



Universidad
Nacional
de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final (TIF)

“Hospitalidad en Salud Mental”

Modalidad de presentación: Ensayo.

Docente Responsable: Elder, Nicolás.

Autor: Martínez, Jonathan Gabriel.

Legajo: M-5045/8.

DNI: 37340934.

Año 2024

Agradecimientos:

A mi padre y a mi madre, sus esfuerzos han sido inconmensurables a pesar de las diferencias.

A mis amigos, el andar compartido de este trayecto ha hecho de los sinsabores del camino un recorrido más agradable.

A mis compañeros de militancia, por la apuesta a la construcción colectiva sin temer al barro de la historia, por recordarme que la causa siempre está por fuera, en el pueblo.

A Nicolás, por la escucha atenta, por la palabra certera, por la palabra afectuosa que invita al trabajo desde la reflexión.

A mi compañera de la vida, mi esposa, y el retoño nuestro, mi hijo. Por la dedicación de su tiempo, la paciencia, y el amor en este proyecto que se ha vuelto conjunto.

	1
Índice:	
Resumen y palabras claves	3
1. Introducción.....	4
2. Desarrollo.....	6
2.1. Punto de partida.....	6
2.2. El campo de la salud mental, un territorio en disputa.....	8
2.3. Modalidades de acogimiento en salud mental: una propuesta comunitaria	11
2.4. Alojar en salud mental desde la escucha: una posición ética.....	13
3. Conclusiones.....	15
4. Referencias Bibliográficas.....	16

Resumen y palabras claves

En el presente Trabajo Integrador Final se propone abordar a través de un ensayo la problemática respecto de la hospitalidad como modo de dar alojamiento a un otro en salud mental. Se tiene como objetivo del escrito realizar un análisis epistemológico que permita interrogar el sentido de las ideas y referencias que dan fundamento al momento de acoger desde una praxis en Derechos Humanos. Para ello se realiza un análisis histórico del campo de prácticas, destacándose como condición el enfoque comunitario, la perspectiva integral y las modalidades de abordaje interdisciplinarios que promueve la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657. Acorde al desarrollo de las categorías se construye la hipótesis de que alojar en salud mental no responde a una cuestión de protocolos, sino que implica una posición ético política respecto al estatuto que se le confiere a un otro. Por ello se plantea que hospedar implica dar lugar a la diferencia, en tanto condición de posibilidad para producir propuestas acordes a la singularidad de lo que se escucha.

1. Introducción

El presente trabajo se propone indagar la hospitalidad como un modo de dar alojamiento en salud mental. Sosteniendo como hipótesis principal que alojar en salud mental no responde procedimientos atados a protocolos, sino que implica una posición ético-política en la escucha como un modo de dar acogida a un otro. El objetivo de este escrito consiste en la realización de un ensayo que, recostado sobre un espíritu analítico epistémico, permita indagar el campo de prácticas en salud mental a partir del acto de hospedar.

Lejos de arribar a un concepto acabado desde el cual definir y fijar sentidos, las herramientas que la epistemología ofrece permiten realizar un análisis que partiendo desde la complejidad de la pregunta por cómo se aloja, por añadidura interroga el campo de las prácticas en salud mental, los marcos normativos, las modalidades de abordaje con diseño interdisciplinario, posicionamiento ético político.

Al dar curso a este recorrido, resulta preciso partir de la hospitalidad como pregunta de lo extranjero, que al decir de Anne Dufourmantelle (2000), es una pregunta que compete a la acción ética de dar alojamiento a otro. Refiere a la relación que se establece entre anfitrión y huésped, relación que no se encuentra exenta de controversia. La

hospitalidad como tal no es un término unívoco, sino que alberga en el seno mismo de su raíz etimológica la ambivalencia de reunir a los contrarios. La relación entre el huésped y el anfitrión puede ser de acogida u hostilidad.

Ese otro extranjero a quien se acoge, ese otro huésped a quien se anfitriona, es un otro ajeno, que desde su otredad interpela, cuestiona e interroga las legalidades y certezas de los supuestos saberes de quien pretende acoger. Pensar los modos de acoger u hospedar en salud mental lo cual conlleva una particular escucha, impone tomar nota de lo ominoso de la figura del huésped en torno a su lugar de extranjería. El extranjero a quien alojar puede ser alguien esperado, tanto como alguien indeseado. La experiencia de construir hospitalidad en salud mental no puede ser posible sin que puedan ser leídas las contratransferencias en torno a la figura del huésped. No se puede dar hospitalidad sin contemplar los límites, las exigencias que se ponen en juego en la posibilidad de acoger o rechazar aquello que presenta carácter de diferencia.

La noción de hospitalidad permite pensar los modos de relación, desde un eje horizontal, el modo de relación entre sujetos y desde un eje vertical, las concepciones sanitarias que modelan las políticas en salud respecto de los sujetos. Se presentan tres coordenadas de lectura:

- El campo de la salud mental.
- El encuadre normativo en salud mental.
- La mirada clínica constituida por un posicionamiento ético-político en salud mental.

La propuesta esbozada problematiza la noción de acogida acorde al estatuto que se le confiere a un otro, permitiendo develar el carácter conflictivo, hostil, ambivalente y contratransferencial que esta trama relacional adquiere.

A partir de situar históricamente a la salud mental como un campo de prácticas sociales que merecen ser revisadas de continuo, el intento será develar las incidencias que poseen las hegemonías y prevalencias de determinados saberes. Para ello, se propone como marco directriz la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (LNSM yA N°26.657), la cual desde sus lineamientos establece que los modos de abordaje de los padecimientos subjetivos deben producirse desde un enfoque de derechos humanos, a través de abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y de inclusión social.

¿Qué implica que las modalidades de acogimiento en salud mental se propicien desde un enfoque en derechos humanos con perspectiva comunitaria, situada e interdisciplinaria? Implica poner en valor la dimensión de la vida colectiva, es decir, el modo

4

en que los sujetos hacen lazo en el seno de su comunidad y cómo la red social en la que los sujetos están insertos incide en los procesos vitales de la producción de salud. Así mismo, la pregunta por cómo hospedar situaciones en salud mental desde la conformación de equipos interdisciplinarios, conlleva necesariamente el recorrido por una reflexión acerca de la elaboración de instancias de trabajo que contemplen la diferencia como un rasgo de la singularidad de los sujetos imposible de soslayar. Por último, se plantea el valor de la producción interdisciplinaria de salud como un modo de abordaje imprescindible que modela una escucha acogedora de la cual parten las estrategias y los modos de intervención. Será la indisciplina, tal como plantea Stolkiner (2021), la que habilitará procesos creativos de trabajo, propiciando un corrimiento en el enfoque, ponderando el por fuera de los límites que establecen los discursos disciplinarios.

2. Desarrollo

2.1. Punto de partida

¿Por qué pensar la hospitalidad como modo de dar alojamiento a las situaciones en salud mental? Para dar un intento a la tarea a la que se acomete con dicho interrogante se ha escogido tomar como punto de partida una aproximación a la noción de la hospitalidad, pensada como una pregunta que compete a la acción ética de dar alojamiento a otro, recurriendo para ello a los aportes filosóficos de la obra de Jacques Derrida y Emmanuel Lévinas.

La invitación es la de propiciar una lectura que permita asir en su recorrido un acercamiento al entretendido de referencias e ideas que se ponen en juego en el acto de hospedar. Para tales fines, más que la expresión de la propuesta de un programa de acción respecto a un modo de proceder o el esbozo de una característica específica, se propone pensar acerca de la hospitalidad como un modo de relación: desde un eje horizontal como el modo de relación entre sujetos y desde un eje vertical como las concepciones sanitarias que modelan las políticas en salud respecto de los sujetos.

La hospitalidad como pregunta de lo extranjero, del extranjero y a lo extranjero al decir Duformantelle (2000), es una pregunta que compete a la acción ética de dar alojamiento a otro. La elaboración que da lugar a esta afirmación, es el arduo trabajo de indagación y recopilación que realiza dicha autora sobre los seminarios dictados en la École des Hautes Études de París por Jaques Derrida. Sobre ellos se edita un libro titulado: "La hospitalidad". Allí se formulan una serie de interrogantes respecto del modo de relación que se establece entre anfitrión y huésped, ligado al carácter de extrañeza que porta el huésped por su condición de extranjería.

¿Cómo pensar esta condición de extranjería? Resulta solidario retomar la indagación que propone Fernández (2009) respecto a las diferencias desigualadas. Allí plantea que la diferencia sólo puede ser pensada como alteridad, como lo otro, como disidencia y por lo tanto siempre es ubicada como extranjería, complemento o suplemento ajeno a lo idéntico y propio. En este sentido, cabe situar como ejemplo el lugar de resto y anomalía al que han sido relegadas las mujeres, determinadas identidades, clases sociales y etnias a lo largo de los siglos por no pertenecer a lo hegemónicamente establecido como normal.

La relación que se establece entre anfitrión y huésped, es una relación que no se encuentra exenta de controversia. Algunos de los elementos a situar a los fines de este recorrido son: la ambivalencia que conjuga la procedencia etimológica de la palabra hospitalidad; la reversibilidad de los términos que la componen expresadas en las figuras de anfitrión y huésped; la noción del sí mismo que da acogida aparejada a la noción de poder y la pregunta por el otro que es acogido.

La hospitalidad como tal no es un término unívoco, alberga en el seno mismo de su raíz etimológica la ambivalencia de reunir a los contrarios: la relación entre el huésped y el anfitrión puede ser de acogida u hostilidad. La raíz del vocablo de la hospitalidad está formada a partir del término latino *hospes*. De acuerdo a la labor de indagación etimológica que recupera Derrida (2000) de los trabajos realizados por Benveniste en su trabajo sobre el "Vocabulario de las instituciones indoeuropeas", se producen distintos desplazamientos respecto de los sentidos que se le han atribuido al término.

La noción moderna, tal vez ligada a una acepción más coloquial, conjuga y delimita modos definidos respecto de aquel que recibe, acoge y anfitriona. Al mismo tiempo que no distingue los diferentes modos en los que se presenta el otro: aquel que es ajeno, el extranjero, el enemigo, los múltiples otros que podrían encarnar la figura de huésped.

En este sentido, la labor Derrideana retoma estos trabajos efectuados por Benveniste, evidenciando que el tipo de trato a establecer con el otro cobra diferentes estatutos. De forma tal que, en la mención latina para huésped, se conjugan los vocablos *hospes* y *hostis*. Cada uno de estos vocablos refiere a un trato particular que establece el anfitrión respecto del extranjero. El otro ajeno a la comunidad puede ser acogido a través

de un trato amistoso (*hospes*), o a su vez, ese otro puede presentarse como un enemigo, alguien indeseado, estableciéndose de esa manera un trato hostil (*hostis*). Ambas acepciones confluyen en la figura del extranjero como huésped, en tanto *hospes* alude al extranjero quien recibe un trato favorable y *hostis* al extranjero peligroso.

Hay toda una tradición sostenida durante el período clásico, la cual preserva vestigios en la acepción coloquial de la modernidad, donde la hospitalidad se entiende como una virtud del anfitrión ligada a un deber moral. Allí la relación establecida entre huésped y anfitrión se instituye en un pacto, en el cual el dar acogida al otro requiere del cumplimiento de determinadas leyes. El extranjero, el extraño, el ajeno a la casa que solicita ser acogido debe cumplir las condiciones de quien aloja, aquel que aloja brinda acogimiento, debido a un mandato, de modo tal que se instituye así un modo de hospitalidad condicionada.

Cabe mencionar, que, en la antigüedad, la distinción respecto de aquel que no pertenecía a la comunidad, como se denominaba al *xenos* en griego, no era tan clara, aquel que era visto como un potencial peligro debía ser convertido en huésped a modo de anular cualquier riesgo posible, pero sin garantías de que se pase de una relación de acogida a la enemistad. Ello expresa la reversibilidad que presentan cada uno de los términos que la pretenden definir: *hospes* puede devenir *hostis* y viceversa.

El modo de acoger al otro varía acorde al estatuto que se le dé, es decir, el trato de recibimiento que se establece respecto del extranjero depende de cómo se lo considere: alguien indeseado, enemigo o huésped. No hay un criterio constante para definir el lugar del otro extranjero. Sobre estos elementos se vale Derrida para pesquisar la dificultad que presenta la hospitalidad al ser considerada como un término unívoco. Por otra parte, se adiciona, no solamente la ambivalencia de reunir a los contrarios, en la cual la relación entre el huésped y el anfitrión puede ser de acogida u hostilidad sino también la pregunta sobre qué determina el lugar de anfitrión y huésped.

Las figuras del anfitrión y el huésped parecieran ser nítidas, sin embargo, presentan la dificultad de tener como cimiento el modo de relación que se establece entre dos términos: el sí mismo y lo otro. Al decir de Cullen (2016), el aporte de Lévinas representa una ruptura respecto al modo de pensar la relación que se establece respecto de cada uno de estos términos. El sí mismo, en tanto categoría conceptual filosófica, se presenta como una unidad autónoma que precede al otro. La propuesta de Lévinas redefine esta noción desde una relación ética que precede a la ontología. Es decir, aquello que se define como sí mismo y se encarna como yo, se define y redefine por la relación en la cual hay un otro que le exige un estar vulnerable. No se trata de una esencia o de un ser, sino de una relación, la cual define ambos términos. Sobre estos supuestos Derrida afirma que el sí mismo ha sido un constructo metafísico occidental, el cual responde al principio de identidad. Ante ello contrapone que el sí mismo, el yo, se constituye a través de diferencias y desplazamientos en relación al lenguaje.

Se produce así la afirmación de que la hospitalidad es primera, es la irrupción del otro que precede a sí mismo, lo que permite al yo, al sí mismo, erigirse como unidad autónoma para entablar una relación de acogida. Quien recibe sólo se constituye en anfitrión a partir del otro por haber recibido algo del otro: un gesto, una palabra. Al decir de Derrida (2000), ese algo tiene que ver con la hospitalidad, la cual es primera:

...decir que es primera significa que incluso antes de ser yo mismo y quien soy, *ipse*, es preciso que la irrupción del otro haya instaurado esa relación conmigo mismo. Dicho de otro modo, no puedo tener relación conmigo mismo, con mi «estar en casa», más que en la medida en que la irrupción del otro ha precedido a mi propia ipseidad (p. 35).

La invitación propuesta es hacia la apertura respecto de otros modos de recibir y dar alojamiento, es una ruptura respecto del modo de concebir el acto de hospedar como una atribución soberana, en la cual aquel que pretende encarnar la figura de anfitrión, ejerce

una posición de poder a través de decidir quién es o no alojado, desde la potestad de decidir respecto de las condiciones que se deben cumplir, pudiendo restringir el acceso a la morada, determinando así las condiciones y las leyes de la hospitalidad. Es una

ruptura

con el sentido clásico que se le atribuye a la hospitalidad, donde lo ajeno, lo otro, aquel quien solicita asilo tiene que adaptarse para poder obtener el estatuto de huésped. Al decir de Derrida (2000, p. 59): "No existe hospitalidad, en el sentido clásico, sin soberanía del sí mismo sobre el propio hogar, pero como tampoco hay hospitalidad sin finitud, la soberanía

sólo puede ejercerse filtrando, escogiendo, por lo tanto, excluyendo y ejerciendo violencia". La hospitalidad en tanto pregunta esbozada a lo largo del recorrido Derrideano invita a pensar los modos de recibimiento y acogida por parte de quien pretende alojar en un por fuera de los límites de lo condicionado e incondicionado. La hospitalidad implica la responsabilidad hacia el otro, la cual es prevoluntaria y asimétrica. Implica un derecho de igualdad entre el huésped y el invitado, sin negar que esta igualdad necesaria parte de dos desigualdades: la desigualdad de poder entre la soberanía del dueño de casa y la vulnerabilidad del invitado, la desigualdad entre el yo y el otro, y la desigualdad respecto de la responsabilidad para con el otro.

Pensar los modos de acoger en salud mental en clave hospitalaria no es sin poner en consideración el lugar que se le da al otro. Alojar implica indagar respecto del lugar que se le depara, a sabiendas que ese lugar varía acorde al estatuto que se le confiere. Es la relación con la diferencia y lo ajeno lo que modela la escucha del anfitrión.

¿Qué pueden ofrecer los trabajadores de la salud mental en esta compleja trama que impone el acto del alojamiento? ¿Por qué alojar es un problema? Porque hay algo que no para de ser rechazado y resulta imprescindible advertir. Si hay una ética en salud mental es la de no apartarse de la escucha y el alojamiento del rasgo singular de la época, así como también contar con los imposibles que las coyunturas imponen.

2.2. El campo de la salud mental, un territorio en disputa.

El presente apartado posibilita ordenar algunos sucesos que resultan de importancia por permitir situar el campo de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos. Haciendo especial hincapié en cómo, en su devenir histórico, determinados saberes y prácticas sociales, han respondido de modo diferente respecto de lo que implica el padecimiento subjetivo en una persona.

La concepción de salud mental tiene un presente que no es sin tensiones, ni sin una historia de luchas. En este sentido, al hablar de salud mental hablamos en términos de un campo. El campo de la salud mental implica tensiones y relaciones de fuerzas. Los aportes de Bourdieu (2002) son solidarios para pensar esta cuestión. El autor conceptualiza al campo como un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente en él.

¿Qué es lo que se disputa en el campo de la salud mental? Es el sentido de las prácticas y el modo en que éstas se encarnan en las instituciones. Aquello que denominamos como campo de la salud mental se constituye a través de un conjunto de prácticas sociales y saberes específicos en el cual la hegemonía y prevalencia de determinados saberes en detrimento de otros no resulta ajena a su ordenamiento y configuración. El campo se presenta como problemático tanto por las relaciones de hegemonía y subalternidad disciplinaria, así como por la diversidad teórica de los saberes disciplinarios y no disciplinarios que fundamentan las prácticas.

La construcción de modelos de respuesta a partir de saberes y prácticas separadas, ha conducido a un modo de conceptualizar y concebir las problemáticas desde un enfoque fragmentario donde el saber médico se legitima como hegemónico. Ahora bien, ¿Basta un solo saber para pensar las prácticas en salud mental? Alicia Stolkiner expresa que con la psiquiatría no alcanza, que para pensar modos de respuestas alternativos a los asilares se

8

torna necesario ubicar la historicidad del campo, entendiendo que el mismo es un espacio complejo, determinado por influencias epistemológicas, políticas e ideológicas. En este sentido, resulta necesario hacer mención de algunos sucesos, que a modo de un recorrido histórico evidencian el carácter conflictivo del campo de la salud mental acerca del registro y el reconocimiento de una persona con padecimiento subjetivo desde una perspectiva de derechos. La disputa semántica y conceptual que se sucede en rededor del padecimiento subjetivo de otro ha cobrado diversas figuras y nominaciones, con sus consecuentes efectos de organización de las prácticas terapéuticas. Se hacen referencias a casos emblemáticos:

En el marco de la conformación del Estado Nacional en 1853 pueden advertirse modelos sanitarios basados en lógicas de encierro. Los asilos, orfanatos, hospitales y los primeros hospitales psiquiátricos eran las Instituciones de asilo que el Estado brindaba. Cobrando relevancia las sociedades de beneficencia encargadas de sustanciar las estrategias políticas para abordar las problemáticas de los diferentes colectivos de pobres, inmigrantes, pueblos originarios, mujeres, niños y locos o alienados.

A principios del siglo XX se propicia la creación de los primeros manicomios en Argentina, fuertemente criticados por la Liga Argentina de Higiene Mental. Es interesante ubicar que, contemporáneamente, se produce un proceso de mayor urbanización y flujo migratorio. La crisis internacional de 1929, la primera y segunda guerra mundial y el crecimiento político y económico del Estado Nacional, fueron punta de lanza para producir un crecimiento generalizado de nuestro país.

Por otra parte, es pertinente ubicar que, en un contexto de posguerra, el 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas, produce la Declaración Universal de los Derechos Humanos en respuesta a los ultrajes y atrocidades cometidos durante la segunda guerra mundial, dentro de los cuales incluye a la salud como derecho fundamental. En consonancia, con el surgimiento de los denominados estados de bienestar se adopta una política de seguridad social y económica respecto de los ciudadanos, en ese marco se promueve la salud como derecho propiciando así a nivel mundial el desarrollo de los sistemas públicos para la atención de la salud, como por ejemplo el servicio nacional de salud inglés creado en 1948.

En el ámbito nacional, durante el primer gobierno peronista, se funda en 1949 el Ministerio de Salud. Lo cual no resulta menor debido al hecho de que permite producir el pasaje de la beneficencia en salud al derecho de salud, teniendo al Estado como garante de los mismos. En apariencia resulta anecdótica la célebre frase de Ramón Carrillo: “me parece increíble que tengamos un Ministerio de Ganadería para cuidar vacas y no un organismo de igual jerarquía para cuidar a la gente”. Sin embargo, devela las prioridades mercantiles del modelo político económico agroexportador en la década infame por sobre la salud como un bien común de interés nacional.

Lo que posibilita la política de Carrillo es la de dar lugar a una política sanitaria en clave social. Ese período es el de mayor presencia estatal. Stolkiner (2016), destaca que Carrillo inaugura la nominación de enfermos mentales en detrimento de alienados, para que se los trate como “a cualquier otro enfermo”. Lo cual no solo transforma el nombre de las personas con enfermedades mentales, sino que propicia un trato más digno y una transformación generalizada de la salud.

En 1953 la Organización Mundial de la Salud impulsa un comité a los fines de estudiar denuncias producidas en torno a las vejaciones producidas en los hospitales psiquiátricos. Al decir de Galende (2008), esta mención no resulta menor, debido a que las denuncias sobre las vejaciones producidas en las instituciones asilares eran similares a las producidas en los campos de concentración.

La antipsiquiatría se consolida como movimiento hacia la década del 70. Se trata de un movimiento que denuncia el modo de abordaje de las situaciones de salud mental donde "el anfitrión", la psiquiatría y los actores que sostienen ese modo, anfitrionan con condiciones a partir de las cuales un huésped que no será entendido como sujeto de derecho. Las críticas a la psiquiatría eran más bien amplias. Así lo expresa Enrique Carpintero (2018). en su libro "Huellas de la Memoria":

9

No sólo era reformar el manicomio y modificar las relaciones entre el personal y los pacientes, también se apuntaba a suprimir el asilo, lugar de segregación y confinamiento. Aún más, algunos postulaban terminar con la idea misma de enfermedad mental, que se consideraba producto del sistema social imperante. La sensación de que la sociedad capitalista podía modificarse radicalmente era el fundamento para esta revolución en la psiquiatría. Por ello la psiquiatría se volvió un asunto político (p.184).

De esta manera, a nivel mundial se fueron dando diversas experiencias en Salud Mental. Por citar ejemplos, en Italia Franco Basaglia funda el movimiento de la psiquiatría democrática, en Francia se produce el movimiento de la Psicoterapia Institucional, en Gran Bretaña las comunidades terapéuticas y Mauricio Goldenberg en nuestro país como gran referencia al implementar políticas de Estado alternativas al manicomio. Esta avanzada antipsiquiátrica de nuestro país, tiene su cese en la última dictadura cívico-eclesiástica militar (1976-1983), en un proceso de desmantelamiento del Estado de derecho en general, que comienza a instaurar las bases de una economía política liberal que, al día de hoy, no cesa de avanzar.

En 1978, se produce la declaración de Alma Ata, a través de la cual se sientan las bases para la Atención Primaria de la Salud. Con el objetivo de impulsar políticas de promoción y prevención de la salud, se sitúa la necesidad de que los modelos de atención incluyan la dimensión comunitaria, en la cual los individuos y familias tengan asistencia lo más próxima a la comunidad. No solamente por la proximidad territorial, sino para el fomento de su participación en los procesos de atención sobre las bases de los principios de universalidad, intersectorialidad, equidad y participación social.

Con una fuerte crítica a los modelos hospitalocéntricos, que conciben la atención que conciben el uso de tecnología especializada y de mayor complejidad, pero sin políticas de prevención y proximidad con la población en situación de vulnerabilidad, se establece que la Atención Primaria de la Salud es una estrategia importante ya que permite la proximidad de los usuarios al sistema de salud favoreciendo los enlaces necesarios en la red según la complejidad.

Por el año 1983, en el ámbito nacional, cabe destacar la recuperación de la democracia, mención no menor por la plena participación de los Organismos de Derechos Humanos. Organismos que ponen en la agenda política y social el respeto de los

Derechos Humanos no sólo como un modo de respuesta a las atrocidades y vejaciones propiciadas por la dictadura cívico eclesiástica militar sino como hilo transversal para la construcción del tejido social.

En 1990 se produce la Conferencia de Reestructuración de Atención Psiquiátrica en América Latina convocada por la OMS y OPS. De dicha conferencia se produce la Declaración de Caracas, que establece la reestructuración de la atención psiquiátrica en relación a los sistemas de salud locales.

Estas son las bases de una historia de luchas y tensiones que derivan en lo que en 2010 se celebra como una conquista en materia de Derechos Humanos a partir de la creación de la LNSMyA N°26.657, ley en la que el Estado reconoce la historia y apuesta a dar otros abordajes a los padecimientos subjetivos en salud mental.

¿Qué implica pensar políticas de alojo en el campo de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos? Resulta oportuno recuperar lo que Vallejos (2009) sitúa en ideología y normalidad como el carácter ideológico de los conceptos, no solo produce una apertura a la polisemia en torno a los significados, sino porque manifiesta que las

10

significaciones construidas en torno a los conceptos y las representaciones que se ligan a ellos, son fruto de disputas y consensos, es decir, son producto de una invención y no algo dado, estático y “natural”.

Los procesos normativos producen saberes determinados ideológicamente, a través de los mecanismos de exclusión y mecanismos de homogeneización operan cotidianamente sobre estructuras que son asimiladas y reproducidas de manera inconsciente. Según la autora, la cual retoma lo desarrollado por Althusser en relación al carácter ideológico del Estado, las representaciones son reproducidas constantemente en la vida cotidiana. Su función principal guarda carácter práctico que tiene por objetivo constituir efectos de verdad.

En este sentido cabe resaltar el rol del Estado en tanto organizador social, así como también su incidencia en la configuración del lazo social que establecen los miembros de una comunidad. Su capacidad de legitimar la ausencia o presencia de determinadas representaciones no es sin consecuencia en el entramado social, la fortalece y afianza o, por el contrario, la deshilacha.

Cabe recuperar lo que Stolkiner (2014), en una discusión en torno al *encuentro preparatorio al XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, expresa sobre la declaración de la Salud como Derecho Humano*. Esta presenta un trasfondo de discusiones, que lejos de estar saldadas, poseen una vigencia respecto del debate teórico, político y epistemológico que le da su fundamento. Es pertinente aclarar que aquello que se entiende como derecho puede tener una impronta muy diferente acorde al lugar desde el cual se lo enuncie. Allí sitúa que la noción de derecho tomada desde el liberalismo remite al individuo y las libertades políticas que este posee, así se abarca a un sector reducido de personas que cumplen con el atributo de la capacidad para ser consideradas sujetos de derechos. A modo de ejemplificar, basta con nombrar un tiempo mediato, durante gran parte del Siglo XIX las personas consideradas como sujetos de derechos eran solamente: hombres blancos, adultos y heterosexuales.

2.3. Modalidades de acogimiento en salud mental: una propuesta comunitaria.

Pensar modalidades de acogimiento en salud mental en clave hospitalaria implica incluir una dimensión de análisis que contemple los supuestos de la salud colectiva, una perspectiva integral de las prácticas y un enfoque de derechos humanos en contraposición a las propuestas tutelares asociadas a la lógica de mercado y el modelo médico hegemónico.

En este sentido, la medicina social y la salud colectiva surge como un movimiento

que nuclea varias tendencias con diferencias entre sí respecto a los modos de concebir la salud, es decir, sin una definición unificada respecto a ubicar un objeto delimitado.

Resulta oportuno situar lo que Menéndez (1988), referente en medicina social y salud colectiva, ha conceptualizado como modelo médico hegemónico y posteriormente como biomedicina. Bajo estas denominaciones describe a un conjunto de prácticas, saberes y teorías que se establecen como la única forma de entender y atender la enfermedad. Se caracterizan por presentarse como un modelo ahistórico, en el cual se confunde la enfermedad con la salud, ubicando a la misma como una suerte de estado carente de toda referencia social y territorial. Así mismo, se caracterizan por encontrarse atravesado por el biologismo, el cual no solo dota de legitimidad científica, sino que permite diferenciar y jerarquizar a este factor explicativo por sobre otros factores dejando por fuera otras incidencias. Es pertinente destacar la impronta individualista de estos modelos, vinculadas a una concepción liberal de las prácticas en salud, lo cual deriva en una mercantilización y homogeneización en la atención.

¿La salud es un estado individual y biológico o es un proceso colectivo que tiene que ver con el lugar en el que una persona vive, con el agua que toma, con los alimentos que consume, el tiempo de esparcimiento que tiene o en las condiciones de trabajo? ¿Acaso la producción de salud no tiene que ver con los modelos de sociedades que se construyen? Evocar algunos de estos interrogantes, como tantos otros de la medicina

11

social/salud colectiva, tienen por objetivo visibilizar el corrimiento de la enfermedad como foco, pero no a los fines de ubicar una polaridad en torno a la salud y enfermedad, sino para incluir la salud enfermedad cuidado como partes de un proceso más amplio y complejo en torno a la vida, imposibles de reducir a la razón instrumental de un saber disciplinario.

Los interrogantes que se introducen desde la salud colectiva en torno a cómo producir actos de salud que contemplen una conceptualización de la salud enfermedad cuidado como parte de un proceso vital más complejo aportan elementos para la reflexión desde lo Sousa Campos (1997) conceptualiza como una clínica ampliada. Los motivos que producen los padecimientos en salud y salud mental se conectan con las condiciones de vida de una persona en su contexto particular, por ello, es necesario incluir las dimensiones de la vida colectiva, la vida comunitaria, la red social en la que una persona está inserta, sus instituciones y las políticas que las direccionan. Pensar actos de salud, no puede realizarse por fuera de una perspectiva integral de las prácticas, lo cual requiere de una complejidad de análisis que incluya cada uno de estos aspectos.

De forma solidaria, Stolkiner (2014), sitúa a la salud colectiva en la perspectiva de los Derechos Humanos. La praxis de los Derecho Humanos, en tanto configuración de actores sociales, es antagónica con el desarrollo de la tendencia mercantil e individualista que tiende a la concentración de las ganancias con su consecuente objetivación y mercantilización de la vida, en donde todo lo que forme parte de la vida, inclusive la vida misma puede ser puesta al servicio de la acumulación de ganancias. Pensar la salud colectiva en términos de Derechos Humanos implica un distanciamiento radical en términos epistemológicos que permite el reconocimiento de la subjetividad, los sujetos y de la vida. Por ello LNSMyA N°26.657 se presenta como un modelo de reconocimiento en clave de Derechos Humanos, el cual no remite meramente a un corpus jurídico, sino a una praxis que promueve un registro del otro en el cual la situación por la que atraviesa una persona no se defina como un estado inamovible e incapacitante. Desde una impronta sustitutiva, se posiciona como una propuesta de acogimiento alternativa al modelo manicomial asilar.

Los lineamientos de la LNSMyA N°26.657, promueven una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, la cual legítima modalidades de atención en salud mental

a través de la conformación de equipos interdisciplinarios, como así también promueve la integración de los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental como parte de un campo más amplio, el campo de la salud.

En este sentido se concibe a la Interdisciplina no como un cuerpo teórico acabado sino una toma de posición desde la cual construir estrategias de abordaje y modos de intervención. Al decir de Stolkiner (2021), son las complejidades que se suscitan en torno a la indisciplina de las problemáticas en el Salud Mental las que conllevan la necesidad de repensar un por fuera de los límites que establecen los diferentes saberes disciplinarios. El concepto de Interdisciplina surge como un emergente de la necesidad concreta de instaurar un nuevo modo de abordar las situaciones en salud mental. Ante la crisis de los abordajes disciplinarios, emerge la necesidad de nuevas modalidades. La interdisciplina tensiona sobre la hegemonía disciplinar para dar lugar a un paradigma complejo, integral y contra hegemónico.

La reunión distintos saberes para construir hospitalidad no es sin leer las contratransferencias. El huésped trae consigo algo ominoso, donde el todo no es igual para todos y es acá donde el aspecto hostil inherente a lo ambivalente de la hospitalidad, puede hacer efecto. La reunión de varios no necesariamente implica que se produzca un encuentro que permita albergar lo ajeno, lo diferente. Acoger en salud mental implica dar lugar y posibilitar nuevos sentidos que respeten a la singularidad del sujeto.

La pregunta por cómo hospedar desde un enfoque interdisciplinario conlleva a dar lugar a lo que una diversidad de voces tiene para aportar sobre una situación. Producir el hallazgo de nuevos sentidos en el marco de un encuentro nunca es algo dado a priori, una lectura interdisciplinaria de aquello que se escucha implica dar lugar a la invención desde lo colectivo, con una propuesta a la medida de lo que se escucha, en tanto y en cuanto se intenta alojar lo que se escucha.

12

2.4. Alojar en salud mental desde la escucha: una posición ética.

La hospitalidad implica el acto de acoger a un otro. Ese acto de dar acogida, encuentra determinada su acción acorde al estatuto que se dé a ese otro, es decir, que el tipo de recibimiento y el lugar que ha de deparar para ese otro, va a estar definido por el modo de concebir que posea el sí mismo respecto de aquel que ha solicitado cobijo. Ahora bien ¿Qué condición resultaría pertinente para alojar a ese otro que se presenta solicitando ese cobijo? ¿Acaso la escucha no constituye un acto fundamental y posibilitador de hospitalidad?

Según Carlos Skliar (2017), la ética es definida como una óptica del reconocimiento al otro y la acústica del escuchar sus historias, como la sensibilidad hacia lo frágil, hacia la respuesta singular, hacia la búsqueda de la propia voz. Dar lugar al otro a través de la escucha es reconocer a ese otro como alguien que puede decir sobre sí mismo acorde a sus modos de expresión, acorde a los modos en que se configuran el tiempo y espacio según los procesos particulares de las operatorias psíquicas que se ponen en juego.

Escuchar es dar lugar a un decir que permita construir y reconstruir un relato histórico sobre los acontecidos vivenciados. La escucha en salud mental implica una disposición a dar lugar a los afectos, a las angustias, a las inquietudes, las pasiones, los deseos y las identificaciones, pero, sin direccionar el decir. En este sentido, es pertinente el señalamiento analítico realizado por Ulloa respecto a cómo la escucha desde la abstinencia se convierte en una ética:

Conviene recordar entonces que la clínica psicoanalítica se ve apartada de los caminos médicos en función de la abstinencia, regla fundamental tanto

metodológica como ética. Metodológica, puesto que es desde la abstinencia que el psicoanalista clínico no suministra los legítimos cuidados, prescripciones, y consejos médicos, sino que en función de ella y sus efectos en la modalidad de escucha, complementados con la propuesta de la asociación libre explicitada al paciente, habrá de establecerse la neurosis de transferencia (...) Regla ética, entre otras cosas, porque un analista no tiene un proyecto, ni siquiera un buen proyecto que defina cómo debe curarse un paciente, sino que su papel es asumir la dirección de la cura sin marcar una dirección (2012, p.99).

La escucha, entonces, no se presenta como una mera cuestión metodológica sino como una modalidad que implica una posición ética en tanto se pone en acto en un dar lugar al otro en su singularidad histórica. Luego, como efecto de la escucha, será propicio ofrecer propuestas, tecnologías, amparos, recursos.

Alojar en salud mental es dar lugar a la diferencia. Alojar la diferencia es dar cobijo al otro en su mismísima singularidad a partir de la escucha, quedando en desamparo de las propias certezas. Ello pareciera constituirse como una experiencia sencilla, pero presenta un orden incidido por una variedad de tramas, conflictos, ambivalencias, contratransferencias. ¿Se aloja dando lugar en el lecho de Procusto, recortando todo aquello que se presente como disruptivo o tironeando para normalizar según los ideales de la época? O justamente ¿el modelo de alojamiento exige en todo momento que la escucha sea a medida de lo que sucede? Resulta oportuno situar el aporte de Ulloa (1988) en relación al miramiento: "tener miramiento es mirar con amoroso interés a quien se reconoce

13

como sujeto ajeno y distinto de uno mismo (2012, p.4). El miramiento es una condición esencial para poder escuchar lo que el otro tiene que decir y no lo que se quiere escuchar de lo que el otro dice, implica un límite al apoderamiento del otro, es decir, se trata de una retracción, de una inhibición de esa pulsión de apoderamiento de otro. Lo cual implica, en términos coloquiales, salir del "yo sé lo que necesitás". No, lo que se puede escuchar es algo de la singularidad, en tanto y en cuanto se esté trabajando, o en tanto en cuanto haya una intervención, un límite, una suerte de resguardo respecto del irrefrenable sentido de apoderamiento del otro.

La escucha en clave hospitalaria, al decir de Stolkner (2019) es un gesto político y ético, porque en tanto acto no tiene precio y, si se paga o se cobra, deja de ser hospitalidad. La escucha hospitalaria es el núcleo irreductible a cualquier posibilidad de mercantilización que puede acontecer en cada acto de salud. En ella se recupera no sólo la dimensión subjetiva de quien "recibe" asistencia, sino de quien la "brinda". La escucha (ética) en salud mental posibilita la dignidad en el acto, entendiendo por dignidad no ubicar al otro en el lugar de objeto, medio o mercancía.

Las prácticas en salud mental sostenidas a través de una escucha disponible, interesada, abstinentemente, despojada de certezas y subjetivante constituyen actos de hospitalidad que de no presentarse vulneran el acto en salud.

3. Conclusiones

A lo largo de este trabajo se indagó acerca del acto de hospedar en salud mental. A partir de este interrogante, se trazó un recorrido por las ideas en torno a la hospitalidad, algunos aportes en materia de Derechos Humanos en el campo de las prácticas en salud mental, los marcos normativos que hacen a dichas prácticas, las modalidades de abordaje con diseño interdisciplinario y su dimensión ética política. Este desarrollo permite afirmar que alojar en salud mental implica, necesariamente, dar lugar a la diferencia a partir de la escucha como un modo particular de dar acogida a un otro en su singularidad.

Escuchar en salud mental es un acto de hospitalidad, alojar en salud mental es escuchar y escuchar no es algo inmediato, sino que implica el tiempo que insume la emergencia del sujeto en el marco de la transferencia. Implica los tiempos de elaboración del trabajo psíquico, los cuales no necesariamente condicen con el tiempo cronológico.

Escuchar implica un proceso para el despliegue de la subjetividad de una época. Llegar a captar la emergencia del sujeto a través de los rasgos y decires singulares que poseen los modos de vida acorde a las expresiones culturales, históricas y sociales;

conlleva de un proceso, que en ocasiones puede ser paulatino y en otras es repentino.

Escuchar es reconocer derechos, aunque no estén garantizados. Escuchar es calibrar con qué recursos se cuentan para dar lugar a aquello que se pretende dar alojamiento. Precisa distinguir los tiempos institucionales respecto de los tiempos subjetivos, no tiene que ver con el imperativo categórico de resolver, no responde a los pedidos de las urgencias, sino que trabaja con la construcción de una demanda. Tiene que ver con un tiempo que no es precipitado, con un límite al empuje de las exigencias institucionales. A modo de analogía musical, escuchar conlleva un actuar acorde al tempo en el que se desenvuelve una pieza musical.

Escuchar es dar lugar a una diversidad de voces respecto de lo que se pueda construir, inventar y aportar colectivamente en una situación. Escuchar conlleva una posición en la cual requiere que se diriman los narcisismos de las pequeñas diferencias, porque de lo que se trata no es de tener razón, sino de dar lugar a lo inédito, a los nuevos sentidos de un saber que tiene que ver con la situación que se escucha y no con lo que se quiere escuchar.

Escuchar es alojar lo que un sujeto no puede escuchar de la propia biografía, a los fines de que no se produzca una desmentida de lo que le sucede con ello, es dar voz a lo no dicho en eso que se dice, es generar condiciones para que se produzca un decir, es prestar un decir cuando aquello que se quiere decir no puede ser realizado. Conlleva el despojarse de la moral de una época, no es aconsejar a través de las buenas intenciones, implica suspender los ideales de bien. Requiere de abstinencia, de tener miramiento, de tener una relación con lo insoportable, con la pulsión de muerte y la repetición, así como con el humor y las escansiones.

La escucha implica dar lugar a los afectos, conlleva de una sensibilidad y un poder conmoverse a condición de re trabajar sobre los efectos que eso produce. No todo es posible de escuchar, es necesario advertir que también se presentan rechazos a ciertos decires. De allí la necesidad de un registro acerca de los límites propios respecto de aquello que se puede escuchar y de lo que no, requiere de un límite ético respecto de aquello de lo que se está dispuesto a trabajar y de lo que no, implica la revisión constante de las prácticas y sus efectos. En este sentido, se torna fundamental el análisis propio, el diálogo entre pares y la formación teórica.

Escuchar es una posición política de lo que es un sujeto, de lo que es un malestar, de lo que es el sufrimiento, de lo que es padecimiento, es tener una posición crítica de lo que es la ideología de la normalidad.

Aquel que pretenda hospedar en salud mental como psicólogo/a, no debe apartarse de la escucha y la singularidad situada en una época. Debido a que la escucha como tal es un acto subjetivante, en tanto permite reconocer y propiciar condiciones para que se produzca algo del orden de un sujeto.

15

4. Referencias bibliográficas

Cullen, C (2016). La ética docente entre el estar, la hospitalidad y el acontecimiento. Disponible en: <https://youtu.be/9NujScxZW5I?si=wc6gcZzk5pfeHjFb>

Carpintero, E. (2018). Tomo II: Las huellas de la memoria. Capítulo "Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70". Ed Topia. Buenos Aires.

Declaración de Caracas (1990).

Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Derrida, J (1998). Adiós a Emmanuel Lévinas. Editorial Trotta, Madrid. Derrida,

J (2001). ¡Palabra! Instantáneas filosóficas. Ed. Trotta. Madrid.

Derrida, J y Dufourmantelle, A. (2008). La Hospitalidad. Ediciones la Flor, Buenos Aires.

Fernandez, A (2009) M: Revista Nómadas N° 30. “Las diferencias desigualadas: Multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina” (pp. 22-33). Universidad Central, Bogotá.

Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Tollo, M. (2019) Escuchar las infancias. Alojar singularidades y restituir derechos en tiempos de arrasamientos subjetivos 1° Edición Noveduc. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado (p.p 14 - 25). Ginebra.

Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas. CONISMA.
Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001246cnt_2018_conisma_recomendaciones-universidades-publicas-privadas.pdf

Rosato, A y Angelino M. A. (2009) Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Buenos Aires: Noveduc.

Skliar, C. (2017). Pedagogía de las diferencias. Buenos Aires: Noveduc.

Stolkiner, A (2014). Encuentro preparatorio al XIII Congreso Latino Americano de Medicina Social y Salud Colectiva. La Salud Colectiva en la perspectiva de los Derechos Humanos. Buenos Aires 21, 22 y 23 de agosto del 2014.

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=UobmMNkuljA>

Stolkiner, A (2016). Revista Soberanía Popular: “Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental.

Disponible en: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

Stolkiner, A (2021). Prácticas en salud mental. Buenos Aires: Noveduc.

Ulloa, F (2012). Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Libros del zorzal.