



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

“Para aguantar las victorias e ir por más.

Experiencias de desmanicomialización en Argentina”

Modalidad de presentación: Ensayo

Autor: Scarpolini, Iván

Legajo: S-5018/1

DNI: 34.238.777

Docente responsable: Zorrilla, Andrés.

-2026-

Agradecimientos:

A mi familia por transmitirme directa e indirectamente la humildad, el trabajo y el movimiento.

A mis amigos de la vida que me vienen bancando desde hace años para que me reciba.

A mis amigos de La Masotta que me permiten ser parte de una locura inédita.

A Lisandro Sague por la pasión y el peronismo.

A Sabrina Romero Hechem que me tuvo la paciencia para que pueda terminar este trabajo.

A Diego Armando Maradona por ser el mejor ser humano que pisó esta tierra.

A Juan Domingo Perón y a Eva Duarte que me permitieron ser el primer graduado de mi familia.

A la Facultad de Psicología y a la Universidad Pública.

A todo el pueblo argentino que día a día trabaja para que seamos el mejor país del mundo.

Índice:

Resumen	1
Introducción.....	2
Uno de los tantos comienzos posibles.....	4
Historia y locura en nuestro país	7
El lugar de la locura en la comunidad. Experiencia Moreno	12
El rol político del Estado en la Salud Mental. Experiencia San Luis	14
El protagonismo de los trabajadores. Experiencia Oliveros. Santa Fe	16
Conclusiones	19
Referencias Bibliográficas	21

Resumen

Este ensayo busca transmitir un recorrido teórico, histórico, clínico y político de algunos de los procesos de reforma del paradigma de trabajo en Salud Mental que se llevaron a cabo en nuestro país.

A los fines de este trabajo entendemos que toda experiencia dentro del campo de la Salud Mental, en todo su abanico clínico y político, deja huellas en forma de obstáculos, avances, éxitos, fracasos, construcción de nuevos interlocutores, desarrollo de normativas, etc.

Partimos de una historia que nos precede e incide en las formas y contenidos de nuestro pensar, hacer y decir. En todo caso, después veremos qué hacemos con eso, qué tomamos y qué intentamos cambiar, pero lo que no podemos hacer es desligarnos.

Analizar en cada una de estas experiencias, qué problemáticas particulares aparecieron, cuáles fueron los actores que participaron, quiénes se opusieron y bajo qué fundamentos.

Pero no para armar un museo de hazañas, heroísmos y quejas, sino para que resurjan como motor de nuevas construcciones.

Palabras claves: Desmanicomialización -Locura - Salud Mental - Clínica - Política

Introducción

El presente Trabajo Integrador Final se inscribe dentro del área problemática “Políticas públicas y Salud Mental” y, dentro de este campo, la temática que aborda es el análisis de las experiencias de desmanicomialización en la República Argentina a partir de los ejes clínicos y políticos. Toda experiencia dentro del campo de la Salud Mental, en su amplio abanico clínico y político, deja huellas que se recuperan en forma de obstáculos, avances, éxitos, fracasos, construcción de nuevos interlocutores, desarrollo de normativas, entre otros.

Partimos de una historia que nos precede e incide en las formas y contenidos de nuestro pensar, hacer y decir. En todo caso, después veremos qué hacemos con eso, que tomamos y que intentamos cambiar, pero no podemos desligarnos de la misma. Es así que analizar en cada una de estas experiencias qué problemáticas particulares aparecieron, cuáles fueron los actores que participaron, quiénes se opusieron y bajo qué fundamentos, tiene la intención, lejos de armar un museo de hazañas, heroísmos y quejas, sino de hacerlas resurgir como motor de nuevas construcciones.

Iniciamos con la premisa de que todos los actores implicados en estos procesos que buscan un cambio de paradigma en las prácticas en salud mental, ya sea quienes abogan por el o quienes se oponen, hablan y actúan desde una visión política particular, siguiendo a Alicia Stolkiner (2019): “Todas nuestras prácticas tienen una dimensión política, y todas nuestras prácticas al tener una dimensión política tienen una dimensión ética, y esta dimensión ética es básicamente un posicionamiento en relación al otro.” (pag.....)

A los fines de este trabajo nos interesa retomar los cimientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 porque da cuenta de un proceso de trabajo colectivo, de articulación, de hacer de la experiencia una herramienta que permita sostener prácticas en territorios singulares, dando lugar a construir las problemáticas de manera compleja y dinámica con el eje puesto en la garantía de derechos como determinante para una práctica enmarcada en una ética clínico-política. En ese punto, las prácticas se encuentran determinadas por la estrecha relación que existe en nuestro país entre los movimientos de desmanicomialización y el movimiento de derechos humanos.

Así como las terribles imágenes que produjo la Segunda Guerra Mundial (en especial Auschwitz) tuvieron fuertes consecuencias respecto a la idea del encierro a nivel mundial, los centros clandestinos de la última dictadura militar en nuestro país abrieron los debates en torno a la manicomialización y sus consecuencias. No es menor que sea un organismo de Derechos Humanos producto de las consecuencias de esta dictadura, quien tome la palabra y personifique la discusión sobre la Salud Mental, el encierro y la violación de derechos.

Reconocer las marcas que dejan las construcciones colectivas tiene incidencia en la producción de las prácticas, ya que el único modo de que la Ley se encuentre siempre en tensión y pueda despertarnos nuevos interrogantes en cada situación que se nos presente, es retomar las experiencias que le dieron lugar y sostienen sus fundamentos. En este sentido hacer una lectura política implica situar el momento de emergencia de una Ley que es una herramienta que retomamos porque nuclea una serie de procesos, embates, disputas que determinan el campo de prácticas orientándolas hacia una perspectiva de garantía de derechos.

De esta manera nos proponemos hacer un recorrido histórico de los paradigmas, las prácticas y las lógicas que subyacen a los mismos, ubicando a partir de experiencias previas a la sanción de la ley en distintas provincias de nuestro país, aquellas transformaciones que en las prácticas han demostrado que otro modo de acompañar el sufrimiento es posible.

El objetivo de este ensayo es indagar en estas experiencias con la intención de recuperarlas como insumos que motoricen nuevas construcciones, haciendo un aporte que permita acercarnos al cierre total de “manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados” tal como lo propone la letra de la ley.

Desarrollo

1. Uno de tantos comienzos posibles.

“Si la producción de subjetividad es un componente fuerte de la socialización, evidentemente ha sido regulada, a lo largo de la historia de la humanidad, por los centros de poder que definen el tipo de individuo necesario para conservar al sistema y conservarse a sí mismo”
Silvia Bleichmar

Emiliano Galende (2008) describe cuatro momentos que se desarrollan a lo largo de la historia de la humanidad para pensar el trabajo con la locura, se diferencian en tres puntos fundamentales: cómo conceptualizan las enfermedades mentales, de qué manera deben ser tratadas y quienes deben ser los responsables de tratarlas. Así desarrolla el momento “Político-Cultural”, el “Médico-Positivista”, el de “La influencia de la Psicopatología” y el momento “de la Salud Mental”; resaltando la importancia de pensarlos no como la superación de uno a otro sino de “dominancias transitorias que hacen que los principios de comprensión y las prácticas que se realizan son en gran parte simultáneas”. (Pág. 140)

A los fines del presente ensayo nos interesa desarrollar el momento “Médico Positivista”. Se caracteriza por nacer como consecuencia de la Revolución Francesa de 1789 y el nuevo lugar que va a tomar el Estado en relación a la población. Con la “Declaración del hombre y del Ciudadano”, el Estado comienza a aparecer como garante de los derechos de la ciudadanía, por primera vez surge la idea de la “asistencia” a cargo del Estado, reemplazando a la caridad y la beneficencia. Dentro de esta lógica el problema aparece frente a aquellas minorías que no forman parte de la maquinaria de producción capitalista y comienzan a ser un estorbo para la construcción de una democracia con una fuerte línea positivista. La solución se encontró en las manos de Philippe Pinel, Médico y Psiquiatra Francés:

Pinel no llega a Bicetre y Salpêtrière por su condición de médico y mucho menos porque poseyera un conocimiento sobre la locura, llega porque es un político confiable de la Revolución.

Pinel no ocultó su intención política, más allá de los artículos y libros que escribiera describiendo y clasificando estos trastornos, su propuesta terapéutica se basaba en el disciplinamiento moral del loco y en su restitución a la sociedad bajo los principios de la Revolución. (Galende, 2008, p. 143)

Pinel encarna el saber médico que justifica y fundamenta el control y la custodia sobre el loco en función del “bien común”, en donde su “tratamiento moral” se basaba en tres pilares: aislar al sujeto de sus familias, obligarlo a abandonar su hogar y ubicarlo en una institución especializada; lo cual podemos traducir en el encierro del loco en un monovalente. Así, el encierro se justificaba bajo el discurso médico.

Podemos pensar a este momento como el impulsor de una forma de “tratamiento” de las enfermedades mentales basadas en la reclusión y el castigo. Un paradigma que va a sostenerse en el tiempo hasta el día de hoy.

Luego de la finalización de la Segunda Guerra Mundial podemos ubicar dos consecuencias que afectan profundamente el Campo de la Salud Mental. Por un lado, la aparición del Estado de Bienestar en Europa Occidental que tenía como bandera las políticas económicas del keynesianismo. John Keynes fue un economista inglés muy reconocido, que proponía, sobretudo en épocas de crisis, que el Estado debe tener una participación muy activa para hacer frente a las desigualdades inherentes al Sistema Capitalista, con políticas públicas como la redistribución del ingreso, subsidios, seguro de desempleo, etc. Se oponía a las ideas liberales de Adam Smith, que tenía como máxima la conocida frase “dejen hacer, dejen pasar”, haciendo referencia a que el mercado debía tener total libertad de acción ya que este se regulaba solo beneficiando a toda la sociedad. Frente a eso, Keynes sostiene que sin la regulación del Estado mediante políticas proteccionistas, quienes se benefician son solo unos pocos. Comienza una etapa de un Estado activo y proteccionista, y más allá de las teorías económicas, lo que nos interesa resaltar en este ensayo, es que se comienza a pensar en la función del Estado como un garante de derechos que interviene frente a las desigualdades. Por otro lado, las imágenes de los campos de concentración del nazismo (en especial Auschwitz), ponen en evidencia las similitudes con los hospitales psiquiátricos: confinamiento, privación de la libertad, prácticas deshumanizantes, pérdida de la identidad, pérdida del tiempo, deshistorización y objeto de violencia institucional. Como consecuencia se comienza a repensar el encierro a nivel mundial, a partir de esto empiezan a germinar las ideas que terminarían en la Desinstitucionalización Italiana de la mano de Franco Basaglia y Franco Rotelli, la

Antipsiquiatría Inglesa sostenida por David Cooper y Ronald Laing, o las políticas públicas de sector en Francia. Estas perspectivas que se ponen en juego se sustentan en una concepción de sujeto de derechos, autónomo, capaz, socialmente activo. (de Souza Campos, 2021)

Una persona con una enfermedad mental entra en el manicomio como “persona” para convertirse allí en una “cosa”. El paciente, en primer lugar, es una persona y como tales deben ser considerados y atendidos (...) Y nosotros estamos aquí para olvidarnos que somos psiquiatras y para recordar que somos personas (Franco Basaglia, discurso al personal del hospital de Gorizia al asumir como director, 1961)

Otra consecuencia a resaltar es la creación en 1948 de la Organización Mundial de la Salud, cuya definición de salud se hizo popularmente conocida: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Tatiana Moreno (2011), en su escrito “Paciente, sujeto, usuario: dime cómo nombras y te diré quién eres”, sostiene que si bien la definición es discutible, deberíamos resaltar el gran cambio que produce al correr a la salud de una sola disciplina (la medicina) o de una sola dimensión (lo biológico) para ponerla en el ámbito de la interdisciplina, dice Moreno: “La alteración en la salud mental de una persona implica complejidad y la necesidad de abordaje desde distintas disciplinas” (p. 07)

2. Historia y locura en nuestro país

Javier Trimboli (2022) resalta la importancia y la diferencia que conlleva el pensar determinados conceptos, determinadas líneas de pensamiento, en clave nacional, tomando pensadores, actores y procesos que hayan ocurrido en nuestro país. Porque si bien en líneas generales las diversas experiencias que existen a nivel global comparten el poner en tela de juicio el manicomio, el plantear alternativas a las lógicas manicomiales, si centramos el ojo en nuestro país podemos notar las particularidades que se relacionan con nuestra historia y nuestra idiosincrasia.

La particularidad más importante, es la relación que existe en nuestro país entre los movimientos de desmanicomialización y los organismos de derechos humanos. Hay una articulación constante entre el campo de la salud mental y el campo de los derechos humanos, y está relacionado directamente con nuestra historia, ya que los centros clandestinos de la última dictadura militar de nuestro país abrieron los debates en torno a la manicomialización y sus consecuencias. Así como resaltamos el impacto que tuvieron los campos de concentración a nivel mundial, en Argentina vamos a encontrar que los centros clandestinos de la última dictadura militar abrieron los debates en torno a la manicomialización y sus consecuencias.

A principios de los años 2000 se desarrolla el Primer Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos organizado por las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo, en donde referentes de la salud mental y de otros campos debatían en relación a la problemática. Congresos que se repetirían a lo largo de los años, y en donde comenzaban a ponerse en la mesa del debate y la discusión conceptos clínicos fundamentales, como el de interdisciplina y el abordaje comunitario, que luego se transformarían en parte de la letra de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. En el congreso del año 2004 estaban invitados Terapeutas, Psicólogos y Médicos, pero también Artistas, Comunicadores Sociales, Educadores Populares, entre otros; se buscaba instalar la importancia de la interdisciplina, de sumar a otros actores a la discusión, actores que estén por fuera del ámbito de la salud y de la salud mental, entendiendo a ésta como una consecuencia de múltiples factores, y resaltando la importancia de toda la comunidad y de diferentes actores para desarrollar alternativas al manicomio. La ley, en sus artículos 8 y 9 establece que:

Debe promoverse que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores con la debida acreditación de la autoridad competente...

El proceso de Atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, art. 8 y 9)

La interdisciplina no es la mera sumatoria de diversos actores que participan, su fundamento conceptual es entender que ante la complejidad del padecimiento subjetivo de una persona no hay ninguna disciplina que pueda abarcar la totalidad del problema, la interdisciplina presupone que cada disciplina tiene límites teóricos que necesariamente debe poner en articulación con otros saberes. Es decir que los saberes propios de la psiquiatría o de la psicología tienen que ponerse a jugar con otros saberes pertinentes a la salud mental. El trabajo interdisciplinario de una forma articulada y horizontal respeta la concepción del sujeto psicoanalítico, ya que el surgimiento de jerarquías por fuera de las vicisitudes singulares de cada caso -lo que en psicoanálisis se llama transferencia- no hace sino anticipar la objetivación del Usuario de Salud Mental, y esto más allá de los encierros diagnósticos e incluso bajo el orden de las mejores intenciones terapéuticas. Un equipo que construye jerarquías burocráticas niega y desconoce la condición de sujeto y los lazos singulares a partir de los cuales esta última es posible.

Retomando a Tatiana Moreno (2011) la ley se enmarca en un “campo social más extenso, el de los Derechos Humanos” que contiene leyes y procesos tales como la ley del Matrimonio Igualitario, la ley de Identidad de Género, la ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, el comienzo con los juicios a las juntas militares, entre otras.

Para que nuestras prácticas aporten al ejercicio pleno de los derechos resulta fundamental la recuperación de los fundamentos, a contrapelo de lo que plantean sectores concentrados del poder (reflejados y reproducidos claramente por los medios de comunicación, por situar un ejemplo) ¿Por qué querrían que algo cambie? Si se pone en riesgo sus privilegios y necesitan que las mayorías estén pasivas. En este sentido recuperamos las palabras de Emiliano Galende:

Reconociendo y retomando los movimientos que pujan por cuidar las herramientas que amplían derechos, ya que son los que generan las disputas desde una lucha de interpretaciones. Generar las lecturas situadas en un contexto, es comprender que los procesos de sufrimiento no son territorio exclusivo de la salud mental. De este modo, articular y acompañar estos procesos colectivos es la única manera de ir a contrapelo de las lógicas del odio y la destrucción que son el germen de la desesperanza y el arrasamiento subjetivo. (Galende, 2022. Pág 43)

Siguiendo esta línea, y justamente a la salida de la última dictadura militar, en 1983, comienza en Río Negro un proceso progresivo de desmanicomialización y de reforma integral del Sistema de Salud Mental de la Provincia, que tiene como máximos hitos el cierre definitivo del manicomio provincial en el año 1988 y la creación de la Ley provincial 2.440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, cuyo principal objetivo es “La recuperación de la identidad, respeto y dignidad de la persona con padecimiento mental expresada en términos de reinserción comunitaria”.

Podemos preguntarnos para hacer un paralelismo cómo funcionaban antes de la reforma, en los Hospitales Generales de las diferentes ciudades, cuando concurría alguien con padecimiento subjetivo, se manejaban dos opciones: esperaban la llegada de “especialistas en salud mental” que iban viajando de localidad en localidad para ver qué se hacía en cada situación, o se los internaba en el único Hospital Psiquiátrico de la provincia, a 500km de la capital, muy alejado de dónde vivían la mayoría de los usuarios.

En este escenario ubicamos que como el personal de salud no tenía las herramientas de formación para trabajar con problemáticas en salud mental y tenían que esperar que lleguen los especialistas, lo que se hacía en la gran mayoría de los casos era sacarse el problema de encima y enviar a la gente al hospital psiquiátrico. Y aún aquellos usuarios que llegaban a ser atendidos por especialistas, como luego no había un seguimiento del tratamiento indicado, solían sostenerlo por algunos días y nada más, porque no existía ni un sostén ni un acompañamiento. Por lo que la opción a un tratamiento serio y a largo plazo era prácticamente inexistente, siendo estas las condiciones antes de la reforma en salud mental en la provincia.

Con el proceso de desmanicomialización, que fue progresivo y que llevó varios años, aparecen cambios fundamentales, tanto prácticos y tangibles, como cambios discursivos y de lógica, porque tal como lo cuentan en el libro “La desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro”, uno de las tareas más difíciles que tuvieron que realizar fue la de trabajar los prejuicios y los valores negativos que tenían sobre la locura en la comunidad, inclusive los profesionales médicos (Cohen, 2013)

Podemos ubicar tres cambios estructurales que marcaron un antes y un después: El primero es la apertura de camas para usuarios de salud mental en todos los hospitales generales de la provincia, lo que tiene como consecuencia que el usuario no tenga que irse a 500km de su casa, no tenga que ir a un manicomio y cargar con ese estigma, y estar en un lugar en donde se le niegan los derechos humanos básicos, donde su padecimiento muy probablemente vaya a empeorar. En segundo lugar, comienzan a crearse Dispositivos Sustitutivos como centros de día, casas de medio camino, centros de promoción laboral, entre otros. Y como tercer cambio, la creación de los “Equipos móviles de intervención en crisis”, que estaba integrado por profesionales de Salud Mental y cuyo objetivo era: “Rescatar y potenciar los recursos de salud existentes tanto, y esto es importante, sobre los trabajadores de salud, pero también sobre la comunidad” (Cohen, 2013). Bajo este concepto se crean asambleas comunitarias, en donde participan vecinos, policías, líderes religiosos, miembros de la comunidad educativa, miembros de los medios de comunicación, entre otros actores. En las mismas se realizaban capacitaciones y por otro lado se planteaban problemas a trabajar entre todos los actores para encontrar una solución. De esta manera el problema no quedaba en manos de un solo profesional o de pocas personas, sino que se implicaba a toda la comunidad para resolverlos.

Todo esto para “volver innecesario al manicomio”, es decir no cerrar primero el manicomio y después comenzar a trabajar, sino primero realizar aquellos cambios que puedan generar condiciones para que los usuarios que ya estaban viviendo en él no queden a la deriva, pero también para demostrar con hechos que la existencia del manicomio no tiene asidero. En esta línea el cierre del manicomio sucede como consecuencia y no como causa. Entendemos que el debate contra el manicomio no se limita al edificio físico ni solamente sobre lo que pasa dentro de él, sino que el debate se amplía sobre lo que son las lógicas manicomiales, que pueden darse en cualquier ámbito:

La desmanicomialización es fundamentalmente una práctica. Parece importante reafirmar este concepto, ya que se constataba (y aún hoy se constata) que el discurso que enarbolaba la idea de la desinstitucionalización no siempre tenía

detrás y a continuación una práctica acorde con dichas expresiones, y, por el contrario, en oportunidades se alejaba de ellas.

Más allá del ámbito de intervención (sean centros de salud, hospitales generales, organizaciones comunitarias, etc), se pueden ejercer de igual modo prácticas autoritarias, paternalistas y hegemónicas.

Una práctica que demuestra día a día que se puede trabajar sin manicomio define la desmanicomialización (“La desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro”, 2013, pág. 64)

3. El lugar de la locura en la comunidad. Experiencia Moreno

Otra experiencia en el campo de la Salud Mental previa a la sanción de la ley nacional fue la que se realizó en la ciudad de Moreno Provincia de Buenos Aires, localidad de 170.000 habitantes. A 30KM de Moreno, en la ciudad de Open Door, se encuentra un manicomio que constituía la única opción para los Usuarios de Salud mental, en algunas situaciones se realizaba directamente la internación o si existía la posibilidad de proponer un tratamiento externo la única manera de asistir era viajando desde Moreno periódicamente para conseguir los medicamentos recetados, por lo que el resultado era siempre el mismo: más tarde o más temprano el usuario lo terminaba abandonando.

En el año 2004 asume el cargo de director de Salud Mental de Moreno Roberto Gutman, un Psicólogo que comienza progresivamente a realizar varios cambios. Se comenzó a articular con el Manicomio de Open Door, para relevar cuántas personas del municipio de Moreno estaban internadas y poder contactarse con sus familias, comenzar a pensar situación por situación. En los casos de usuarios que no tuviesen familia o que la familia no podía alojarlos, se creó desde el municipio una casa destinada particularmente para los usuarios que fueran externados del hospital.

En este punto encontramos una transformación fundamental, ya no es el mismo tratamiento para todos por igual, el hospital psiquiátrico con excesos de psicofármacos como única respuesta posible, sino que se abre la posibilidad de pensar qué es lo mejor para cada uno de los usuarios, de forma particular e involucrando a las familias.

Por otro lado, aparece la figura del Acompañante Comunitario en Salud Mental, que tenía como objetivo armar una red comunitaria que posibilitara alojar la locura y que permitiera que el loco tenga un lugar en la comunidad. Así, se comienzan a realizar capacitaciones teóricas y prácticas para los vecinos del Municipio de Moreno, cuya tarea era, según palabras de Roberto Gutman (2013) "capacitar a los vecinos para que puedan acompañar a la locura". A partir de estos espacios, los vecinos además de adquirir herramientas teóricas, comienzan a desarmar los prejuicios que tenían sobre la locura, Gutman cuenta la situación de una vecina que pasó de juntar firmas para que no se instalara la casa de externación a ser una de las Acompañantes Comunitarias.

Santiago Gomez (2015), Psicólogo que trabajó en la experiencia de Moreno, cuenta una viñeta, en relación a una madre que tuvo que ser internada y el problema que apareció fue qué hacer con sus hijos pequeños, mientras algunos profesionales querían llevarlos a orfanatos, la solución vino desde los mismos vecinos, y uno dijo “bueno, yo los puedo llevar al colegio, con otro almorzaba, se quedaban a dormir en la casa de una familia vecina” y de esta manera la respuesta vino desde la comunidad.

En relación al lugar del loco en la comunidad, Marcelo Percia, en su libro *Deliberar la Psicosis* nos trae la situación de una usuaria que pedía quedarse dentro del manicomio aun cuando le dieron el alta, porque no tenía a donde ir, o tenía miedo del lugar al que iba a ir.

Una mujer del psiquiátrico no quiere salir, piensa la internación como amparo. Desde que está encerrada aprendió a ver el futuro. En su visión, falta poco para que la muerte arrase la ciudad. Entonces, solo habrá refugio dentro de estos muros. Dice que es mejor quedarse, después será tarde para volver o ya no habrá lugar. Prefiere ser una interna antes que ser nadie, en la sala del hospital, dice la mujer, me esperan, me atienden, saben lo que necesito. Es decir que le dan un lugar claro, previsible.

No es lo mismo que le den un lugar que tener que hacerme un lugar, hacerme un lugar supone participar de zonas indefinidas, borrosas, equívocas, indisciplinadas. Cierto. Pero para hacerme un lugar es necesario la existencia de lugares por disputar. (Percia, 2013, pág. 64-65)

Precisamente, la red de Acompañantes Comunitarios lo que logró fue desarrollar una base para que pudiera aparecer la creación de estos lugares, que no eran lugares predefinidos en relación a lo que espera la sociedad de la locura sino que eran lugares singulares contruidos por la propia persona.

4. El rol político del Estado en la Salud Mental. Experiencia San Luis

En la provincia de San Luis en 1993 fue nombrado como director de la Dirección de Salud Mental el Dr. Jorge Pellegrini, y con él comienza un proceso de desmanicomialización. Una de las acciones fundamentales de esta experiencia es transformar el manicomio en un hospital general, es decir, pasa de ser un monovalente a un polivalente, en donde además de problemáticas en Salud Mental se comienza a atender problemas de Salud en general. Esta acción sumada a otras que tenían el mismo objetivo logró que se pasara de un Manicomio con unas 100 a 120 camas, con 100% de ocupación y un tiempo promedio de internación de 7 años y medio, a 11 camas con un 65% de ocupación, y un tiempo promedio de internación de 8 días. Nuevamente para ubicar el antes y el después de experiencias en el campo de la Salud Mental, la de la provincia de San Luis nos sirve para identificar el lugar del Estado en estas transformaciones. En este sentido Jorge Pellegrini, que luego llegaría a ser vicegobernador, dice:

Hay un deber ineludible de profundo carácter ético, y es que hay un responsable de ese daño que se está causando y es el Estado y hay corresponsables que somos nosotros. Ese daño hay que repararlo, no te podés desentender. Si los pacientes salen, el hospital tiene que salir, tiene que trabajar en la calle y si no sabe hacerlo tiene que aprender

Es decir que el Estado, desde esta línea, se para como deudor ¿y qué es lo que debe el Estado? que se garanticen los derechos humanos de toda la población.

(Pellegrini, 2003. Pág. 05)

Siguiendo esta línea podemos observar la existencia de dos vertientes muy claras que se ponen en juego en procesos de desmanicomialización. En la década del 70, en los Estados Unidos y bajo la presidencia de Richard Nixon, se produce una externación masiva de personas que estaban internadas en manicomios, pero el problema radicó en que no había un plan de dispositivos sustitutos, no se contaba con un plan de acompañamiento y seguimiento del tratamiento clínico, sino que a las personas externadas se las dejó en la calle, en una clara política de un gobierno neoliberal.

La “desinstitucionalización” de los asilos resultó en el abandono de esta población. A raíz de la promesa rota de atención comunitaria, se dejó a un millón de familias con

una carga de responsabilidad desde una insuficiencia generalizada respecto a los tan necesarios cuidados para estos pacientes, que pronto encontrarían nuevas identidades como "personas sin techo" o "drogadictos", seguidas de una creciente oferta callejera de droga, arrestos en los vecindarios y, muy pronto, una epidemia de encarcelamientos masivos en los Estados Unidos. (Drucker, 2019. Pág. 02)

Entonces tenemos dos grandes paradigmas, la de un Estado liberal o Neoliberal, y la de un Estado que esté presente para garantizar estos derechos.

5. El protagonismo de los trabajadores. Experiencia Oliveros. Santa Fe

La provincia de Santa Fe también tuvo su propio movimiento, con avances y retrocesos, desarrollando un proceso de transformación de las instituciones, lógicas y prácticas teniendo como uno de sus hitos la creación de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772/91, una ley pionera en nuestro país.

Si bien este movimiento estuvo influenciado por las experiencias europeas, con el tiempo fue construyendo su particularidad atravesada por los actores y el contexto sumamente cambiante de la provincia. Uno de estos actores fundamentales fue el Movimiento de Trabajadores de Salud Mental que se construye a partir de la Experiencia Oliveros. Este movimiento tenía como objetivo romper con el paradigma que atravesaba las prácticas y construir una lógica para problematizar y abordar la Salud Mental en la Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Freyre de la localidad de Oliveros, que tiene como fundamentos la salud mental y los derechos humanos:

Entonces, de entrada el ingreso nuestro tuvo que ver con estos dos significantes: salud mental y derechos humanos. Que son dos significantes que las Madres de Plaza de Mayo y, particularmente, desde la Universidad Popular de las Madres de Plaza de Mayo logran sintetizar cuando empiezan a desarrollar los congresos de salud mental y derechos humanos, o derechos humanos y salud mental. Nosotros desde la Colonia siempre fuimos colaboradores de la Universidad Popular de las Madres y hemos participado fuertemente en esos encuentros que para mí, en la historia de mi trayectoria profesional y política, han sido los encuentros más enriquecedores porque se juntaban los movimientos populares, con los equipos técnicos y la gente que estaba trabajando en una perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud, entendiendo la salud más en el concepto de lo que es la clínica ampliada que plantea Gastón. (Pellegrini, 2022 pag.....)

Con la misma lógica que la experiencia en los Estados Unidos bajo el gobierno de Richard Nixon; a principios de los años 90', la gestión anterior de la Colonia bajo el nombre de la Desmanicomialización llevó a cabo un proceso de deshospitización y de desasistencia

que iban de la mano con las políticas neoliberales imperantes en ese momento en todo el territorio nacional. A raíz de esto, y para diferenciarse de esas políticas, se decidió no usar la palabra desmanicomialización para denominar a este nuevo proceso que estaba comenzando, en su lugar se lo denominó como un proyecto de sustitución de lógicas manicomiales.

Como legislación –la ley de autarquía de los hospitales– era una ley bancomundialista y bien economicista. Siempre estuvimos ideológicamente opuestos a eso porque desplazaba a la población que no tenía una cobertura social, la desplazaba hacia la inasistencia y permitía que la población con obra social ocupara camas hospitalarias. Entraba en la lógica economicista la política pública de salud, y es así.

Pero es cierto que le encontramos esa brecha como para poder darnos nosotros una organización estatutaria interna. Y así fue como nosotros por decisorios de la propia dirección del hospital y decisorios del consejo fuimos ampliando de ese consejo de dirección que tenía cuatro personas a 16, digamos que era más o menos lo que era el colectivo de gestión del hospital de esa época. Hay que decir que era muy participativo todo desde el inicio, porque si había una asamblea de hospital no bajaban de 100, 150 personas. (Pellegrini, 2022)

Un aspecto que caracterizó a la experiencia Oliveros fue el hecho de concebir su propia práctica desde una mirada clínico–política, al asumir que toda clínica y, en este caso, la clínica de la salud mental conlleva una lectura política. Desde ese lugar, es que hasta antes de tomar la dirección de la institución, un grupo de trabajadores y profesionales de la salud mental ya venían realizando asambleas en diferentes localidades de la Provincia para trabajar y concientizar sobre las problemáticas en salud mental que se venía repitiendo en todos los pueblos.

Quizás por la inserción que habíamos tenido antes de llegar a la institución, quizás porque además llegamos con el aval de haber recorrido en asambleas los pueblos relevando un proyecto institucional distinto del que se estaba intentando llevar adelante en ese momento. Y nos permitió acceder a la dirección con un formato de toma hospitalaria; y, además de tomar el hospital, nos quedamos con la dirección del hospital. (Pellegrini, 2022)

Esta forma de moverse, desde las asambleas numerosas hasta la acción de ir localidad por localidad muestra una forma disruptiva de pensar el lugar de las instituciones en la comunidad, la relación con la gente y el deber ético y político que debe tener toda institución pública.

Conclusiones

Este fue solo un recorrido por algunas de las tantas experiencias de desmanicomialización en nuestro país.

Cada una de ellas busca transmitir el trabajo de la desmanicomialización no solamente como la erradicación definitiva de los hospitales monovalentes sino como un proceso que, a través de ciertas lógicas, intenta establecer un cambio de paradigma y una nueva forma de concebir el proceso salud-enfermedad de los sujetos con padecimiento mental. Entendiendo a la Salud Mental como un proceso histórico, social y políticamente determinado que debe resguardarse y protegerse en su carácter de derecho humano.

En cada una de estas experiencias se propuso y se logró reemplazar un modelo médico hegemónico que durante siglos fue utilizado para tratar padecimientos mentales, por un modelo de Salud Mental de base comunitaria, que considera a la persona como sujeto de derecho y no solo se centra en su padecimiento; promoviendo de este modo un mayor protagonismo del mismo en las condiciones para su tratamiento, donde se introduce la interdisciplina y el abordaje intersectorial, el cual se debe al carácter complejo de las problemáticas que no pueden abarcarse sólo desde el sector salud, sino que requiere se involucren otros tales como la educación, el hábitat, el trabajo, etc

La traducción y síntesis de estas experiencias la podemos encontrar en la construcción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en donde se logra institucionalizar y anclar en políticas públicas las discusiones que se vienen sosteniendo desde hace años.

En un contexto en donde vuelve a ponerse en discusión la existencia misma de la Ley por su supuesta imposibilidad de implementarse en un país como el nuestro, nos aferramos a la historia y nos sostenemos en las palabras de Franco Basaglia:

Lo importante es que hemos demostrado que lo imposible se hace posible. Diez, quince, veinte años atrás era impensable que el manicomio se pudiera destruir. Tal vez los manicomios volverán nuevamente a ser cerrados y tal vez más cerrados que antes, no lo sé, pero de todos modos hemos demostrado que se puede asistir a la

persona con problemas mentales de otra manera, y este testimonio es fundamental. Yo no creo que el hecho de que una acción logre generalizarse signifique que ganamos. El punto importante es otro, es que ahora sabemos lo que se puede hacer. (Basaglia, 2000, Pág. 05)

Frente a las lógicas neoliberales imperantes que promueven la fragmentación, la individualidad y la mercantilización de la salud, estas experiencias nos guían en dirección a políticas que reivindican el lazo social como eje terapéutico y el trabajo comunitario como productor de subjetividad.

Referencias bibliográficas

- Barcalá A., Faraone S.(2020) A diez años de la sanción de la Ley de Salud Mental. Ed. Teseo.
- Basaglia, F. (2000) La condena de ser loco y pobre. Ed. Topia.
- Cátedra Libre Oscar Masotta (2022) Seminario AT - Clase 1: JAVIER TRIMBOLI: Historia de la locura en Argentina [Archivo de Vídeo]. Youtube.
https://www.youtube.com/watch?v=P9kumhR_epY
- Cohen, H (2013) La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Ed. Lugar. Buenos Aires.
- Drucker, E.(2019) Desencarcelando a los EUA... Una vez más. Revista Medicina Social, Volumen 12.
- Galende, E. (2022). Crítica De La Razón Psiquiátrica. Ed. Coloquio de Perros. Buenos Aires.
- Gomez, S. (20 de septiembre de 2007) Anudar con otro hilo. Página 12.
<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-91649-2007-09-20.html>
- Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657. Recuperado de
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Moreno, T. (2011) Paciente, sujeto, usuario: dime cómo nombras y te diré quién [eres](#). La palabra de la ley y la constitución del campo de la Salud Mental. Jornadas de Investigación "La reflexión colectiva y la producción de conocimientos". Facultad de Psicología UNR.
- Pellegrini, J. (29 de julio de 2020) El Hospital Psiquiátrico de San Luis. Una experiencia de transformación institucional dirigida por el Dr. Jorge Luis Pellegrini. LinkedIn.
<https://es.linkedin.com/pulse/el-hospital-psiquiátrico-de-san-luis-una-experiencia-dirigida-lab-el>

- Pellegrini, O. (2022) Entrevista a Oscar Pellegrini. Barquitos Pintados.
<https://barquitospintados.unr.edu.ar/index.php/Barquitos/article/view/80>

- Percia, M. (2004) Deliberar las psicosis. Ed. Lugar. Buenos Aires.

- Stolkiner, A (2019) Procesos de Subjetivación [Archivo de Vídeo]. Youtube.

Alicia Stolkiner - Procesos de subjetivación.