaron el pasaje de la psiquiatría arcaico-manicomial hacia las estrategias para la Salud Mental Comunitaria, Colectiva y Territorial. Mostraron que se puede hacer. (Rotelli, 2015, p. 8)

Vemos en esta última frase la importancia de contar con una experiencia que nos demuestre la viabilidad de llevar a cabo el cambio propuesto por la LNSMyA. Excede a los fines de este trabajo el debate sobre si es posible extrapolar directamente los modos que ellos han encontrado a nuestro contexto, o si es necesario pensar y diseñar un plan propio, pero sí nos brinda un fundamento valiosísimo que enriquece y justifica la lucha por la

desmanicomialización. Esta experiencia además nos permite precisar aún más el reclamo por el cierre del manicomio. Demuestra que los intentos de reforma que se centraron en *humanizar* la institución, fracasaron.

Se denunciaba que los hospitales psiquiátricos no podían ser reformados: obedeciendo a normas y leyes de orden público y de control social, no podían cumplir con los objetivos de asistencia y de rehabilitación, siendo más bien productores de enfermedad. Por lo tanto, en la experiencia de Trieste se tenía que ir más allá del manicomio: transformar su organización no tanto para reformarla, sino para superarla con una red de servicios territoriales sustitutivos de las múltiples funciones de atención, hospitalidad, protección y asistencia absueltas por los hospitales. (Dell'Acqua, s/f, p.5)

Transformar, no tanto para reformar sino para superar. Rescatemos este enunciado como eje transversal a nuestros desarrollos teóricos y prácticos. Si bien lo manicomial responde a lógicas que pueden ejercerse en cualquier otro espacio, mientras el manicomio siga existiendo, será la institución que predomine en la escena sanitaria y por lo tanto seguirá produciendo efectos nocivos en la vida de los usuarios.

A nivel nacional tomaremos el trabajo de Mauricio Goldenberg en el Servicio de Psicopatología del Hospital Lanús, el cual destaca por su carácter anticipatorio a los posteriores desarrollos. Y luego la experiencia de desmanicomialización en la provincia de Río Negro, donde se logró efectivamente cerrar el manicomio convirtiéndolo en hospital general.

Goldenberg consigue sacar a la psiquiatría del hospicio para llevarla al hospital general, planteando un modelo asistencial que incluía diferentes abordajes terapéuticos para una atención integral. Podemos pensarlo como un anticipado al campo de la Salud Mental, ya que gana el concurso para el Servicio de Psicopatología en el año 1956. Su propuesta incorporaba a distintos profesionales y disciplinas, muchos de ellos estudiantes, por lo cual esta experiencia devenía además en formación. Parte del trabajo realizado fue entrar en contacto con las problemáticas de los barrios aledaños al hospital, reforzando de este modo el vínculo con la comunidad. (Diamant, 2010)

Al mismo tiempo influyó para la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en el año 1957, centrado en “la perspectiva de una revisión de los problemas de la salud y la enfermedad mental, de la comprensión amplia del daño psíquico (...) de una apertura a los aportes de conceptualizaciones sociológicas, antropológicas, políticas” (Diamant, 2010 p. 386). Goldenberg combinaba “la psiquiatría clínica, la psiquiatría social y el psicoanálisis” (Diamant, 2010 p. 389) como marco teórico de sus prácticas. Sin embargo todo este trabajo fue detenido por la irrupción del gobierno militar que desarmó todas estas experiencias e incluso Mauricio Goldenberg se vio obligado a exiliarse en Venezuela.

Vemos cómo los principales puntos de la LNSMyA ya se encuentran aquí presentes, el entender a la salud como un proceso complejo, en el que inciden diversas dimensiones más allá de lo puramente biológico, la cuestión territorial, el trabajo en equipos interdisciplinarios. Y también lo inconcluso de esta experiencia señala el fuerte carácter resistencial que han sufrido experiencias de este tipo. Inclusive hoy en día, con ley vigente de por medio, se insiste en sostener la institución psiquiátrica al destinarle la mayor cantidad de recursos económicos. ¿Existe una política clara capaz de llevar a cabo el cierre de los manicomios?

En relación a la experiencia de Río Negro, se pensó en un enfoque promocional, comunitario y de trabajo en equipo. Integrando al sujeto padeciente en las estrategias que apuntaban a la resolución de su crisis como a su reinserción social. Con respecto a las internaciones, se buscaba que estas fueran preferentemente domiciliarias, o en caso de

requerir atención hospitalaria se enfatizaba en su brevedad, y se realizaba en sala general de los hospitales generales (Cohen & Natella, 1995). Uno de los ejes de trabajo principal fue la descentralización, lo cual permitió que el proceso terapéutico pudiera efectuarse en

diversos lugares, más allá del ámbito del hospital. Sin embargo, este no perdía su rol de ser referente social. Por el contrario, cumplía con dicha función pero sin ocupar un lugar centralizador (Cohen & Natella, 1995). Cabe destacar que en el año 1991 se aprueba la Ley Provincial N° 2440 “De Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” sentando un gran antecedente en el campo.

¿Por qué es menester volver sobre estos hechos? Si bien aquí se relatan sucesos que se podrían ubicar fácilmente con una sugerencia bibliográfica, se considera que contar los mismos, como ejercicio de la memoria, nos permite ubicarnos en la historia del campo de la Salud Mental. Campo que es necesario recuperar cada vez. Si pensamos en nuestro que hacer, este se ve fuertemente vinculado con un historizar, pero no sólo en relación al sujeto o las instituciones que nos demandan, sino también en relación a nuestras prácticas. De este modo al recurrir a la dimensión histórica nos asumimos como eslabón en una cadena y no como los llamados a crear lo ya creado. Se suele hacer referencia al carácter utópico de la LNSMyA, y sin embargo, el saber sobre estas experiencias comprueba que el cambio buscado ya se ha logrado, inclusive en nuestro propio país. Por lo tanto, este carácter resistencial, ¿tendrá que ver con los lugares de poder que lo manicomial ha otorgado a los profesionales de la salud y aún no estamos dispuestos abandonar?

práctica analítica a la que nos vemos convocados en los dispositivos de salud mental. La clínica no es algo dado de antemano, al modo de lo preexistente. Es a construir cada vez, ante cada quien. Se sostiene por lo tanto que no hay predicción posible, no es ese nuestro campo. ¿Qué fue lo que nos legó Freud en sus escritos sobre técnica psicoanalítica? En “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” (1912) aclara al comenzar,

Estoy obligado a decir expresamente que esta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a los enfermos y a las tareas por solucionar. (Freud, 1912, p. 111)

Se podría decir que nos brinda una teoría y un modo de tratamiento, pero además nos lanza una apuesta para aquellos que queramos ejercerla. Tendremos que encontrar nuestro propio modo de hacer, sostener, soportar la clínica. De algún modo, nos anticipa las dificultades a la que nos enfrentaremos, ya que nuestro trabajo nos confronta con situaciones de vulnerabilidad tan diversas como la singularidad misma, por ende la flexibilidad en nuestra técnica será un componente necesario. Aquel encuadre que intentamos mantener en los distintos dispositivos, ¿no se encuentra siempre a punto de estallar? Y más aún, ¿sería posible de otra manera?

En cuanto a la construcción que realizamos, la misma se efectúa a partir de la teoría, de los conceptos que se desprenden de ella. Estos van conformando nuestra caja de herramientas para leer e intervenir. Los mismos, además, se verán enlazados y modificados por la experiencia *in situ*, en acto, forjándose de este modo un movimiento dialéctico entre teoría y praxis. No obstante, la idea que interesa destacar es la de un proceso de construcción. Siguiendo a Freud,

Ustedes saben que nunca nos enorgullecimos de poseer un saber o un poder-hacer completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros procedimientos toda vez que se los pueda sustituir por algo mejor. (Freud, 1919, p. 155)

Teniendo en cuenta que la modalidad de trabajo propuesta por la LNSMyA es la del equipo interdisciplinario, resulta de radical importancia el reconocimiento de un enunciado como el aquí presente. Asumir esa incompletud puede devenir en un aspecto sumamente favorecedor en el trabajo con otros. No hay saberes totales en materia de sufrimiento psíquico, por lo tanto debemos ser sumamente respetuosos de las transferencias establecidas entre un sujeto y un otro, sea éste profesional o no.

Es en este punto en donde podemos asimilar nuestro saber al modo del saber inconsciente, en cuanto no puede ser considerado como un conocimiento completo y/o acabado sino que encuentra sus límites. Límites que como luego veremos, inauguran el campo de la posibilidad.

Ahora bien, se ha hecho mención a conceptos tales como lectura e intervención. Conceptos elegidos en este recorrido para ubicar al menos ciertas líneas que den cuenta de la noción de clínica. El ejercicio de lectura remite sin lugar a dudas a la escucha. Por lo que podríamos decir que el analista es primeramente alguien que escucha un decir y de eso realiza una lectura, tal es el movimiento inicial. Entendiendo que esto podría ser realizado por cualquier otro profesional, ¿en dónde se juega entonces su especificidad? Es necesario que nos detengamos aquí para señalar algunas cuestiones.

Hacia una escucha ética y abstinente

En primer lugar, y en pos de intentar dar cuenta de esa especificidad, es menester puntualizar que esa escucha debe efectuarse desde una postura al menos doble: desde un

criterio ético y desde un posicionamiento abstinerente.

¿De qué hablamos cuando decimos ética en psicoanálisis? En primer lugar, implica reflexionar sobre esa relación transferencial que se genera entre analista - analizante, analista - usuario si pensamos en términos de salud mental.

Esta dimensión constituye el principal soporte sobre el cual intervenimos por lo que no puede ser desconocida. Forma parte del trabajo del analista atender tanto las cuestiones transferenciales como contratransferenciales que se despliegan en su clínica. Además, este fenómeno pone de relieve que las posiciones no son simétricas. Ese a quién recibimos nos demanda, al menos, una respuesta ante su padecimiento y ese es el horizonte que guía nuestra práctica. No obstante, pueden sobrevenir dificultades si el curar aparece como meta a la que hay que arribar lo más pronto posible. En esa vía suelen surgir rápidamente los fármacos, las internaciones, como modos de taponar el síntoma al costo de hacer callar al sujeto. Ahora bien, lo que se cuestiona aquí no es la efectividad de los fármacos o la internación como respuestas ante ciertos casos. Sin dudas son opciones que pueden ser requeridas en determinados momentos de crisis. La crítica recae sobre el uso desmedido, injustificado y prolongado por parte de las mismas. Estas respuestas parecieran reproducir cierta concepción de que sólo habría unos pocos modos de enfermar, divisibles en cuadros nosológicos, y por ende una serie de medidas a aplicar *en caso de* determinado diagnóstico. Esta es una vía posible de intervenir, ¿pero se corresponde con la ética propuesta por el psicoanálisis?

En contra de esta posición, podemos recurrir a lo propuesto por Jacques Lacan, quien ha dedicado todo un año de sus seminarios a trabajar la ética del psicoanálisis. Lacan intenta transmitir una diferencia entre lo que ha sido la ética desde Aristóteles en adelante, la ética en filosofía, en la que incluso se basan muchos juristas, y una ética del psicoanálisis, basada o pensada a partir de un sujeto deseante. (...) La ética analítica, entonces, relaciona la acción con el deseo. Podemos resumirla en la siguiente pregunta: ¿has actuado conforme al deseo que te habita? (Gómez, 2004, p. 3)

Esta lectura nos permite ligar el deseo con lo particular, lo cual nos interesa ya que también el síntoma es de igual armado. Por esto, sólo podremos aliviar el malestar escuchando al sujeto en su particularidad y no silenciándolo, asumiendo que no contamos con respuestas universales dadas de antemano. En el mejor de los casos, ellas mismas se irán construyendo en ese entre transferencial.

Si tuviera que arriesgar una definición de ética en este punto diría que es aquello que se juega en los límites de una práctica. No todo es posible. Límites que pueden borrarse si el analista asume una posición de amo, es decir, de ser aquel que posee el saber. También aquí ya estamos hablando en términos de abstinencia.

Michel Foucault se ha dedicado en su obra *Historia de la Locura* (1961) a problematizar sobre la institución de encierro y las prácticas que allí se despliegan. Entiende que todas las relaciones, incluidas la terapéutica, son relaciones de poder y que si un individuo o grupo bloquea estas relaciones convirtiéndolas en algo fijo o inmóvil, se convierten en situaciones de dominación. Este autor,

Plantea el problema de las relaciones poder-saber, a partir del análisis de prácticas como la internación del sujeto loco, desarrolladas desde comienzos del siglo XVII. De esta manera, lo que intenta demostrar es cómo en el interior de una determinada

forma de conocimiento, el sujeto se constituye en loco o sano, delincuente o no delincuente, a través de un cierto número de prácticas que eran juegos de saber, verdad y poder. (Gómez, 2004, p. 2)

Podríamos vincular esta situación que describe Foucault, actual por cierto, con esa posición

amo que mencionamos anteriormente. Por qué allí no hay lugar para la pregunta por el malestar, ni por parte del sujeto ni por parte del analista. Pero la ética no puede coincidir con una posición dogmática. Nuestra práctica apunta siempre a abrir interrogantes, inclusive allí donde no los hay. Asimismo, cuando habla de que el sujeto se constituye en tal categoría a partir de determinada relación de poder, nos permite pensar en la abstinencia. En “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” (1919) Freud señala,

Nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponerle nuestros ideales y, con la arrogancia del creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza. (p. 160)

Es que el psicoanálisis no tiene que ver con proponer una realidad mejor o más acorde a los valores de una época, justamente, no implica transmitir un modo de ser en el mundo. Por lo tanto será cuestión de abstenerse de diagnosticar ligeramente por intentar comprender qué sucede; será cuestión de abstenerse de aconsejar por considerar que esto puede llevar a un bienestar; será cuestión de abstenerse en la clínica y soportar la enorme dificultad que implica alojar a un otro con toda su alteridad. Se trata por lo tanto, de las renunciaciones que deberá asumir cada analista en su labor. Se suele decir que debe ser abstinentes, pero también es común que se lo entienda en términos conductuales. No obstante, consideraciones tales como *no hablar demasiado*, *no responder de más* parecen cuestiones más inhibitorias que abstinentes. No acompañar en ciertos casos por estas razones es reproducir la violencia que implica una situación de poder.

Por último, señalar que tanto para la ética como la abstinencia no hay formación teórica ni práctica acabada. Se nos impone como un ejercicio constante y permanente.

Hacia una escucha del malestar en la cultura

En segundo lugar, el analista será quien escuchando al sujeto escuche al mismo tiempo el malestar en la cultura. En otras palabras, aquellas problemáticas que atañen a la época en la que nos encontramos inmersos y que son parte constituyente del enfermar. Es muy importante que esto suceda en tanto no hay sujeto y por ende analista, aislado. Citando a Lacan “Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época” (Lacan, 1953 p. 308).

A partir de aquí interesa plantear como horizonte de época lo que es posible de ser escuchado desde un dispositivo analítico, como efecto de la lógica manicomial. La misma genera un plus de malestar sobre el ya existente, es decir, aquel que soportamos por nuestra mera condición de sujetos. Aquello que Fernando Ulloa (2012) llamó *el malestar hecho cultura*, ubicando precisamente al hospital psiquiátrico como generador de una cultura de la mortificación.

Por cierto, no podemos dejar de mencionar al capitalismo como aquello que atraviesa nuestra cultura actual. En efecto, notamos una especie de continuidad entre lógicas capitalistas que rechazan y expulsan a los sujetos no consumidores, con lógicas manicomiales que se encargan del sujeto loco, también segregado de lo social y por esto, contenido en los muros de la institución psiquiátrica. Se ve aquí como el manicomio cumple con otras funciones más allá de lo puramente sanitario o asistencial.

Nuevamente los desarrollos de Foucault (1996) pueden servir para pensar esta relación, ya que destaca la vinculación entre la psiquiatría y lo social a partir de la noción de individuo peligroso adosada a la locura. Esta figura se viene forjando desde el siglo XVIII, en una

conjunción entre el poder judicial y el poder psiquiátrico, como un modo de dar respuesta a problemáticas de índole social.

La psiquiatría, en el tránsito del siglo XVIII al XIX, adquirió su autonomía y se revistió de tanto prestigio porque pudo inscribirse en el marco de una medicina concebida como reacción a los peligros inherentes al cuerpo social (...) Los alienistas de la época (...) eran conscientes de tratar un “peligro” social, puesto que la locura estaba ligada, a su juicio, con condiciones malsanas de existencia (superpoblación, promiscuidad, vida urbana, alcoholismo, desenfreno), o era percibida como fuente de peligros (para uno mismo, para los demás, para el entorno y también para la descendencia por mediación de la herencia). (Foucault, 1996, p. 163/164)

Las representaciones sociales que hacen del loco un sujeto peligroso siguen vigentes y es por esto que el camino hacia la desmanicomialización debe incluir necesariamente el instalar este debate a nivel social. Son conocidas las numerosas dificultades que encuentran los usuarios de salud mental para restablecer lo cotidiano luego de que este sea truncado por el encierro. Lo cual sin dudas se ve relacionado con el peso de las etiquetas locura y peligro. Reciben por ende una doble exclusión. Primero la que los llevó a la internación hospitalaria, ya que está mayormente se implementa por la falta de recursos afectivos, vinculares y/o materiales. Esta es la situación del 37,2% de los internados por motivos de “problemáticas sociales y vivienda” expuesto en el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental del año 2019. Y luego, si logran la externación, nuevamente se ven excluidos ya que su paso por la institución opera como marca que dificulta el reingreso a lo social. Por ejemplo a la hora de conseguir un empleo. Pensemos aquí en Goffman (1963) y su precisión en la noción de estigma. Qué paradójico resulta entonces que el manicomio sea presentado como lugar de curación.

Este breve recorrido lleva a plantear que si el analista puede hacer uso de las herramientas que se vienen describiendo, sea asumiendo una posición ética y abstinente, sea escuchando al sujeto en su particularidad pero también en la complejidad del contexto en el cual se encuentran inmersos, podrá aportar desde su clínica contribuyendo a aliviar el malestar desde la perspectiva del sujeto, pero además aportando a repensar lo que sucede a nivel social. Aquel que trabaje en relación al campo de la Salud Mental tendrá que conocer sobre las diferencias entre lógica manicomial y lógica antimanicomial, las prácticas que se han realizado en el campo junto con las que aún siguen vigentes, y tener presentes las dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden directamente sobre el padecimiento psíquico. Podemos aventurar que esto último, lejos de desvanecer su especificidad como suele aducirse enriquecerá su escucha.

Como vemos la complejidad es una variante que se ciñe a ambos campos, nos encontramos que tanto el psicoanálisis como la salud mental implican ejercer prácticas de la dificultad. Freud (1937) ya ubicó al primero en su lista de imposibles, ¿será la desmanicomialización lo siguiente a agregar?

Imposibles freudianos

Para iniciar este apartado tomaremos el texto de Freud titulado “Análisis terminable e

interminable” (1937). Al comienzo del mismo, Strachey nos dice que este artículo “deja una impresión de pesimismo en relación con la eficacia terapéutica del psicoanálisis” (p. 214). Esto mismo leemos en el recorrido que va a armando Freud a lo largo de sus capítulos, donde se pregunta sobre los modos de hacer frente a toda una serie de dificultades que surgen en la clínica. Cuenta sobre las críticas recibidas por la duración del tratamiento, las resistencias que se erigen en el camino, e incluso cuestiona si la cura analítica sería tal o solo logra resultados a corto plazo.

La cita que me interesa destacar es la siguiente:

Detengámonos un momento para asegurar al analista nuestra simpatía sincera por tener que cumplir él con tan difíciles requisitos en el ejercicio de su actividad. Y hasta pareciera que analizar sería la tercera de aquellas profesiones ‘imposibles’ en que se puede dar anticipadamente por cierta la insuficiencia del resultado. Las otras dos, ya de antiguo consabidas, son el educar y el gobernar. (Freud, 1937, p. 249)

Ahora bien, ¿qué quiere decir con esto? ¿Qué implica para nosotros y para nuestro que hacer dicha categorización? Que estas prácticas sean imposibles se relaciona con el éxito que pueden alcanzar, es decir, si se las incluye es porque todas ellas en algún punto *fracasan*. Se podría decir que en determinado momento de su desarrollo encuentran un límite que no puede ser franqueado ya que siempre existirá un núcleo ineducable, ingobernable e inanalizable. Por lo tanto lo que ponen de manifiesto es lo inacabado de la experiencia. Sin embargo, y esto es lo que debemos enfatizar, no significa que no podamos practicarlas. Por el contrario, la ética freudiana nos advierte que trabajar psicoanalíticamente obliga a reflexionar sobre el límite mismo. Entendiendo además que este no opera al modo del cierre o clausura, sino que abre todo un campo de intervención posible.

Imaginemos ese límite como el punto final de una recta, donde la importancia debe centrarse en el recorrido mismo de la línea y no en su término.

Es menester puntualizar que Freud añade al psicoanálisis junto a estas prácticas por considerar puntualmente la cura analítica como un imposible. La misma es entendida aquí como ausencia de síntomas, ya que en reiteradas ocasiones cuenta como fracaso de la técnica el no haber podido eliminar por completo la sintomática de un sujeto. Ahora bien, ¿esto sería posible?

Si tenemos presente desarrollos psicoanalíticos anteriores, Freud enuncia al síntoma como el resultado, la expresión, de un conflicto entre mociones pulsionales. En su texto “La moral sexual ‘cultural’ y la nerviosidad moderna” (1908) expone cómo el sujeto se ve obligado permanentemente a reprimir sus pulsiones, dado que su satisfacción entraría en confrontación con un otro, que a su vez representa lo social. Dicho en otras palabras, aquí el hombre también encuentra un límite en su existencia encarnado en la *Ley* que deberá soportar.

Los neuróticos son aquella clase de seres humanos que en virtud de una organización refractaria sólo han conseguido, bajo el influjo de los reclamos culturales, una sofocación aparente, y en progresivo fracaso, de sus pulsiones, y que por eso sólo con un gran gasto de fuerzas, con un empobrecimiento interior, pueden costear su trabajo de colaboración en las obras de la cultura, o aun de tiempo en tiempo se ven precisados a suspenderlo en calidad de enfermos. (p. 171)

Por lo tanto si bien el síntoma genera malestar y sufrimiento en la vida de los sujetos, es la dimensión que al mismo tiempo nos humaniza. Mientras el hombre sea parte de la cultura, el síntoma no cesará ya que como bien ubica Freud en la cita anterior, la sofocación

escuchar ese decir que trae aparejado el síntoma ya que eso habla y dice del sujeto, incluso más de lo que este quisiera. Trabajando con él podremos ver cuáles son los diversos modos de posicionarse subjetivamente ante el mundo, para intentar mitigar aquellos que causan mayor sufrimiento y dificultan lo cotidiano.

Cuando decimos que en psicoanálisis *la cura viene por añadidura* no hacemos más que poner el acento en la clínica de la escucha entendiendo que el alivio sintomático, los cambios de posición subjetiva serán efecto de la misma, pero en un tiempo imposible de ser definido. Nos posicionamos en la vereda de enfrente de aquello que Freud denominó *furor curandis*, ese deseo desmedido por curar, porque este no hace más que obstaculizar nuestra labor. Por esto, el límite también es aquel que tiene que reconocer cada analista para sí mismo. Un posicionamiento que reconoce y asume sus limitaciones lejos de desvalorizar al psicoanálisis lo potencia ya que más cerca de lo imposible nos encontremos, más cerca estaremos de la verdad.

Por último, la lectura de Lacan puede permitirnos una mayor articulación. En su texto "El triunfo de la religión" (2006) toma la cuestión de los imposibles freudianos y dice "el análisis es una función todavía más imposible que las otras (...) este se ocupa muy especialmente de lo que no anda bien. Por eso, se ocupa de esa cosa que conviene llamar por su nombre (...) lo real" (p. 75/76). Y más adelante señala, "el psicoanálisis no triunfará, sobrevivirá o no" (p.78). Podemos agregar que sobrevivirá siempre y cuando no llene de sentido ni de respuestas a todos los interrogantes ya que esa vía conduce a un posicionamiento dogmático. El límite además marca una dirección en tanto acercarnos a los bordes, es también acercarnos a lo real. "Es a esa articulación de la verdad a la que Freud se remite al declarar imposibles de cumplir tres compromisos: educar, gobernar, psicoanalizar" (Lacan, 1956, p. 401). Recordemos que cuando Lacan se refiere a la verdad dice que esta solo puede ser enunciada a medias. Por ende, si apuntamos a una verdad en psicoanálisis situamos nuevamente algo que hace tope a nuestra experiencia.

Teniendo presente este recorrido, ¿cuál es la razón que nos lleva a pensar que la desmanicomialización sería una nueva práctica imposible?

La difícil tarea de desmanicomializar

Para comenzar situemos lo siguiente, en primer lugar la desmanicomialización es la alternativa propuesta a lo manicomial. Alternativa que, recordemos busca ser superadora. Retomemos brevemente nociones que lo manicomial supone: modos de entender y tratar la locura que implican entre otras cosas encierro, procesos de cronificación institucional, medicalización de la vida, ausencia de la noción de sujetos de derechos, objetivación de los sujetos y todo aquello que se viene demostrando desde hace ya tiempo.

Enfoquémonos ahora en dar cuenta de por qué una práctica como la desmanicomialización sería un imposible. Si dijimos que esta categoría significaba pensar de algún modo en resultados no acabados, poniendo a jugar fuertemente la noción de límite, ¿cuáles serían aquellos que surgen en el campo de la salud mental? Si consideramos a la desmanicomialización como un proyecto a realizar en continuo, como un trabajo persistente en el tiempo, el *fracaso* vendría ligado a los retornos de lo manicomial.

Emiliano Galende (2008) señala, "si un psicoanalista no tiene una perspectiva de lo que significa el hospital psiquiátrico, los manicomios, las relaciones de poder que están allí, puede fácilmente reproducir aquello con lo cual está operando" (p. 418). Esto implica que si

dos cuestiones que podrían retornar fácilmente. La primera es la objetivación consistente en reducir al sujeto a la condición de objeto. ¿Cuándo un sujeto deviene objeto de estudio? En primer lugar, cuando no se lo escucha. Esto que tal vez puede sonar muy simple, es capital, ya que si no se escucha lo que ese sujeto tiene para decir es muy probable que luego se tomen decisiones basadas en un saber que prescinde del enfermo. Nos encontramos con prácticas desubjetivantes que son reconocibles principalmente a partir de los dispositivos de poder que ponen en juego. Sin embargo, nuestra praxis no puede omitir jamás la dimensión subjetiva. Con respecto a esto Galende (2008) menciona,

Quando hablamos de generar una dimensión ética diferente, estamos hablando de crear condiciones para que el otro –al que atendemos– sea un sujeto, sea un semejante, sea alguien como nosotros, es decir que pueda también tener voz, capacidad de decisión y pueda compartir las decisiones que se tomen acerca de su propia salud.(p. 416)

Si apuntamos a sostener una clínica de escucha debemos ser capaces de crear espacios en donde alguien pueda decir. El analista debe poder ofrecerse al lazo transferencial para que este se genere. Es decir, hay algo que debe aportar, una cierta disponibilidad. La segunda situación la podemos pensar a partir de considerar los efectos de la institucionalización. ¿Qué decimos con esto?

Quando nosotros vamos a un hospital psiquiátrico y vemos a estas personas que llevan diez años internados, estamos viendo a un producto de esa institución; no vemos ni a la persona ni a la enfermedad que lo llevó al hospital, vemos a una personalidad institucionalizada, reproductora de los modos de pensar y de hacer del orden de la institución. (Galende, 2008, p. 409)

Como bien señala este autor, la institución manicomial imprime modos de ser en los sujetos. Esto es la cronificación, es decir, la producción subjetiva propia de la institución manicomial. Esos modos tienden a fijarse, cortan con todo lo anterior del sujeto para forjarse en una nueva identidad signada por el hospital psiquiátrico. Estas cristalizaciones no son sólo al nivel del individuo internado sino que se establecen en todo el saber institucional en juego. Si las internaciones se prolongan durante tanto tiempo es porque se cree que hay algo allí de carácter irreversible. A su vez, *casualmente*, esto permite sostener la legitimidad de su funcionamiento.

Dicha reflexión es solidaria con lo planteado por Cornelius Castoriadis. El mencionado autor es ante todo un militante y en su pensamiento podemos encontrar reflexiones filosóficas, históricas, políticas y sociales. Ha desarrollado nociones muy claras en torno a lo institucional, y es allí en donde nos centraremos.

Todos somos en primer término, fragmentos ambulantes de la institución de nuestra sociedad (...) De conformidad con sus normas, la institución produce individuos, quienes, por construcción, son no solamente capaces de reproducir la institución sino que están obligados a reproducirla. La 'ley' produce los 'elementos' de manera tal que el funcionamiento de estos incorpora, reproduce y perpetúa la ley. (Castoriadis, 1988, p. 68)

Si bien aquí se hace referencia a lo institucional en sentido amplio, nos permite reafirmar lo anterior, en tanto toma a la institución como aquello que le da forma, sentido a la psique de los individuos y a la sociedad. Su obra además, nos permite pensar en la posibilidad de un hacer frente a eso. Tanto el individuo como la sociedad pueden cuestionar todo aquello que aparece como inmutable. ¿De qué modo? Haciendo uso del imaginario radical, en tanto fuerza instituyente, que rompe con lo establecido. Este posicionamiento deviene

de que lo manicomial retorna, contamos asimismo con herramientas concretas para seguir de todos modos practicando la imposibilidad. Esto es, hay un hacer allí plausible de ser puesto en acto. A su vez, esta reflexión se relaciona íntimamente con otro de sus desarrollos centrales que es el proyecto de autonomía.

El proyecto de autonomía con su interrogación permanente crea un eidos histórico nuevo cuya fórmula es: crear las instituciones que, interiorizadas por los individuos, faciliten lo más posible el acceso a su autonomía individual y su posibilidad de participación efectiva en todo poder explícito existente en la sociedad. (Negroni, 2011, p. 29)

Es muy notoria la similitud entre lo planteado por Castoriadis con lo postulado en proyectos de desmanicomialización. El eje está puesto en el sujeto, pero en uno que cuente con los recursos necesarios para poder modificar aquello que le genera sufrimiento. La intención de este recorrido es proponer al analista como aquel que pueda ser parte de ese proceso, pero entendiendo que su mera presencia no es la garantía de lo terapéutico. Que el sujeto sea parte de sus procesos de salud - enfermedad apunta al protagonismo decisivo que se debe otorgar a cada usuario en salud mental. El psicoanálisis comparte este posicionamiento. Que alguien hable, es también una invitación a implicarse en su decir.

Para finalizar, Castoriadis piensa que este proyecto de autonomía no será posible si no es abordado como empresa colectiva. ¿Cuál es la importancia del otro, los otros, en estos procesos de salud - enfermedad? Vayamos al siguiente apartado...

Una apuesta al lazo

Otro de los aportes del psicoanálisis a la salud mental puede ser pensado a partir del *lazo social*. Inclusive más que aporte de una disciplina a otra, también se podría plantear en términos de convergencia entre ambos campos.

Esto quiere decir que la *cura*, tanto desde una perspectiva analítica como una en salud mental, se relaciona con la posibilidad y disponibilidad para relacionarse con los otros. Ese otro que marca la alteridad, lo diferente, es indispensable en la vida de cada sujeto. Es lo que nos dice el psicoanálisis cuando entiende la constitución del sujeto en el campo del Otro. El lazo puede presentarse de diversos modos, los lazos de amor, entre ellos contamos con el de la transferencia, los lazos endogámicos y aquellos que pueden construirse por fuera del núcleo de lo familiar. La dimensión terapéutica precisamente reside en un tipo de lazo, el transferencial, que oficia de soporte en nuestra clínica. Es con ese otro que construimos la experiencia del inconciente, lo cual nos lleva a formular la imposibilidad del autoanálisis.

Ahora bien, si planteamos una lectura psicoanalítica del lazo social vemos que este concepto no aparece enunciado de modo similar a otros términos, que poseen un mayor desarrollo. No obstante, a partir de un breve recorrido bibliográfico sobre la obra freudiana podemos rastrear ciertas reflexiones y pasajes que den cuenta del mismo. Por ejemplo, uno de los primeros escritos como el “Proyecto de psicología para neurólogos” del año 1985, nos permite reflexionar vía la vivencia de satisfacción. Lo que esta vivencia pone de manifiesto es el estado de desvalimiento inicial de la cría humana para afrontar la vida. Los estímulos de índole interna que sufre el organismo no pueden ser cancelados mediante una acción propia. Dependen por lo tanto del auxilio ajeno, de ese otro que advierte el estado del niño y acude a su llamado. Momento inicial en la historia del sujeto que deviene un hecho estructural. Surge el siguiente interrogante, ¿será este el momento inaugural, el germen de todo lazo posterior?

Si vamos hacia “Tótem y Tabú” (1913) allí puede verse que la necesidad del otro no tiene que ver solamente con cuestiones puramente individuales, sino que atañe también a la historia de la humanidad. El mito que Freud construye a partir de los desarrollos de Darwin y Smith, supone que el hombre desde los tiempos primitivos ha vivido con otros, estableciendo diversos modos de organización social. Lo cual fue posible gracias a la instauración de la ley. De este modo, se dio paso a la sustitución del poder del individuo por el de la comunidad y este pasaje es el factor decisivo para ir del estado de naturaleza hacia la cultura.

Luego en “Psicología de las masas y análisis del yo” (1921) señala: La oposición entre psicología individual y psicología social o de las masas, que a primera vista quizá nos parezca muy sustancial, pierde buena parte de su nitidez si se la considera más a fondo. Es verdad que la psicología individual se ciñe al ser humano singular y estudia los caminos por los cuales busca alcanzar la satisfacción de sus mociones pulsionales. Pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción, puede prescindir de los vínculos de este individuo con otros. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo. (p. 67)

Con esto buscamos mostrar que incluso en su práctica individual, el psicoanálisis no deja de considerar a esos otros que forman parte de la historia de cada sujeto. ¿No es la escena

de un análisis la de un continuo decir sobre aquellos? Escena de duelos por los lazos perdidos, y la posibilidad de construir otros tantos nuevos.

Se considera por ende al sujeto en lo individual y en lo social, y se sostiene que estas dimensiones sólo pueden ser separadas a los fines teóricos.

En 1904 Freud dice que “no puede postularse para el tratamiento analítico ninguna otra meta que una curación práctica del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de rendimiento y de goce” (p. 241). Lo cual suele mencionarse también como el restituir la posibilidad de *amar y trabajar*. ¿Cuál es la noción de *cura* que aquí se transmite? El amor y el trabajo no pueden ser pensados sin un otro, por ende lo que un análisis permitiría restituir sería algo del orden de los lazos con la otredad. Lo cual es sumamente habilitante, entendiendo que es necesario poder salirse de la lógica del uno para poder habitar un proyecto colectivo, comunitario. Se trata entonces de posibilitar que un sujeto pueda realizarse a sí mismo y que esas acciones no impliquen entrar en contradicción constante con el conjunto. Señalemos que no se busca una *adaptabilidad* sumisa del hombre a la sociedad o a lograr una especie de *equilibrio* entre ambos, sino una integración necesaria. Integración que no es sin la dimensión conflictiva propia de lo humano.

Sabemos que la mayor causa de sufrimiento es la que proviene de los vínculos con otros hombres y la salida del ermitaño frente al malestar, es la menos efectiva. “El programa que nos impone el principio de placer, el de ser felices, es irrealizable; empero, no es lícito - más bien: no es posible - resignar los empeños por acercarse de algún modo a su cumplimiento” (Freud, 1930, p.83). La apuesta en este escrito es entonces pensar de qué modo nuestra labor puede contribuir en ese acercamiento al placer, entendiendo que el mismo se ve fuertemente vinculado a lo colectivo, allí donde las satisfacciones se comparten.

En nuestra práctica se parte de hablarle a un otro y es por esto que el psicoanálisis desde el inicio mismo implica comunidad. Ahora bien, si consideramos que el lazo social necesita de la ley y a la vez entendemos que la locura presenta dificultades en relación a esta, el resultado indicaría que en estos casos el lazo con otros de por sí, es dificultoso. Por esta razón, la respuesta que presenta el modelo manicomial no hace más que acentuar esta dificultad, generando una repetición y reproducción de la enfermedad, al modo de círculo vicioso. Cuando la persona es internada, es alejada de sus vínculos más cercanos, de su lugar de pertenencia y esta situación favorece la debilitación de los mismos. Se podría decir que lo primero que rompe el manicomio es el lazo. Por lo general, la llegada de un sujeto a la institución se relaciona con un suceso que ha quebrado con cierto orden. Ante esta irrupción de la locura, la institución pretende anular dicho conflicto ya que parte de suponer un *no malestar* en la cultura.

La salud mental: una pregunta por la vida con otros

Por esto es esencial la dimensión comunitaria que pone de manifiesto el campo de la salud mental. Cuando se piensa en intervenciones desde esta perspectiva, se lo hace en función del sujeto padeciente pero también de su contexto relacional. Este modo de lectura da cuenta de una visión amplia e integral del sufrimiento psíquico. Se plantean como interrogantes qué lugar ocupa su familia, qué procesos pueden acompañar, cuáles no y qué otras personas pueden contribuir en el tratamiento.

Siendo más importante aún el considerar a la internación como una medida de carácter restrictivo. La cual solo debería aplicarse en casos donde no hay otra alternativa posible, no debiendo sostenerse en el tiempo injustificadamente. Estos modos de tratar al padecimiento que se encuentran explicitados en el texto de la LNSMyA, denota un posicionamiento que considera la vida con otros como algo valioso. Que el sujeto pueda encontrarse rápidamente

con sus vínculos y que estos no se vean afectados por la exclusión que provoca el encierro, marca una dirección en los caminos de la cura.

Como señala Galende (2008), “ciertas condiciones de Salud Mental implican este punto básico que es un lazo social eficaz, efectivo. Sin lazo social no hay posibilidad de actuar y transformar las condiciones en que uno está existiendo o viviendo” (p. 421). Esto último puede pensarse en relación directa al proyecto de autonomía planteado anteriormente, ese accionar posible sostenido en un proyecto colectivo.

Se podría decir entonces que ser parte de la cultura conlleva a un malestar, pero estar por fuera de este deviene patológico y es causa de un sufrimiento aún mayor. Es bastante aceptado por los textos de temas sobre salud mental que la pertenencia a la red social es una forma de protección sanitaria. Es decir: un sujeto que se siente ‘en pertenencia a’ su propia red social, constituida por diversos grupos (amigos, pacientes, compañeros, vecinos, socios, correligionarios, camaradas, etc.) está menos expuesto a la posibilidad de enfermar. (Videla, 1991, p.23/24)

Por esto es indispensable que existan dispositivos que acompañen a los usuarios de salud mental a crear un *afuera* posible. No porque este no exista, sino porque puede devenir desconocido luego de tantos años de internación.

De algún modo es pensar en la capacidad del profesional psi para desarrollar intervenciones ligadas a su persona, pero teniendo como horizonte que el sujeto pueda prescindir cada vez más de esa mediación. En otras palabras, que alguien llegue a un espacio social por referencia ajena, pero que luego pueda elegir el mismo u otro diferente. Podría pensarse como un acompañamiento en el reingreso a lo cultural.

Justamente lo que pusieron de manifiesto las experiencias comunitarias es la importancia de pensar y de gestar estos espacios con otros. Los centros culturales, las cooperativas de trabajo, los espacios de vivienda, constituyen lo más logrado de estas prácticas de reforma y son esenciales para pensar en términos de salud mental. El acceso a un trabajo, como actividad que permite crear y su pago correspondiente, como un modo de reconocimiento por dicha tarea, parece el paso más decisivo hacia una integración social. Además cabe destacar la importancia de que todos estos escenarios se ven íntimamente ligados a una perspectiva de derechos.

Y esta consideración de los otros también atañe a nuestro modo de trabajo, ya que un posicionamiento en salud mental implica un abordaje interdisciplinario dada la complejidad del padecimiento. El equipo de trabajo, sus vínculos entre sí y con otras instituciones deviene fundamental. Este armado de redes resulta más eficaz aún cuando se lo liga al territorio. Por esto se debe reflexionar *en el lugar*, sobre los recursos disponibles y en el caso de inexistencia de los mismos evaluar las posibilidades de su aparición.

Mirta Videla (1991) haciendo referencia a la categoría de prevención en salud mental plantea que nuestra labor se relaciona con,

facilitar recursos para el desarrollo de acciones de autocuidado, desarrollar programas de promoción creados por la misma comunidad, es poner al alcance de los que más lo necesitan la información necesaria (también en materia de psicoanálisis) que les permita cuidarse y saber a que tienen derecho, por qué deben organizadamente luchar. (p. 54)

Es por esto que desmanicomializar es crear un encuentro posible con el otro, con lo diferente. No se trata de búsquedas homogeneizantes, sino de dignificar el estatuto de la diferencia. Para que la sociedad deje de segregar todo aquello que no anda, que no encaja en su ideal de normalidad.

Tanto el psicoanálisis en sus inicios con la histeria como la salud mental con la locura, se han encargado de propiciar una escucha de aquellos excluidos, porque se consideró que ese decir poseía un valor. ¿Qué escucha propiciamos hoy?

Comentarios finales

Para finalizar este recorrido, interesa señalar que estos aportes no pretenden ser totales y/

o completos. No sólo por entender a la formación como nunca acabada, sino por las nuevas problemáticas que surgirán en relación a ambos campos. De hecho durante este proceso de escritura, ha surgido una pandemia que obliga a repensar nuestras prácticas.

Si bien estas apuestas, como también las hemos llamado, han sido tratadas en diversos apartados puede notarse un eje que ha atravesado a todas ellas. *Una pregunta por la cura.* ¿Puede el psicoanálisis curar? ¿Y la salud mental? Más aún, ¿tiene relevancia una lectura que incluya a ambos?

No parece que estos interrogantes sean casuales, más bien se vinculan con el ejercicio profesional que esté escrito posibilitará. Como bien se señalaba en la introducción, representa un momento bisagra y por ende, es consecuente que surjan cuestiones ligadas a problematizar la eficacia de la técnica.

Considero que tanto el psicoanálisis como la perspectiva en salud mental son discursos emergentes que es necesario sostener y defender. Ya que brindan elementos valiosísimos para tratar el padecimiento psíquico. Uno y otro marcan un acontecimiento, es decir, un antes y un después, lo cual implica que podemos no estar de acuerdo con algunos de sus presupuestos pero no podemos pensar sin ellos.

Ante todo, desde estos lugares nos vemos obligados a tomar posición y desarrollar una praxis ética. Que sea respetuosa del sufrimiento, del sujeto portador del mismo y de la compleja relación entre ambos. No poseemos saberes totales, pero sí el suficiente para propiciar una escucha y a partir de allí desplegar posibles intervenciones.

Contrariamente a discursos que pretenden anular el malestar, el psicoanálisis y la salud mental parten de la consideración del mismo y hasta hacen de él su justificación. Sin dudas, además de nuestra labor se necesita de políticas claras y concretas para poder llevar adelante el cambio propuesto por la LNSMyA. En función de esto, podemos contribuir visibilizando las situaciones con las que nos encontramos, relatando nuestras experiencias y dificultades, y argumentando teóricamente las problemáticas. Este debate también debe instalarse socialmente, ya que la sociedad también debe transformarse para que en ella quepamos todas y todos. Para que ese lazo mencionado anteriormente sea posible, el usuario de salud mental como así cualquier otro necesita estar integrado a ella. Es por esto que la desmanicomialización es un proyecto que no se circunscribe a un determinado sector, sino que implica una transformación profunda de lo social. Al decir de Freud (1927),

Pero si una cultura no ha podido evitar que la satisfacción de cierto número de sus miembros tenga por premisa la opresión de otros, acaso de la mayoría (y es lo que sucede en todas las culturas del presente), es comprensible que los oprimidos desarrollen una intensa hostilidad hacia esa cultura que ellos posibilitan mediante su trabajo, pero de cuyos bienes participan en medida sumamente escasa. Por eso no cabe esperar en ellos una interiorización de las prohibiciones culturales; al contrario: no están dispuestos a reconocerlas, se afanan por destruir la cultura misma y eventualmente hasta por cancelar sus premisas. (...) Huelga decir que una cultura que deja insatisfechos a un número tan grande de sus miembros y los empuja a la revuelta no tiene perspectivas de conservarse de manera duradera ni lo merece. (p. 12)

Por último, más que concluir interesa relanzar la apuesta para seguir pensando en nuevas articulaciones sobre lo ya esbozado y lo que aún está por advenir.

Referencias bibliográficas

- Almeida, V., Chidichimo, M., Coll, L., Orpinell, F., Pochettino, F., Valdano, L. (2019)

¿Que hay que abrir para cerrar los manicomios en el 2020? Una lectura desde la perspectiva de las trabajadoras y trabajadores | Cerrar el manicomio no es achicar el Estado. Revista digital de IDEP SALUD MENTAL. Recuperado de:

<http://idepsalud.org/que-hay-que-abrir-para-cerrar-los-manicomios-en-el-2020-una-lectura-desde-la-perspectiva-de-las-trabajadoras-y-trabajadores-%C7%80-cerrar-el-manicomio-no-es-achicar-el-estado/>

- Castoriadis, C. (1988) *Lo imaginario: la creación en el dominio histórico social*. En Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto II. Barcelona. Gedisa.
- Cohen, H. & Natella, G. (1995) *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires. Lugar.
- Dell' Acqua P. *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio*. Recuperado de:
<http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf> - Diamant, A. (2010) *Mauricio Goldenberg, un camino hacia la psiquiatría humanizada. Marcas para la inserción de la Psicología Universitaria*. Anuario de Investigaciones, vol. XVII. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (1961) *Historia de la locura en la época clásica*. Nueva York. Pantheon Books.
- Foucault, M. (1996) *La evolución de la noción de individuo peligroso en la psiquiatría legal*. En La vida de los hombres infames. Buenos Aires. Altamira.
- Freud, S. (1895) *Proyecto de Psicología para neurólogos*. Tomo I. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1904) *El método psicoanalítico de Freud*. Tomo VII. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1908) *La moral sexual 'cultural' y la nerviosidad moderna*. Tomo IX. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1912) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Tomo XII. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1913) *Tótem y Tabú*. Tomo XIII. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1919) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Tomo XII. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1921) *Psicología de las masas y análisis del yo*. Tomo XVIII. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1927) *El porvenir de una ilusión*. Tomo XXI. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1930) *El malestar en la cultura*. Tomo XXI. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1937) *Análisis terminable e interminable*. Tomo XXIII. Buenos Aires. Amorrortu.
- Galende, E. (2008) *Desmanicomialización institucional y subjetiva*. Recuperado de:
<https://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Conferencia-E.-Galende.pdf> - Goffman, E. (1963) *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Gómez, A. (2004) *Práctica del Psicoanálisis y Posición Ética*. Revista Aesthethika International journal on culture, subjectivity and aesthetics. Volume 1.
- Lacan, J. (1953) *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En Escritos 1. Argentina. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1956) *La cosa freudiana, o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis*. En Escritos 1. Argentina. Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006) *El triunfo de la religión*. Buenos Aires. Paidós.

- Larrosa, J. (2003) *El Ensayo y la Escritura Académica*. Recuperado de:
<https://lecturayescrituraunrn.files.wordpress.com/2017/08/larrosa-jorge-2003-el-ensayo-y-la-escritura-acadc3a9mica.pdf>
- Ley N° 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones*. Boletín Oficial N° 32.041, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N° 2440. *Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental*. Boletín Oficial N° 909, 11 de septiembre de 1991. Legislatura de la provincia de Río Negro.
- Negroni, P. (2011) *Castoriadis y el proyecto de autonomía*. Revista Cátedra Paralela N° 8. UNR.
- Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. (2019). Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt_2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf
- Rotelli, F (2015) *Vivir sin manicomios*. Buenos Aires. Topia.
- Ulloa, F. (2012) *Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica*. Buenos Aires. Del Zorzal.
- Videla, M. (1991) *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires. Ediciones Cinco.