



Universidad
Nacional
de Rosario

Facultad de Psicología
Trabajo Integrador Final

Conceptos y prácticas en el campo de la Salud Mental Argentina (1800-2020)

Modalidad de presentación: **Investigación Bibliográfica**

Alumna: Maité Sol Pérez

Legajo: P-5563/8

D.N.I.: 40.790.914

Docente Responsable: López Ocariz, Cecilia

-2023-
Agradecimientos

A mi familia, por ser sostén, por apostar y creer en mí. Sobre todo, mamá y papá, las dos personas que son responsables de que hoy, simplemente, pueda existir.

Mis abuelos, el amor más puro e incondicional que supe conocer. A Cecilia, docente y psicóloga de la casa, quien desinteresadamente me acompañó en este proceso.

A mis amigas y amigos, quienes no solo dieron y dan sentido a todo este sinsentido, sino que también, hicieron de este árido camino, un lindo y memorable recuerdo.

A mi espacio de análisis, que me sostuvo cuando nada podría haberlo hecho. A quienes no mencioné, pero deben sentirse convocadxs por haber sido parte de este trayecto de mi vida, de alguna u otra manera.

Índice

Resumen	4
1. Presentación del problema	5
2. Objetivos	8
Introducción.....	9
Desarrollo.....	11
4.1. Capítulo 1: “1800- 1900”	11
4.1.1. <i>Categorías y Conceptos Predominantes dentro del Alienismo</i>	12
4.1.2. <i>Prácticas Alienistas</i>	13
4.2. Capítulo 2: “1900-2000”	14
4.2.2. <i>Categorías y Conceptos Predominantes dentro del Higienismo y la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana</i>	15
4.2.1. <i>Prácticas Higienistas y Prácticas de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana</i>	17
4.3. Capítulo 3: “2000-2020”	19
4.3.1. <i>Categorías y Conceptos Predominantes dentro del Campo de la Salud Mental</i>	20
4.3.2. <i>Prácticas en el Campo de la Salud Mental</i>	21
5. Consideraciones Finales.....	24
6. Bibliografía.....	26

Resumen

La presente Investigación Bibliográfica con perspectiva histórica, aborda como tema la Salud Mental en Argentina, específicamente la categoría de padecimiento mental, conceptualización que aparece con la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. De esta manera, el objetivo será revisar cómo esta denominación ha sido conceptualizada y nombrada en diferentes momentos históricos en el país y cómo esto ha impactado en las prácticas relacionadas. Para ello, metodológicamente, se hará un relevamiento de fuentes secundarias con un procesamiento y análisis, utilizando el método analítico-interpretativo. Al mismo tiempo, se segmentarán los periodos históricos en tres capítulos, a modo de ordenar al lector. La reflexión parte de entender a la Salud Mental como un campo político en el que convergen intereses y en el que no es posible establecer un significado unívoco, ya que, al ser una construcción social, política y cultural, los términos y conceptos evolucionan y cambian constantemente con el tiempo, en relación al momento histórico dado, proporcionando diferentes respuestas a la problemática que abarca. El recorrido seleccionado para analizar la configuración de este campo comenzará con el Alienismo para así arribar en la sanción de la Ley 26.657. Esta última, supondrá un antes y un después en la manera de abordar al sujeto al considerar a toda persona con padecimiento mental como sujeto de derecho, destacando, al mismo tiempo, que ninguna enfermedad, trastorno, padecimiento o condición, anula la condición de persona ni debe sustituirla. Cambio semántico que repercutirá en todo el modelo de atención.

Palabras Claves

Salud Mental- Argentina- Padecimiento Mental- Enfermedad- LNSM 26.657

1. Presentación del problema

En el presente trabajo, de modalidad Investigación Bibliográfica con perspectiva histórica, se abordará como tema general la Salud Mental en Argentina, más específicamente la categoría de padecimiento mental, conceptualización que aparece en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Entendiendo que anteriormente han existido y existen otras definiciones para dicho término, el objetivo será revisar los modos en que esta categoría ha sido nombrada en nuestro país en diferentes momentos históricos y cómo esto ha tenido consecuencias en las prácticas subyacentes.

Cómo punto de partida, se entiende a la Salud Mental cómo un campo al decir de Pierre Bourdieu, es decir, cómo un campo político donde rigen intereses, un terreno de disputa donde no es posible asumir un significado unívoco del término (Ventureira, 2020). Salud Mental no sólo alude a un estado o condición del individuo, a un campo dentro de la salud pública, a una serie de patologías psiquiátricas y problemas psicosociales, sino también, a un conjunto de iniciativas sanitarias, sociales y políticas (Hiriart, 2018).

Dicho campo es una construcción artificial social, política y cultural, por ende, existen términos significativos que irán mutando y transformándose con el pasar del tiempo, recibiendo en el mismo movimiento diferentes respuestas a la problemática que encarna:

Hablar de las nociones, conceptos, tipificaciones en el campo de la Salud Mental exige recorrer un camino de especificaciones no poco conflictiva, ya que las mismas difieren teórica, conceptual y legalmente; pero también, desde lo contextual, esos enunciados tienen implicancias prácticas, subjetivas y sociales sobre los sujetos portadores de esos significados. (Faraone, 2013, p.30)

A la hora de identificar antecedentes para esta problemática, internacionalmente podemos mencionar a Michel Foucault que, a comienzos de los años 60 publicó un escrito llamado "Historia de la locura en la época clásica", donde reflexiona sobre el tratamiento asilar de la locura y el modo en que se ejerce el poder en dicho contexto. Él parte de la articulación de los discursos existentes sobre este término a través de la historia y las formas de aislamiento y/o tratamiento del mismo, lo cual lo lleva a conocer los criterios que regían y delimitaban la problemática. Sin embargo, dada la vastedad del campo y la limitación de esta investigación, se ha optado por elegir como antecedentes, textos y bibliografía que fueron confeccionados por algunos exponentes argentinos tales como Hugo Vezzetti, Emiliano Galende, Alicia Stolkiner, Silvia Faraone, Cecilia Augsburgger, entre otros, además de normativas internacionales y nacionales.

Argentina en este campo, como suele hacer en otros terrenos, pero sin caer en la ingenuidad de pensar que es natural, siguió las vicisitudes que experimentaron la mayoría de los países europeos. En este sentido, si bien la historia psiquiátrica nacional comienza alrededor de 1700 con los primeros manicomios manejados por grupos religiosos, por motivos operativos se ha decidido comenzar este trabajo desde lo sucedido a partir del 1800, época que se relaciona con las primeras apariciones de las ideas alienistas (Falcone, 2000).

El alienismo es un movimiento psiquiátrico del siglo XIX. Dentro de esta corriente, el concepto que interesa y se ve aparecer es el de la enfermedad mental asociada directamente con la locura. Al respecto, Hugo Vezzetti (1985), psiquiatra argentino, dirá que el alienismo tenía su sede en los manicomios de Buenos Aires y es justamente allí donde comienza a construirse un conjunto de saberes basados en la observación de comportamientos a partir de los cuales se elaborarán clasificaciones y experimentaciones. El objetivo de ello era determinar la existencia o no de locura, para poder darle a la enfermedad mental una racionalidad, y porque no, científicidad. A su vez, de la mano de esta operación, aparece el criterio de peligrosidad que determinaba la necesidad de permanecer por dentro o fuera de la institucionalización, generando de esta manera la configuración del famoso poder psiquiátrico.

5

Siguiendo a Alicia Stolkiner (2013), si bien la medicina en la Modernidad había llegado a ser uno de los dispositivos predilectos para disciplinar individuos, logrando gran hegemonía en la sociedad, este artificio rápidamente se vio conmovido con la aparición de corrientes de pensamiento que desarticulaban su naturalidad supuesta, como, por ejemplo, psicoanálisis o el marxismo. Dicho en otras palabras, el alienismo con su cuerpo profesional no logra sostenerse, ya que, se empieza a sospechar de la credibilidad de este formato, junto con su aparato institucional, el hospital psiquiátrico.

Avanzando en el tiempo, el siglo pasado se ha caracterizado por ser terreno de terribles sucesos y transformaciones mundiales que dieron como resultado la toma de conciencia y reflexión por parte de la población. En tal sentido, fueron los organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los que, mediante documentos y recomendaciones, instaron a los países miembros a generar legislaciones específicas para la protección, promoción y mejora de los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico (Faraone, Barcala, 2020).

Poco a poco la idea de Salud Mental comienza a sonar gracias a que ciertas corrientes aparecen a fines del siglo XX para posicionarse críticamente ante el paradigma dominante. Una de ellas es la Higiene Mental, la cual aparece en EEUU, en 1909. Este movimiento médico psiquiátrico llega a tener éxito en Latinoamérica alrededor de 1930. A diferencia del alienismo, la Higiene Mental limitó sus indicaciones terapéuticas abogando

por mejores condiciones de internación, lo que fue determinante no solo para poder modificar antiguas prácticas, sino más bien, para preparar el terreno psi para lo que actualmente son las nuevas legislaciones en Salud Mental. Por otro lado, alrededor de 1970 en Latinoamérica empiezan a ganar fuerza los postulados de la Medicina Social/Salud Colectiva (MSSC). Esta línea de pensamiento abrió un debate epistemológico sobre la salud y cómo esta estaba siendo pensada, lo cual permitió la revisión crítica de modelos de pensamiento causalistas lineales como los dualistas dicotómicos (salud-enfermedad, individual-social, biológico-mental), incorporando la idea de proceso como posibilidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012).

Argentina ha tenido puntos de confluencia y articulaciones rizomáticas tanto con la Higiene Mental como con la MSSC, tomándolas como referentes a la hora de pensar las transformaciones y reformas en el campo de la Salud Mental. Como resultado, surgirá la perspectiva de Derechos como una nueva perspectiva en la atención. En concordancia, en 2010 se sanciona la Ley Nacional en Salud Mental y Adicciones N°26.657, la cual incorpora la noción de padecimiento mental de los/as usuarios/as en reemplazo de la noción de enfermedad mental:

Entiéndase por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsible o imprevista, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657". (art. 1)

En relación al párrafo anterior, a saber, es la reglamentación de la ley aprobada en 2013, la que define al padecimiento mental incorporando al mismo tiempo la noción de sufrimiento psíquico. Esta nueva categoría es de suma importancia, ya que:

Involucra un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento primordial, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer. (Faraone, 2013, p 36)

Estas adquisiciones semánticas deben su relevancia a que implican una serie de cambios que alcanzan diferentes ámbitos de este campo. En este sentido, por un lado, produjeron una gran transformación respecto a la mirada biologicista de la enfermedad, lo que supone un antes y un después en la manera de abordar a la persona con padecimiento

6

mental, considerándola de ahora en adelante como sujeto de derecho y no como alguien "enfermo". Por otro lado, introducen la necesidad de reacomodar los dispositivos existentes, ya que, dan lugar a comprender que las diferentes manifestaciones de los padecimientos impactan directamente en las instituciones que habitan. Vale aclarar que todo esto fue acompañado de permanentes tensiones y heterogeneidad en los modos de respuesta que se establecen, persistiendo hasta el día de hoy (del Valle Rossi, Bustos, 2018).

Siguiendo a Faraone (2013) las concepciones expresadas hasta aquí, enfermedad, trastornos, sufrimiento/ padecimiento, decantan la enorme problemática en la cual están articuladas, ya que, "estos diversos significados responden a conjuntos expresados y articulados de poder que van de la mano con prácticas concretas que no forman un sistema homogéneo, sino que se articulan en la dispersión o, dicho de otro modo, "la consolidación de estas formaciones discursivas supone asumir estos enunciados articulados con prácticas sociales concretas". (p.29)

Como futura profesional del campo de la Salud Mental la autora del presente trabajo considera que es de interés para la Psicología investigar la diversidad de términos que han existido en este campo para referirse a la noción de salud y los procesos que ésta engloba, junto con sus transformaciones constantes, porque ello permite comprender, no solo que la escena actual es el resultado de acontecimientos producidos hace varias décadas atrás, sino también que la misma no es algo natural, por el contrario, es producto de la lucha de intereses de muchos actores que pugnan por la hegemonía del campo. Al igual que proponen Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez (2012), este trabajo no persigue cómo objetivo el hecho de arribar a una definición acabada de lo que es la Salud Mental, sino más bien, poder contribuir al cuestionamiento del mismo, con el anhelo de que, quizás, los resultados ayuden a seguir construyendo un camino en pos del reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos.

2. Objetivos

Objetivo General:

- Rastrear y ubicar los modos en que el concepto padecimiento mental ha ido cambiando de denominación y conceptualización en nuestro país desde 1800 hasta el 2020 (año en que comienza la pandemia de Covid-19) y cómo ello incide en las prácticas subyacentes.

Objetivos Específicos:

- Ubicar históricamente y luego, mencionar los modos de nombrar el concepto de padecimiento mental a lo largo de los diferentes períodos, a saber: Capítulo 1 (1800-1900); Capítulo 2 (1900 -2000) y Capítulo 3 (2000 -2020).
- Describir en cada periodo el modo de nombrar el padecimiento mental y caracterizar brevemente las prácticas derivadas de las concepciones del concepto de padecimiento mental.
- Reflexionar y observar cómo los cambios conceptuales impactan y transforman el campo de la Salud Mental y sus prácticas.

3. Introducción

Han cambiado las significaciones imaginarias que cada época ha construido en relación con los cuerpos. Diferentes han sido los discursos y las prácticas, los mitos y los regímenes de verdad en relación con ellos. (Fernández, 2008, p.134)

Hablar de las nociones, conceptos, tipificaciones en el campo de la salud mental exige recorrer un camino de especificaciones no poco conflictiva, ya que las mismas difieren teórica, conceptual y legalmente; pero también, desde lo contextual, esos enunciados tienen implicancias prácticas, subjetivas y sociales sobre los sujetos portadores de esos significados. Esa enunciación contribuye diferencialmente a la colonización de la vida del sujeto. (Faraone, 2013, p.30)

En el presente Trabajo Integrador Final se considera a la Salud Mental cómo un campo en sentido político, es decir, un campo entendido cómo un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones que luchan por formas específicas de dominio, donde se juegan diversos intereses (Gutiérrez, 1997). A su vez, este campo puede pensarse cómo un subcampo dentro del de la salud en general, el cual, por diversas razones, se ha establecido como el espacio paradigmático que desafía la concepción biologicista-individual de la enfermedad y se ha distinguido por mantener formas institucionales particulares que revelan, de manera más evidente que en el campo de la salud en general, la interrelación entre los mandatos sociales de control y las propuestas terapéuticas (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012).

Cómo campo político, se ha ido configurando a través de conceptos, ideas, miradas, hitos, hechos, rupturas que dan como resultado la escena actual. De este modo, las ideas o nociones acerca de qué es salud o enfermedad se fueron transformando por la acción de diferentes grupos sociales, a raíz del consenso y la sistematización, teniendo la particularidad de ser propias de un momento histórico específico. Asimismo, este aspecto semántico organiza tanto un saber popular, resultado de prácticas cotidianas, como un cuerpo teórico que se enlaza con prácticas profesionales específicas, lo que da como resultado un campo que se caracteriza por la acumulación de desarrollos contradictorios y antagónicos que terminan siendo un obstáculo a la hora de querer avanzar sobre una conceptualización de la salud y de la enfermedad, ya que la misma se vuelve imposible por su multivocidad de significaciones (Augsburger, 2014).

En relación a estos desarrollos antagónicos y contradictorios, a lo largo de la formación en Psicología, se ha hablado de dos discursos paradigmáticos a la hora de pensar y analizar el campo de la Salud Mental. Por un lado, se encuentra la lógica manicomial como ese entramado de saberes, prácticas y sucesos históricos que remontan de siglos atrás y persisten actualmente, los cuales tienen una relación particular y directa con el concepto de locura y el de enfermedad mental. Por otro lado, existe un paradigma más actual que se ha ido configurando desde mediados del siglo XX, el cual intenta desnaturalizar y oponerse a este paradigma biologicista de la enfermedad, a través de introducir nuevas nociones cómo padecimiento mental o sufrimiento psíquico, permitiendo pensar a la Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos.

De este modo, el presente escrito pretende investigar cómo se fueron desarrollando los modelos mencionados en el párrafo anterior en nuestro país, junto con la transformación de sus conceptos principales y sus prácticas consecuentes. Para ello, metodológicamente,

se hará un relevamiento de fuentes secundarias con un procesamiento y análisis utilizando el método analítico-interpretativo. La bibliografía incluye legislaciones nacionales, artículos académicos, así como sitios de Internet, donde se accedió a información periodística, producciones y difusiones que son accesibles por este medio. Operativamente el recorrido se dividirá en tres capítulos:

El primero comprenderá los movimientos y corrientes que se desarrollaron entre 1800 y 1900, específicamente el Modelo Asilar, corriente que hace surgir al concepto de locura asociado a la enfermedad mental, y, en la misma línea, a la medicina cómo poseedora de la verdad. Para su redacción se han utilizado fuentes secundarias diversas, pero cómo las más relevantes se encuentra una tesina de grado que pertenece al Trabajador Social Ventureira Agustín, un artículo académico sobre la historia de la institución psiquiátrica en Argentina de Falcone y un artículo de Faraone sobre las reformas del Campo de la Salud Mental.

El segundo capítulo comprende la periodización que va desde 1900 hasta el año 2000. Aquí aparecen dos movimientos que se han reivindicado con el objetivo de cuestionar al paradigma medico hegemónico, con el fin de superar la perspectiva objetiva de existencia de enfermedades sin sujetos, para poder incorporar el punto de vista del enfermo. Por un lado, para hablar sobre el movimiento de Higiene Mental, se utilizó un artículo de Falcone, mencionado en el párrafo anterior, y un artículo que habla sobre psicología e Higiene Mental de Freire y Boarini. Por otro lado, para la conceptualización de la Medicina Social/Salud Colectiva se trabajó sobre un artículo académico escrito por las psicólogas Stolkiner y Ardila Gómez, más un texto de Faraone sobre las reformas en el campo de la Salud Mental.

Llegado el último capítulo, a saber, periodo va desde el inicio del siglo XXI hasta el año 2020, la Argentina fue optando por un encuadre colectivo basado en los derechos de las personas, el cual le permite pensar prácticas que entiendan al proceso de salud, ya no cómo algo que se reduce al cuerpo biológico, sino más bien, se tomará a la subjetividad cómo un elemento primordial, dejando de limitar la Salud Mental y sus padecimientos a un conjunto de entidades patológicas definidas, dando lugar a la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer. Con ello se abre un campo de reformas, ya sea en materia legislativa, como también, en las prácticas. Cómo bibliografía se utilizaron diversos artículos académicos de autores nacionales, la legislación Nacional 26.657 y además declaraciones y recomendaciones promulgadas por Organismos Internacionales.

4. Desarrollo

4.1. Capítulo 1: “1800- 1900”

Es necesario analizar la sucesión de coyunturas teóricas y prácticas que constituyen la historia específica de la psiquiatría, partiendo del principio de que el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas sino de los modos históricos de producción de esas ideas. (Galende, 1994, p. 121)

La psiquiatría es parte de la prehistoria de salud mental y esta relación del sufrimiento mental con la medicina ha sido desde su inicio conflictiva y arbitraria. (Galende, 2012, p.7)

La historia de la psiquiatría es la historia de los psiquiatras y no la historia de los enfermos. (Basaglia, 2008, p.25)

¿Quiénes han encarnado el cuerpo de los locos-alienados?

La locura, el concepto y su etiqueta, ha ido variando a lo largo del tiempo. Ha sabido ser algún pagano que difería del cristianismo, algún que otro enfermo de lepra, otras veces algún esquizofrénico o algún marginal, etc. Vale decir, en cada caso la elección va a responder al momento histórico atravesado, no obstante, muchas de ellas serán marcas tan importantes que siguen perdurando en el tiempo, configurando aún la figura del “loco” (Ventureira, 2020). En otras palabras y cómo se ha afirmado en la Introducción, a lo largo de la historia ha habido diferentes formas de dar respuesta, por parte de las sociedades, al problema representado por la locura, y un elemento clave para ello, ha sido el manicomio, o más precisamente, la lógica manicomial.

Si se parte del supuesto de que el campo de la Salud Mental local ha heredado

muchos elementos de la psiquiatría clásica, junto a ello sus rupturas y reformas, es una buena idea comenzar el recorrido de este trabajo por lo que fue el paradigma Asilar en la Argentina. La utilidad de esto será aproximarse al campo actual, ya que, si bien este modelo y su desarrollo al comienzo parecerán algo trivial, avanzando en la lectura, el lector podrá ir comprendiendo la complejidad y el peso que tiene por debajo en la construcción del mismo (Ventureira, 2020).

Remontándose al siglo XIX, el alienismo puede pensarse cómo el pensamiento científico imperante y característico del clima de época reformista de la Revolución Francesa, el cual logrará gobernar su propia área de conocimiento con respecto a un tema que venía siendo esquivo en su manejo por parte de otros actores de la sociedad, a saber, la locura. Al mismo tiempo, se irá configurando el denominado poder psiquiátrico (Ventureira, 2020). A su vez, es Philippe Pinel, médico francés, quien, en resumidas palabras, ante la lamentable situación por la que atravesaban los alienados decide proponer reformas “más humanas” en el modo de tratamiento de los mismos, del mismo modo que lucha para que la sociedad comience a considerarlos cómo pacientes enfermos, bregando por sus “derechos” (Faraone, 2000).

En el territorio argentino, a modo de recepción de la tradición francesa, el alienismo se propuso, en una primera instancia, como respuesta política hacia el problema que representaban los locos para una sociedad determinada. De este modo, el Gobierno Nacional crea en el año 1854 el Hospital Nacional de Alienadas (también llamado Hospital de la Convalecencia) en la ciudad de Buenos Aires, a pedido de la Sociedad de Beneficencia.

11

4.1.1. Categorías y Conceptos Predominantes dentro del Alienismo

A la par que el alienismo se va asentando en la sociedad, se produce una metamorfosis en la figura del hospital, el cual, deja de ser un instrumento de la sociedad caritativa y comienza a responder a un orden político-social que buscaba la normalización de sus habitantes. De igual modo, en Argentina, por ejemplo, los manicomios fueron manejados por congregaciones jesuitas hasta que en 1822 se les confió a los médicos el examen de todas las personas sometidas a acción policial o judicial. “En un doble movimiento, la institución permitió que la medicina se introduzca como novedad y que los grupos de desviados o marginales se consoliden como el nuevo chivo expiatorio, el nuevo objeto de cuidado” (Ventureira, 2020, p. 8). De ahora en más, el manicomio tendrá la función de alojar a la locura.

En esta sociedad contractual se ha ido construyendo una lógica donde el alienado es puesto en una situación de desposesión y dependencia con las instituciones y reglas de la época, cualidades que fueron absorbidas por la figura del médico-psiquiatra quien cataloga, clasifica, diagnostica, y les asocia síntomas a diferentes comportamientos; basados en la cuestión de la moral y peligrosidad. (Ventureira, 2020, p. 9)

Junto con esta metamorfosis institucional, en esta lógica predominará la dupla alienista-alienado, caracterizada por cierta verticalidad, donde los segundos se convierten en un objeto a observar y a estudiar (Ventureira, 2020). En adelante, el médico pasa a decidir sobre la vida del alienado, su ingreso, el desarrollo de la terapia y la salida o no del hospital, todo bajo “fundamentos científicos” que se iban comprobando en la realidad, mediante el estudio del cuerpo humano, ya que, con este modelo se comienza a construir un conjunto de saberes basados en la observación de comportamientos. Esto tendrá la utilidad de elaborar clasificaciones que determinaran la “presencia o no de la locura”,

nosografía que le brindará a la enfermedad mental el sustento científico que necesitaba.

En Argentina, tanto durante el virreinato como en el comienzo de la nueva república, el enfermo mental o alienado era una figura desdichada que quedaba excluida de la sociedad. De igual manera, años después, el loco inmigrante fue la figura que encarnó el máximo desvarío médico y moral. De este modo, se puede apreciar cómo el enfermo mental o alienado se fue constituyendo cómo ese alguien diferente, “desviado”, alguien, que, por diferentes motivos y circunstancias, se había apartado de sí mismo y de los ideales sociales, llegando a “convertirse” en el “mayor peligro” para el orden y el progreso social (Stagnaro, 2006).

A la serie de transformaciones en el hospital se le asocio la noción de peligrosidad, la cual tuvo como función principal asegurarle al poder psiquiátrico un lugar específico dentro del cuerpo social, a partir de la inscripción de un discurso proteccionista, a saber, de ahora en más se necesitaría de profesionales acordes que puedan proteger a la sociedad del loco-criminal. Sobre esto se construirá todo el artificio de la institucionalización. “Se comienza a relacionar enfermedad mental con peligro cuando se le atribuye la locura a un crimen”. (Foucault, 2008, p. 297)

Pasados los años, estas representaciones fueron construyendo una etiqueta negativa para quienes estaban locos, creándose poco a poco el estigma social que configuró todo el imaginario social que caracteriza a la locura. Es importante resaltar que la etiqueta nada tenía que ver con portar alguna problemática biológica, sino que, se reducía a un conjunto de valores peyorativos que recaían (y recaen) en quienes no podían adecuarse a lo socialmente esperado (Faraone, 2013):

La locura como “cuestión social” obedece a una realidad histórico social de un determinado momento en el que se constituye una institucionalidad para su intervención y administración por parte de un cuerpo profesional en particular. (Ventureira, 2020, p.7)

12

Con el modelo alienista, la enfermedad mental se transforma en una realidad cuando se le introduce un carácter racional y científico, y, aparejado, el primer concepto que aparece es el de locura entendida cómo aquello que se encontraba por fuera de toda regla o norma social y moral (este ha sido, en términos generales, el carácter peligroso de esta población) (Carpintero, 2011). En este sentido, es evidente que ambos conceptos nacen asociado a la medicina biológica, en términos a-históricos y a-culturales, ya que, fueron definiciones que respondieron al proceso diagnóstico y a la terapéutica de encierro impuesto por la psiquiatría (Ventureira, 2020).

La enfermedad, lejos de tener un rigor objetivo y científico, es más bien “una actitud epistémica, es decir, una actitud de producción de conocimiento, que significa la suspensión de un determinado concepto e implica la posibilidad de nuevos contactos empíricos con el fenómeno en cuestión”. (Amarante, 2009, p. 66) En otras palabras, lo que hace real a la enfermedad mental jamás es la ciencia de su funcionamiento, sino, los criterios de verdad que operan, que es importante resaltar, siempre dependen del poder de turno (Ventureira, 2020).

A su vez, esta serie de transformaciones semánticas se ven plasmadas en el terreno institucional. Se da paso al siguiente apartado donde se trabajarán diversos modos de tratamientos que se realizaban en la institución alienista por excelencia, el manicomio.

4.1.2. Prácticas Alienistas

El alienismo sentó las bases para lo que posteriormente se llamaría formalmente

psiquiatría. Esta última, nace en el siglo XIX con el objetivo utópico de ser un instrumento de liberación para el hombre, logando obtener rápidamente una importante legitimidad por parte de la sociedad y los gobiernos. Sin embargo, tomando los relatos de Basaglia (2008), aquellos locos que fueron liberados de las prisiones pasaron a una nueva institución de encierro, el manicomio, que lejos estaba de poder ofrecerles una vida diferente. Así se inicia el calvario del loco y el gran destino del psiquiatra (Ventureira, 2020).

En relación a las prácticas y tratamientos que se llevaron a cabo, estas obtienen en 1838 una primera legislación que las avalaba. Las mismas se fueron reproduciendo de hospital en hospital, estableciendo parámetros racionales para discernir científicamente entre el ciudadano/razón y el alienado/locura, es decir, allí se decidía quién sería merecedor del tratamiento predilecto. De este modo, la vida de quienes eran elegidos para el encierro, pasaba a estar marcada por un carácter represivo (dado por la figura del doctor que desidia por el paciente) y disciplinario (Ventureira, 2020).

Si bien los modos de tratamiento han ido variando a lo largo del tiempo, para el alienismo, el tratamiento por excelencia fue aquel que implicaba técnicas farmacológicas y terapéuticas, mejor conocido como el tratamiento moral, el cual apuntaba a la restitución de las condiciones que había perdido la persona y que necesitaba para permanecer dentro del grupo poblacional corriente y cuya resolución desembocada en la internación o no:

Las características atribuidas al loco (enfermo, amenaza potencial o virtual, impulsivo, etc.) se matizan en un contexto dado por una amplia gama de medidas coactivas, tanto físicas (castigo físico, sujeciones, encierro) como simbólicas (manejo del tiempo, rutina, condiciones habitacionales, etc.), donde paralelamente persistía un tratamiento que apuntaba a la corrección para la reinserción en la sociedad de los pacientes (Ventureira, 2020, p.10)

La propuesta de tratamiento ofrecida por los psiquiatras, entonces, no se centraba en la curación o en el abordaje de la enfermedad, sino que, el objetivo era imponer la voluntad racional del médico sobre la locura del paciente mediante diversas técnicas y experimentos, que a menudo resultaban en daños físicos. En esta lógica, la figura del médico fue central debido a su “amplio dominio del conocimiento”, el cual, sustentaba y fundamentaba esta institución. No obstante, para suerte de muchos, “con el tiempo se empieza a sospechar de la credibilidad de este formato y de los hospitales psiquiátricos

13

que se poblaban cada vez más, así como crecía el nivel de violencia para con los pacientes” (Amarante, 2009, p.40), por lo que, dicho modelo no logró sostenerse como tal mucho tiempo más.

Este momento de incipientes rupturas, da pie al surgimiento de una serie de experiencias que intentaron mejorar las condiciones de los asilos. En tal sentido, en nuestro país se crean numerosos proyectos de mejoras edilicias en los hospitales de alienados inspirados en el tratamiento moral, así como también se construyen una serie de nuevos asilos. Hacia fines de 1800 los servicios de atención habían mejorado con la dirección de Meléndez (médico y científico argentino) quien había impartido cambios radicales en tanto mejoras edilicias y tratamientos: mejorando la alimentación de los alienados, creando mayores entretenimientos con trabajos y aumentando la atención en el tratamiento médico (Falcone, 2000). Por otro lado, en materia legislativa, en 1897 se sanciona la Ley 3548, creándose como consecuencia la Colonia Nacional de Alienados en Luján, la cual fue importante porque estaba sujeta a los ideales impartidos por un nuevo sistema escoses de hospitalización y asistencia médica, mejor conocida como “asilos de puertas abiertas Open Door”.

Este último sistema fue un gran avance para las prácticas y terapéuticas en este

campo, ya que, él mismo tenía la misión de dar asistencia y educación a los alienados, siendo un modo alternativo y diferente de tratamiento donde el enfermo desarrollaba tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad y con la posibilidad de realizar varias tareas relacionadas a habilidades laborales. Esta colonia para la producción agrícola a gran escala permitió que los pacientes trabajaran en la ejecución de diversas actividades, intentando devolverles un retorno a su anterior normalidad (Falcone, 2000). Pero lamentablemente, con el paso del tiempo la desilusión no se hizo esperar, dado que, la noticia no pudo ser acompañada por la sociedad, ya que, se hablaba de invasiones de locos, asesinatos en masa y hasta se intentó la creación de un movimiento popular que se opusiera con firmeza al proyecto estatal. En otras palabras, el estigma de peligrosidad que rodeaba a estas personas desde épocas pretéritas, no había cambiado.

Cerca de terminar el siglo (XIX), la escena nacional de muchas instituciones psiquiátricas se caracterizaba por un estado de corrupción y desorden desmedido, motivo por el cual comienzan a ser intervenidos por un conjunto de medidas administrativas y disciplinarias. Al mismo tiempo, en algunos círculos muy reducidos empieza a tomar voz un pre proyecto que apuntaba a la modernización del tratamiento de los alienados ante la necesidad de modificar la existencia del manicomio y todo lo que allí habitaba (sus normas, las prácticas profesionales, los discursos y fundamentalmente el rol de los pacientes), bregando por mejorar la atención de las enfermedades mentales, a través de técnicas modernas que apuntaban a la asistencia psiquiátrica abierta. Así, de a poco, el alienismo empieza a ver su fin con la llegada de tendencias Higienistas (Falcone, 2000).

4.2. Capítulo 2: “1900-2000”

Es a través de lo colectivo, de lo público, la forma como se transforma y se “cientifica” el pensamiento sobre la sociedad y sus espacios, entre ellos el de salud. (Testa, 1997, p. 33)

...El Higienismo, del enfoque técnico de Salud Pública y la Salud Comunitaria, del Preventivismo, etc. Todas ellas son propuestas políticas y técnicas que forman parte de complejas articulaciones entre el Estado, lo social y las políticas en salud, que se manifestaron en el campo de la Salud Mental de manera particular. (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012, p. 3)

14

Pensar la Salud Mental es un trabajo reflexivo similar al que se planteó anteriormente con los conceptos de enfermedad y locura. Anudado a esto, el presente capítulo continuará el recorrido pretendido de desnaturalizar los estigmas construidos en el campo psi, pero ahora, a través de conocer otros dos paradigmas: la Higiene Mental y la Medicina Social/ Salud Colectiva Latinoamericana.

Siguiendo a Amarante (2007), las dos Guerras Mundiales hicieron que las diferentes sociedades reflexionen sobre la crueldad existente entre los hombres, lo que fue creando condiciones de posibilidad históricas para un nuevo periodo de transformaciones. Entre otras cosas, esto marcó un cambio de conciencia en relación a la psiquiatría, ya que, se comienza a cuestionar las relaciones de poder que se daban dentro del manicomio. De este modo, entre 1900 y los 2000 estos sucesos sirvieron de bisagra para que se lleven a cabo importantes reformas que terminaron dando lugar a las

primeras aparecieron de la Salud Mental.

En la misma línea, durante el último tercio del siglo XIX y a principios del siglo XX, el modelo alienista comienza a ser cuestionado por la Higiene Mental, movimiento médico psiquiátrico estadounidense que llega a tener éxito en Argentina alrededor de 1930, año en que se funda la Liga Argentina de Higiene Mental. Con ello, se puede ver que la inclusión de estas ideas en el campo de la Salud Mental, fue, desde el principio, el resultado de un proceso de transformaciones en el campo psiquiátrico, en el marco de programas y acciones del Estado. Asimismo, desde sus primeras apariciones, los líderes del Higienismo se presentaron como los profesionales idóneos para enfrentar la locura, ya entendida como enfermedad, y las condiciones en las que vivían los sujetos denominados locos. En síntesis, la Higiene Mental estableció un campo de acción que incluía la prevención y el mejoramiento de la atención de enfermedades mentales y nerviosas, además de diversos programas que abarcaban distintas instituciones, profesiones y ámbitos (Figueira, Boarini, 2014).

Por otro lado, a mediados de siglo aparece otra perspectiva crítica pero ahora más ligada a movimientos latinos: el pensamiento de la Medicina Social/Salud Mental Colectiva. Ella se desarrolla en los 70 como una fuerte crítica hacia los paradigmas hegemónicos que llegaban de Europa y Estados Unidos y se va construyendo al ritmo de diferentes transformaciones que ocurren a nivel mundial: dictaduras militares en varios puntos de Latinoamérica, movimientos de resistencia, la “década perdida”, las reformas neoliberales con las crisis de endeudamiento, la emergencia de nuevos movimientos sociales y la aparición de un reordenamiento regional junto con gobiernos de postulados nekeynesianos de diversa índole. Es decir, esta corriente surge en un ambiente donde se dieron las condiciones para una crítica cultural que incluyó una revisión de las ciencias sociales utilizadas por la Salud Pública y el Preventivismo, de orientación fundamentalmente positivista o estructural funcionalista (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012).

Entonces, la idea de Salud Mental comienza a sonar a partir de estos dos discursos, quienes, cada cual, a su modo, problematizando los conceptos y prácticas impuestas por medicina hegemónica, ayudaron a desnaturalizar y romper el binomio salud/enfermedad, para correr el eje y poner énfasis en los procesos más profundos que funcionaron, y aún funcionan, como el tejido de las problemáticas del campo de la Salud Mental.

4.2.2. Categorías y Conceptos Predominantes dentro del Higienismo y la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana

El Higienismo Mental, en esta época fue un movimiento progresista a nivel discursivo que buscó implementar políticas públicas basadas en medidas preventivas para tratar diversas cuestiones, amparándose en un discurso sobre el progreso y la civilización.

Dentro de las transformaciones más relevantes que trajo esta corriente, se puede mencionar el cambio semántico en relación a los conceptos de salud y enfermedad, lo que implicó un nuevo paradigma para la psiquiatría y modificaciones importantes a nivel

15
institucional. En este sentido, la enfermedad comienza a pensarse desde lo sano, por lo cual, pasan a tener relevancia las actividades y prácticas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, a partir de propuestas que abordaban los procesos de salud y enfermedad como fenómenos sociales y colectivos, o, en palabras de Faraone (2000), “la organización social pasa a ser estudiada desde los efectos propios de los individuos que la componen. Los nuevos conceptos que empiezan a circular son comunidad, grupo,

institución, interacción, praxis". (p.17). Consecuentemente, la demanda en salud comienza a ser pensada como una necesidad de la población, y con ello, los equipos de profesionales comienzan a acercarse a la comunidad (a través de Centros de Salud Mental, Consultorios periféricos, Hospitales de día), introduciendo, de a poco, el criterio multidisciplinario como una nueva manera de pensar y abordar la Salud Mental, lo cual era un modo de contraponerse al encierro alienista (Faraone, 2000).

Pasando a la segunda corriente de pensamiento, a saber, la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana, desde el comienzo intentó problematizar tanto el concepto de salud como el de enfermedad, inherentes a las prácticas hegemónicas. Así, y de manera similar al Higienismo, cuestionó las categorías médicas que se utilizaron hasta ese momento y, a modo de diferenciarse, incorporó en la definición de salud, la dimensión social, poniendo en el centro de la nueva conceptualización al proceso de producción/reproducción social como matriz del fenómeno. Lo innovador de esto fue "plantear el nexo bio-psíquico como la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado", al mismo tiempo que, "también se rompía con la reducción biologicista y con la dualidad individuo-sociedad, considerados ya no objetos diversos sino niveles de análisis distintos de un fenómeno de alta complejidad". (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012, p.12-13)

La MSSC incluye como parte del proceso, los diversos modos de respuesta social que existían ante la enfermedad. Siguiendo a Stolkiner y Ardila Gómez (2012), esto les superó la idea de una historia natural de la enfermedad, ya que era imposible abordar el desarrollo de estos mismos procesos sin reconocer que las respuestas sociales instituidas también eran fuerzas que contribuían al binomio en cuestión, tanto en sus aspectos concretos como simbólicos. Por lo tanto, uno de sus objetivos fue reformular el enfoque teórico-metodológico de los colectivos que investigaban y comenzar a considerar a la población y a las instituciones sociales como entidades completas, cuyas características trascendían a las de los individuos que las conformaban. Por estos motivos, se vieron obligados a introducir un nuevo término que dé cuenta de su modo de entender el campo: así nace "salud-enfermedad-cuidado", encontrando en ella una:

Connotación mucho más amplia e integral al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos. (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012, p.11)

La MSSC entiende que todos los procesos vitales incluyen el enfermar y el morir y, al mismo tiempo, se construyen en una amalgama de determinaciones genéricas, más allá de la singularidad, lo cual implica la dimensión subjetiva y orgánica, dejando en evidencia que las prácticas generales de salud no podían seguir centradas en la suposición de que atienden cuerpos biológicos, cuando claramente, se trata de sujetos en situaciones de padecimiento.

A fin de cuentas, la mirada de la MSSC permite comprender que el campo está atravesado por procesos complejos de producción y reproducción social signados por la desigualdad, dejando atrás el enfoque mecanicista y la concepción de salud entendida como normalidad.

A partir del Centenario de la Revolución de Mayo de 1910 y junto con la pérdida de influencia del pensamiento positivista, en el campo de la psiquiatría se registraron tres acontecimientos significativos fundantes del campo de la Salud Mental Argentino: la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, la creación de las carreras de psicología, sociología, antropología y ciencias de la educación y recién había comenzado, a fines de 1956, la experiencia del Lanús con Mauricio Goldemberg. Sin embargo, las prácticas de dicho campo, a comienzos de este siglo seguían preñadas por ideas del modelo anterior.

Como se ha mencionado anteriormente, la Higiene Mental aparece en nuestro país alrededor de 1930 con la organización y fundación de la Liga Argentina de Higiene Mental. Desde un primer momento, los líderes de este movimiento se presentaron como los profesionales idóneos para enfrentar la locura, ya entendida como enfermedad, como así también, a las condiciones en las que vivían estos sujetos. Para ello crearon un proyecto que se inspiraba en los lineamientos de la psiquiatría europea que proponía un cambio en la atención de la enfermedad mental, a partir de tratamientos más modernos (Falcone, 2000).

Siguiendo los desarrollos de Falcone (2000), para la mitad del siglo, el Estado adquiere un rol protagónico como prestador y planificador de la totalidad de los servicios de salud, razón por la cual, durante el gobierno peronista su ministro de Salud Pública, Ramón Carrillo, puede poner en marcha planes revolucionarios para construir nuevas instituciones. Del mismo modo, se observa que lo que caracterizó a este movimiento en nuestro país fue la gran amplitud del campo de trabajo ante la gran proliferación de instituciones, consecuente al evidente crecimiento de los establecimientos hospitalarios.

A modo de crítica, es relevante señalar que la Liga Argentina nunca planteó el cierre ni la reforma de los manicomios, sino la adecuación de su funcionamiento para hacerlos más eficaces y selectivos, evitando la entrada en el hospicio de aquellos sujetos que podían recibir un tratamiento ambulatorio, idea conocida como el tratamiento precoz de la enfermedad. Este tipo de tratamiento produjo un cambio en las instituciones asilares ya que, conllevaba a una especie de desinstitucionalización para los sujetos con padecimiento mental. Dicho de otro modo, la aparición de esta corriente dio lugar a nuevas propuestas tecnificadas y científicas, dentro de ellas, los servicios de asistentes sociales, la apertura de consultorios externos y demás prácticas asistenciales abiertas (Stagnaro, 2006). “La tarea asistencial desde este momento abre nuevas perspectivas en el trato con los pacientes y su radio se fue ampliando hasta cubrir un amplio campo de acción en el control y asistencia de la población con una importante proyección sociológica para la época”. (Falcone, 2000, p. 14)

Luego de este pequeño recorrido, se puede pensar que el objetivo de la propuesta Higienista en relación a las prácticas dentro de este campo, versaron en evitar el tratamiento asilar cerrado que, como se sabía, tenía consecuencias negativas en el hacinamiento de pacientes. A su vez, para la formulación de dichas propuestas, se tuvieron en cuenta las reglamentaciones avanzadas y modernas que sugería la Organización Mundial de la Salud en ese entonces (la prevención de enfermedades neuropsiquiátricas, la promoción en la investigación, la prestación de asistencia integral a los enfermos mentales y la contribución a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos). Todo esto permitió una nueva tendencia de la psiquiatría social, donde se implementaron técnicas interpretativas psicodramáticas y de apoyo, grupos de madres e hijos de esquizofrénicos dirigidos por médicos y observadores, la inclusión de la familia en el tratamiento del enfermo mental, grupos de internados dirigidos por médicos y observadores, psicoterapias individuales, el estudio del funcionamiento de la comunidad, entre otros, estrategias todas que se convirtieron en un gran avance, en materia de derechos, en el modo de tratar a los pacientes (Falcone, 2000).

En síntesis, a diferencia del modelo anterior, la Higiene Mental limitó sus indicaciones terapéuticas abogando por mejores condiciones de internación, lo que fue

determinante no solo para poder modificar antiguas prácticas, sino más bien, para preparar el terreno psi para lo que actualmente son las nuevas legislaciones en Salud Mental. Sin embargo, en la práctica real el Higienismo no logró transformar los modelos de reclusión, ni modificar los principios de privación de derechos, en tanto las medidas a aplicar sobre los sujetos con padecimiento mental tenían un carácter fuertemente disciplinador, dado que, la sociedad era vista como un organismo y los conflictos sociales eran patologías o enfermedades infecciosas y contagiosas (Stagnaro, 2006). Al respecto Spadini (2021) sostiene que:

(...) en lo que refiere a Salud Mental, el período caracterizado como el “modelo asilar” tuvo vigencia en Argentina hasta el año 1966, teniendo como bases la relación de asistencia y sometimiento del sujeto al saber y poder del médico especialista, la enfermedad concebida como daño biológico individual -en una concepción positivista y objetivante del sujeto-, y en la a-historicidad y a-socialidad del trastorno a tratar y la identificación de la gravedad del trastorno con la irresponsabilidad y peligrosidad social, que legitimaba la internación forzada y el control. (p.12)

Por otro lado, el pensamiento de la MSSC Latinoamericana, para llevar adelante sus prácticas, mantuvo constantemente la defensa de la salud como un ámbito que se debía preservar fuera del control de las leyes del mercado, dado que, ya estaba comprobado el hecho de que el proceso de medicalización entraba en conflicto con la existencia de derechos sociales universales de las personas. Es decir, este enfoque propondrá, desde sus inicios, prácticas transformadoras que tengan como eje central la idea de los Derechos Humanos de los pacientes, destituyendo intervenciones paradigmáticas objetivantes.

Asimismo, el enfoque de derechos no implicaba solamente un nuevo ordenamiento jurídico, sino que, constituía un elemento nodal en los aspectos técnicos y de gestión (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012). Todo esto hizo surgir nuevos actores para el campo (usuarios, familias, instituciones), los cuales, teniendo también cómo centro el respeto de los Derechos Humanos del paciente, conformaron diversos movimientos y organizaciones, que llevaron a cabo prácticas integrales. Dichas prácticas integrales incorporaban la dimensión subjetiva, histórica y social, tanto en el abordaje de las poblaciones como de los sujetos, desplazándose desde la ontología de la enfermedad al sujeto. Se produjo así una clínica ampliada que requería de nuevos modos de gestión del trabajo en salud a saber, horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinariedad (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012).

A modo de ejemplificar como estas tendencias se plasmaron en el campo, en Argentina se sancionan una serie de leyes que seguían muchos de los lineamientos ideológicos que se mencionaron recientemente. A saber, entre septiembre y octubre 1991 se sanciona la Ley Provincial N° 2.440 de “Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental” en Rio Negro, la cual constituyó un movimiento técnico legislativo que propuso modificaciones en las organizaciones institucionales estatales y en las prácticas referidas a la salud mental pública. Por otro lado, en el mismo año, pero en la Provincia de Santa Fe, se promulga La Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772. Ambas legislaciones constituyeron un antecedente de gran importancia, dado que, planteaban objetivos que versaban en “desmanicomializar” (crítica a las condiciones que genera el manicomio), “desinstitucionalizar” (asistencia basada en la comunidad) y “desmedicalizar” (nuevas miradas incorporadas en la atención), objetivos que podían reconocerle a las personas que se encontraban en un estado de padecimiento una serie de derechos y garantías durante su internación/tratamiento (Ventureira, 2020).

Concluyendo, estos posicionamientos epistemológicos y políticos permitieron incorporar, en el campo de la Salud Mental, una nueva perspectiva de abordaje ante los problemas

estructurales e individuales, a saber, una práctica interdisciplinaria, participativa y colectiva. Como dicen Martínez y Correa (2017) “es una actitud, una disposición, que se

18

reivindica en el pluralismo y en la coalescencia –más que complementariedad- de saberes y conocimientos articulada desde la horizontalidad”. (p.272)

4.3. Capítulo 3: “2000-2020”

El desarrollo actual de una comprensión transdisciplinaria y social de la salud mental constituye, tras doscientos años de medicina mental asilar, el camino más racional hacia una ciencia social del sufrimiento mental; esa es la meta, pero muchos son los obstáculos.
(Galende, 2013, p.7)

El escenario que hay a finales del siglo XX tendrá como protagonista a diversos Organismos Internacionales que pondrán el énfasis en la reivindicación de los Derechos Humanos de las personas y en brindar servicios de Salud bajo dicha mirada. Estos irán apareciendo luego de las Guerras Mundiales que causan un cambio de dirección, el de abandonar los totalitarismos y las instituciones centralizadoras que evidenciaban una importante violación a los derechos y libertades de las personas.

Siguiendo a Stolkiner y Ardila Gómez en su texto de 2012, con el nacimiento de la OMS y su configuración como organismo internacional técnico-político en materia de salud, más los postulados de la OMS/OPS, apareció la propuesta de fomentar tanto la atención comunitaria de aquellos que tradicionalmente habían sido el objeto del campo, los alienados, los locos, así como la posibilidad de ampliar las acciones a la comunidad desde una perspectiva y una organización preventiva. En el plano latinoamericano sucede similar, las dictaduras dejan marcas para no olvidar y, con la vuelta a la democracia, se gesta un escenario de mayor posibilidad para producir estas reformas. De este modo, las políticas en Salud Mental, nacidas en la posguerra, generaron formas de atención ambulatoria y comunitaria como alternativa o modernización del modelo asilar-manicomial.

Tratando de darle un marco legal a estas iniciativas que tienden a defender los derechos de las personas usuarias de Salud Mental, a lo largo de este periodo comprendido entre 2000 y 2020, se fueron sancionando diferentes legislaciones, a nivel internacional, nacional, regional, que pondrán en crisis la propia construcción histórica de la enunciación del problema sobre el cual se interviene. Tal es así, que en Argentina se sanciona la Ley N° 26.657 en el año 2010 imponiendo, junto con su reglamentación, un proceso de reforma sin precedente para toda América Latina. La misma introduce algunos cambios semánticos al proponer nuevas conceptualizaciones, a saber, padecimiento mental y sufrimiento psíquico, para referirse al fenómeno salud-enfermedad en cuestión, desplazando a las antiguas nociones psiquiátricas de trastorno y enfermedad. Esto, sumado a la obligatoriedad de considerar a los usuarios como sujetos de derecho, impactará directamente en el modo de abordaje y en todo en el sistema de atención, ampliando y transformándolo.

No obstante, a pesar de estos cambios y de la sucesión de reformas, aún, en el

siglo XXI, siguen coexistiendo formas institucionales de respuesta a la problemática de la locura propias del siglo XIX...

4.3.1. Categorías y Conceptos Predominantes dentro del Campo de la Salud Mental

Este periodo histórico, en Argentina, se encuentra marcado fuertemente por la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones (LNSM), sancionada en 2010. Políticamente hablando, es importante destacar que la misma nace dentro de un contexto muy diferente a décadas anteriores donde no había un Estado presente cuyas decisiones podrían basarse en los derechos de los ciudadanos apuntando a la inclusión social, pilares que sí se anunciaron desde la política de gobierno al momento de la sanción (Ventureira, 2020).

La misma surge por diferentes razones. Dentro de ellas estaba la necesidad de una legislación en Salud Mental que permita la incorporación de aquellas experiencias y estudios que demostraron la necesidad de transformar la vieja estructura asilar, cómo también, la necesidad una ley de carácter nacional que abarque la totalidad del territorio argentino, permitiendo la unificación de los diversos antecedentes que habían aparecido décadas atrás en las provincias (Ley Provincial N° 2.440 de 1991; Ley Provincial N° 10.772 de 1991; Ley Nacional N° 26.529 de 2009).

Por otro lado, la LNSM ofrece un marco legal que permite cuestionar de manera crítica, no solo a los sistemas de clasificación que no consideran las dimensiones sociales, culturales o institucionales en juego, sino que también contribuye a desnaturalizar los conceptos utilizados por la psiquiatría para definir la enfermedad mental. Esto ayuda a comprender que los enfoques utilizados por la medicina, son estrategias que le permiten, como disciplina, encontrar nuevas formas de control social, introduciendo innovaciones en el proceso de medicalización, determinando la interpretación de lo que se considera normal o patológico (Faraone, 2013). Al respecto, Emiliano Galende (2008) introduce la noción de enunciados performativos para referirse al hecho constatable y existente en el juego de poder, y frecuentemente de violencia, que sostiene la intervención del psiquiatra...

La Ley entonces, “impone un proceso de reforma en el campo de la Salud Mental sin precedente para este país y para América Latina” (Faraone, 2013, p.29). En esta línea y a modo de adentrarse en las categorías y conceptos que caracterizan este periodo histórico, el artículo primero ya denota claramente un enunciado de lo que se pretende, tanto en relación a la extensión de la misma en el territorio nacional, cómo de su adecuación en los ámbitos públicos y privados, pero además, y cómo lo más relevante, se introduce una nueva noción, el padecimiento mental, para referirse a los/as usuarios/as, en reemplazo de la antigua noción de enfermedad mental:

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional (...). (art. 1)

Asimismo, en 2013 se aprueba la reglamentación de la misma y allí se define al padecimiento mental introduciendo un nuevo concepto, el sufrimiento psíquico:

Entiéndase por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas

y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsible o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657. (Art.1)

De este modo, la incorporación de la categoría de sufrimiento psíquico permitió que el aspecto subjetivo de la persona adquiriera total relevancia, ya que, hasta ese entonces, estaba claramente ausente en las perspectivas tradicionales de clasificación de enfermedades (Augsburger, 2002). Al mismo tiempo, da lugar a la incorporación de las dimensiones histórico-sociales-culturales sobre el sufrir o padecer, aspectos relegados que sostenían la falsa creencia de que el sufrimiento humano no es un producto social. Dicho de otro modo, esta categoría inmiscuye un modo de pensar el fenómeno que instaura a la

20

subjetividad como un elemento primordial del mismo, dejando de limitar las afecciones en Salud Mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, dando la posibilidad de comprender el sufrimiento desde la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer (Faraone, 2013).

Por otra parte, en cuanto a la determinación de la peligrosidad que se les suponía a los “locos” en los anteriores paradigmas, la legislación actual introduce un cambio de denominación, refiriéndose a ello como “riesgo cierto e inminente para sí y para terceros”, y no solo eso, sino que introduce la obligatoriedad del consentimiento informado, brindándole total autonomía al usuario en Salud Mental. Ambas transformaciones constituyen el germen del pasaje del antiguo al nuevo paradigma en relación a la atención, donde el sujeto usuario de los servicios es considerado, ante todo, un sujeto de derechos, punto que se desarrollará en el último apartado.

Estos cambios semánticos nacen con la misión de ponerle un freno a los estigmas negativos, productos del pasado, que actualmente siguen inmiscuidos en el imaginario social de la persona “enferma”. Al decir de Ventureira (2020), es ante estos efectos negativos que es necesario dar paso a una nueva manera de comprender el fenómeno, a saber, desde la identidad subjetiva de la persona que padece, abriendo la posibilidad de desresponsabilizar a la persona por lo que padece, pudiendo comprender que lo que realmente sucede o determina el enfermar es el medio social que tiende a construir estos estados en cualquier persona.

Concluyendo, el cambio de paradigma en Salud Mental se cristaliza a partir de este momento, al correr el centro de la cuestión de la presunción de los sujetos que demandan atención en Salud Mental como enfermos, incapaces y/o peligrosos para posibilitar la emergencia de sujetos de derecho, posibilitando el pasaje de un modelo centrado a la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad al abordaje mediante un proceso de integración social. Por lo tanto, como solución ante estas problemáticas, la ley busca promover una Salud Mental en la cual los usuarios sean considerados protagonistas y titulares de derechos, al mismo tiempo que se garantiza la prestación de servicios de atención de calidad, transformando las intervenciones, los dispositivos y las instituciones (Augsburger, 2013).

4.3.2. Prácticas en el Campo de la Salud Mental

A modo de contextualizar este periodo, a mediados del siglo XX, con el auge del reconocimiento de los Derechos Humanos y Sociales como efecto de la Segunda Guerra Mundial, emerge el pasaje de la psiquiatría positivista y su modelo tutelar-asilar, a las

políticas de Salud Mental. En consonancia, en el año 2002 la OMS anuncia el programa mundial de acción en Salud Mental, y unos años más tarde, Argentina sanciona el Plan Federal de Salud 2004-2007, estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, tornándose evidente que la Salud Mental se vuelve un área importante a nivel de la agenda política. En adelante, el Estado procede con la implementación de programas y recomendaciones acordes a la problemática, proceso que culmina en 2010, con la sanción de la LNSM N° 26.657 (Spadini, 2021).

Cómo se vio en el apartado anterior, en consonancia con los principios de Derechos Humanos, compromisos internacionales que fueron asumidos por nuestro Estado, la ley incorpora la noción de padecimiento mental y la de sufrimiento subjetivo, junto con la categoría de sujeto como sujeto de derecho, modificaciones que transformarían tanto el nivel conceptual como operacional del campo en disputa (Spadini, 2021):

La sanción de la LNSM impulsa un pasaje hacia un nuevo paradigma ético que promueve una comprensión del proceso histórico dialéctico de la determinación social de la salud, y obliga a repensar sus dispositivos y sus prácticas. En tanto articula una dimensión ética con una jurídico-legal, se contraponen al proceso de objetivación en las prácticas de salud

21

hegemónicas –mercantilización-medicalización–. De esta manera, el enfoque de derechos apunta a efectivizar este nuevo paradigma que tiene una valiosa potencia subjetivante. (Faraone, Barcala, 2020, p.69)

La LNSM demuestra ser taxativa al declarar en su artículo primero a las personas con padecimientos mentales como sujetos de derecho, idea que se sigue profundizando con el pasar de los artículos. En consonancia, en el artículo séptimo se mencionan y reconocen una serie de derechos para estas personas, destacando: derecho a la atención sanitaria y social integral y humanizada a través del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones; derecho a una atención basada en fundamentos científicos y éticos; derecho a ser tratado con la alternativa terapéutica conveniente que menos restrinja los derechos y libertades; derecho a la asistencia judicial; derecho a la no discriminación por el padecimiento actual o pasado; derecho al poder de tomar de decisiones relacionadas con la atención y tratamiento dentro de las posibilidades. Asimismo, en el artículo diez se incorpora el consentimiento informado como una forma de otorgarle autonomía al sujeto usuario (Spadini, 2021).

A los derechos mencionados con anterioridad, se le suma el artículo octavo, dando como resultado un fuerte impacto sobre las prácticas del campo de la Salud Mental, lo que llevará a grandes transformaciones en las mismas. En este artículo se establece una nueva fórmula para la atención al incorporarse la práctica interdisciplinaria, la cual debe darse a través de la comunidad. En cuanto lo interdisciplinario, se refiere a que los equipos deben estar integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación competente, incluyendo “las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional (...)” (art. 8), entendiéndose que es preciso integrar en la atención los diferentes saberes que atraviesan el campo. En este sentido, el trabajo interdisciplinario para el abordaje de cuestiones de Salud Mental que propone la LNSM, no sólo rompe con la hegemonía psiquiátrica y jurídica, sino que también habla de la concepción de sujeto que subyace a la ley (Carpintero, 2011).

Por otro lado, con la expresión “a través de la comunidad” se impone una responsabilidad de índole colectiva que implica una participación activa de todos los involucrados en la temática, es decir, no sólo el sector de salud, sino también, áreas relacionadas con la vivienda, educación, empleo digno y accesibilidad. Esto permite la expansión del campo al incorporar propuestas alternativas basadas en el arte, la expresión y la producción, las cuales servirán para abordar las problemáticas haciendo

hincapié en la participación activa y principal del sujeto como actor central en su proceso, llámese terapéutico, de salud, de bienestar (punto relacionado con concebir al sujeto como sujeto de Derechos) (Ventureira, 2020).

“El sufrimiento del sujeto debe abordarse reconstruyendo o construyendo con los elementos de su contexto una red que lo contenga respetando su singularidad, en otras palabras, promoviendo el lazo social” (Rossi, Bustos, 2018, p.495). En este sentido, la apertura hacia la comunidad, como así también, las nuevas propuestas alternativas, se tornan fundamentales en tanto se entiende que la subjetividad se construye en el intercambio con otros, en un tiempo histórico y en contextos determinados por múltiples variables.

Lo expuesto hasta aquí permite suponer que la ley tiene un correlato directo con los postulados de la MSSC, dado que ambas enfatizan de manera especial el enfoque de Derechos a la hora de pensar prácticas transformadoras en Salud Mental, las cuales puedan destituir, o al menos disminuir, formas paradigmáticas de objetivación que datan de la modernidad. La transformación radica en poder intervenir desde la integralidad, a saber, intervenir desde la crítica hacia saberes y poderes ya instituidos, incorporando la dimensión subjetiva, histórica y social, tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares, dando lugar a una clínica ampliada, es decir, “una clínica que incluye el cuidado personalizado inserto en un encuadre ético de no abandono y enmarcado en un acogimiento responsable (Faraone, Barcala, 2020, p.129). De esta manera, Faraone (2013) argumenta que la ley 26.657 y su reglamentación han tenido un impacto directo en

22

la construcción de nuevas prácticas profesionales sustitutivas o alternativas. A modo de ejemplificarlas, se pueden mencionar algunos dispositivos alternativos actuales como las casas de medio camino, figuras del club de salud, talleres protegidos, así como el acompañamiento terapéutico y el trabajo en territorio con referentes socio-comunitarios. En resumen, las propuestas de reforma en el campo de la Salud Mental, surgidas a raíz de la ley, son diversas. Estas incluyen: a) enfocar la atención en el concepto de padecimiento mental o subjetivo en lugar de la enfermedad; b) romper con la suposición de peligrosidad asociada al encierro; c) promover formas de tratamiento ambulatorias o integradas a la sociedad para las enfermedades psiquiátricas tradicionales; d) trabajar en la promoción de la salud; e) incorporar los derechos como parte esencial de la tarea curativa y preventiva; y f) fomentar el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Sin embargo, como señala Stolkner (2013), en el siglo XXI persisten formas institucionales de respuesta a la problemática de la locura que reflejan concepciones propias del siglo XIX. Por ejemplo, si bien la ley prohíbe explícitamente la creación de nuevos manicomios y establece el cierre progresivo y adaptación de los existentes, en 2023, a trece años de su implementación:

...se continúan viviendo avances y retrocesos pendulares, a saber, en algunos casos las experiencias se fortalecieron y en otros solo fue posible su sostenimiento, que quedó vinculado a grupos de trabajadoras, trabajadores, usuarias, usuarios y familiares que apostaron a su implementación; pero también hubo experiencias que fueron castigadas, desfinanciadas y finalmente desarticuladas (estas últimas estuvieron ligadas a procesos gubernamentales neoliberales, que, en los diferentes ámbitos jurisdiccionales, avanzaron en detrimento del sistema de salud en general y de salud mental en particular). (Faraone, Barcala, 2020, p.131)

Es interesante destacar que esta lucha ha encontrado resistencia tanto en el ámbito judicial como en el médico hegemónico, lo que demuestra que todavía hay sectores que ven a las personas con padecimiento mental como una amenaza para el orden social. Además, en la actualidad, los medios de comunicación masivos también desempeñan un papel significativo en la concepción del sujeto con padecimiento mental,

perpetuando la figura del "loco" como un sujeto peligroso y respaldando la actuación del poder judicial en el campo de la Salud Mental. En la misma línea, Galende (2013) sostiene que los dispositivos actuales en las instituciones de salud están en tensión con las alternativas desarrolladas para abordar el sufrimiento subjetivo.

En la actualidad, el campo de la Salud Mental se encuentra en un punto de inflexión en el que conviven dos modelos de atención: el modelo asilar manicomial centrado en el hospital monovalente y el modelo que promueve la atención comunitaria de los sujetos con padecimiento mental a través de una red de servicios de Salud Mental. Esto deja en claro que la LNSM es simplemente un marco mínimo que establece los límites dentro de los cuales deben desarrollarse las políticas para cumplir con los derechos humanos básicos que Argentina se ha comprometido a respetar a nivel nacional e internacional, ya que, está lejos de ser una solución real a las antiguas formas de abordar los problemas y las personas en el ámbito de la Salud Mental (Spadini, 2021), claramente, una ley no basta para cambiar todo un paradigma (Rotelli, 2014).

A modo de cierre, es importante reconocer que el contexto actual ha modificado y ampliado las demandas al sistema de Salud Mental, lo que implica abordar no solo las deudas históricas en esta área, sino también la necesidad de identificar nuevas problemáticas y desarrollar nuevas herramientas que permitan brindar respuestas eficaces. Esto desafía a los profesionales idóneos a participar en debates continuos de carácter teórico, técnico y ético para evitar replicar dispositivos que, en la práctica, ejerzan un control social mediante la vigilancia y la disciplina (Spadini, 2021).

5. Consideraciones Finales

Durante este recorrido, el analizar y reflexionar sobre los diferentes conceptos utilizados por las diferentes corrientes de pensamiento (entre 1800 y 2020) para referirse a los términos más relevantes del campo en disputa, a saber, la Salud Mental, permitió abordar los dilemas y conflictos que iban surgiendo respecto a las diversas prácticas y políticas consecuentes, junto con sus disímiles perspectivas referidas a derechos sociales y políticos, dejando en evidencia que determinados tratamientos semánticos impactan directamente en la concepción y tratamiento de la persona con padecimiento mental.

Comenzando por el alienismo, la tradición francesa fue receptada en el país dando lugar a la creación de asilos/manicomios, convirtiéndose este en el nuevo espacio físico que albergaría y daría solución a la problemática social de aquel entonces, a saber, la locura-enfermedad. Asimismo, a esta última dupla semántica se le asocia una nueva característica, la noción de peligrosidad, la cual tuvo el objetivo de asegurarle al poder psiquiátrico un lugar específico dentro del cuerpo social, ya que, les permitió instituir un discurso proteccionista. Esto, a su vez, legitimó la internación forzada y toda una serie de prácticas, tendientes a la reclusión y el control de esta población, que se basaban en una relación de asistencia y sometimiento del sujeto, al saber y poder del médico, negándole a estas personas derechos básicos, como la libertad, la privacidad y la dignidad humana por muchos años. En síntesis, los conceptos alienistas fueron el resultado de la articulación del poder con el saber, del mismo modo, la "locura" puede ser entendida como una construcción, una tecnología donde se atribuyeron bajo este rotulo las actitudes y comportamientos que no encajaban en el paradigma del orden o normalizador de la sociedad de ese momento (Ventureira, 2020).

En cuanto al segundo periodo, por su parte, el movimiento Higienista introdujo ciertos conceptos que hacen que la demanda en salud comience a ser pensada cómo una

necesidad de la población, desde un criterio multidisciplinario, lo cual da lugar a que los equipos de profesionales se acerquen a la comunidad generándose gran proliferación de instituciones, la creación de servicios de asistentes sociales y de consultorios externos y demás prácticas asistenciales abiertas, es decir, una especie de desinstitucionalización, y, por lo tanto, un intento de pensar y abordar la Salud Mental desde parámetros más progresistas. Sin embargo, aunque esta corriente llegó al país con el propósito de abordar lo que la psiquiatría no había podido resolver, no logró transformar los modelos de reclusión, ni modificar los principios de privación de derechos, en tanto las medidas a aplicar sobre los sujetos con padecimiento mental tenían un carácter fuertemente disciplinador. Por otro lado, la MSSC fue más contundente en cuanto a sus repercusiones, dado que, desde el principio incorporó en la definición de salud, la dimensión social, a través de introducir un nuevo termino: "salud-enfermedad-cuidado". Esto le dio al fenómeno en cuestión una connotación mucho más amplia e integral al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas. A su vez, a nivel practicas esto último implicó el surgimiento una clínica ampliada que dio lugar a la aparición, por un lado, de nuevos actores en el campo (usuarios, familias, instituciones), como así también nuevos modos de gestión del trabajo en salud, permitiendo que estas problemáticas comiencen a ser abordadas desde lo interdisciplinario y la participación colectiva, dando como resultado una descentralización de las instituciones y de los agentes del campo de la Salud. Resumiendo, las modificaciones semánticas de este periodo, mas el desarrollo que experimentaron los Derechos Humanos a nivel mundial, impactan en el campo argentino, de manera tal que se sancionan diversas legislaciones, las cuales tendían a criticar las condiciones del manicomio apostando por políticas públicas que puedan promover practicas basadas en la comunidad, objetivos que, a mediano o largo plazo, terminarían reconociéndole una serie de derechos y garantías durante su internación/tratamiento a las personas que se encontraban en un estado de padecimiento mental (Ventureira, 2020).

Estos antecedentes son los que posibilitaron que en 2010 se promulgara la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la cual estableció determinados derechos y garantías

24

para los usuarios, que hicieron que después de ello no debiera existir ningún motivo ético, científico o de cualquier otra índole que justifique la exclusión o discriminación de los mismos, y/o dificultades para acceder al sistema de salud, marcando un cambio en la forma en que históricamente se había abordado esta problemática. Asimismo, la ley imparte el reconocimiento de estas personas como sujetos de derecho, hecho que permite que finalmente se asuman como ciudadanos, dejando a la vista que durante muchos años este colectivo había sido doblemente aislado y discriminado. En este sentido, la LNSM se convierte en una reparación histórica, en tanto que, promueve que los cambios no sean solo ideología o metas a aspirar, por el contrario, otorga cierta posición para reclamar hacia el Estado los derechos que se reconocen en la misma.

No obstante, a la luz de lo expuesto en este trabajo, se observa que en el ámbito de la Salud Mental aún existen cuestiones pendientes, ya que, aunque las políticas públicas reflejan un amplio consenso en la comunidad científica respecto a abordar de manera integral los problemas relacionados con el padecimiento mental, la orientación de la medicina hegemónica en el discurso social y en las prácticas de salud continúa ejerciendo poder de manera individualista, fragmentada y alejada de lo social y comunitario. Dicho en otras palabras, si bien ha habido avances legislativos en relación con la concepción del padecimiento mental y la atención a los individuos afectados, a trece años de la promulgación de la Ley, el campo de la Salud Mental en Argentina sigue siendo diverso y heterogéneo, existiendo deficiencias evidentes en la implementación de políticas públicas al respecto.

Por último, lo expuesto hasta aquí debe servir como base para lograr una

profundización y materialización de las reformas que necesita dicho campo, siempre teniendo en cuenta que ello depende, no solo de la existencia de un Estado garante y defensor de los Derechos Humanos de todo este colectivo, sino también, de profesionales que se comprometan en llevar adelante prácticas y discursos en pos de estos sectores vulnerados. Pero sobretodo, se debe encontrar la forma de producir un cambio social genuino, a saber, lograr que la sociedad se comprometa y entienda que es parte activa del

problema, ya que, ha mostrado ciertas resistencias al respecto, y, es una realidad que, sin su ayuda, los cambios más relevantes que plantea la legislación, desmanicomializar y desinstitucionalizar, no pueden llevarse a cabo en su totalidad. En este punto, como profesionales de la Salud Mental, generar un cambio social real respecto a los estigmas para con este colectivo, es la gran deuda y el norte que debe guiar esta lucha.

Cambiar el paradigma también implica comprender las necesidades de las personas, sus trayectorias, activar sus recursos, capacidades y derechos, es contribuir a la emancipación frente a las diferentes formas de opresión. El camino aún no está completo, si bien hay dificultades y desafíos, las acciones estarán vacías de sentido sin haber marcado el norte que moviliza cada práctica cotidiana en particular, en cada taller, cada feria, cada objeto producido, cada expresión subjetiva. Cambiar el paradigma descansa además en la militancia y en el sentido que cada actor representa a través de su participación, aporte o intervención en el cotidiano de cada complejo espacio que constantemente se halla en movimiento. (Ventureira, 2020, p.87)

6. Bibliografía

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Buenos Aires, Topia.
- Augsburger, A. C (2014). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos médico sociales 81: 61-75
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio*. Buenos Aires, Topia Editorial.
- Carpintero, E. (2011). *La subjetividad asediada*. Buenos Aires, Topia. Del Valle Rossi, A. y M.A. Bustos (2018). *De la Enfermedad Mental al Padecimiento Subjetivo. Transformación de las Prácticas desde la Perspectiva de Derecho*. II Congreso Internacional de Psicología - V Congreso Nacional de Psicología "Ciencia y Profesión" Vol. 3, N°3, 491-496 ISSN 1853-0354 www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp
- Decreto 603/2013 [con fuerza de ley]. Ley N° 26.657 reglamentación. Promulgada 28/5/2013. Expediente N° 1-2002-20706-11-4 del Registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 26.657.
- Dovio, M. Á. (2017). *La Higiene Mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945)*. Revista de Historia y Geografía N° 36 / 2017 p.45 – 65

- Falcone, R. (2000). *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicion_a//obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv./Falcone_HistoriaInstit.pdf
- Faraone, S. (2013). *Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones*. Salud Mental y Comunidad-UNLa, Año 3 (3). 29-40.
- Faraone, S. y A. Barcala (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*– 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Teseo.
- Freire Figueira, F. y M. L. Boarini, (2014). *Psicología e higiene mental en Brasil: la historia por contar*. Universitas Psychologica, Vol. XIII, pp. 1801-1814.
- Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno
- Fotia, G., M. Cuello, C. De Lellis, F. Falk, S. Ibarra, P. Mancuso y L. Pomares (2017). *Análisis del proceso de implementación de la ley nacional de salud mental n° 26657 en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. Transformaciones en las representaciones y prácticas de los trabajadores en el período 2012-2017*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. FCE. Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires, Lugar.
- Gutiérrez, A. (1997). *Bourdieu y las prácticas sociales* (2a. ed.). Córdoba, Argentina, Universidad de Córdoba.
- Martinez-Hernaez, A. y M. Correa-Urquiza (2017). *Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva*. Revista Salud Colectiva, n°13, pp. 267-278, Buenos Aires, Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.
- Miranda Hiriart, G. (2018). *¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 23, núm. 83, pp. 86-95, Universidad del Zulia
- Rossi, A. V. y M. Á. Bustos (2018). *De la Enfermedad Mental al Padecimiento Subjetivo. Transformación de las Prácticas desde la Perspectiva de Derechos*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología II Congreso Internacional de Psicología - V Congreso Nacional de Psicología "Ciencia y Profesión" Vol. 3 (N°3), 491-496

26

<file:///C:/Users/Tex/Documents/Documents/TIF/TIF/abianco,+Journal+manager,+123+Rossi+A134+491-496.pdf>

- Spadini, L. (2021). *La concepción de sujeto en el campo de la Salud Mental en Argentina. Un abordaje historiográfico (1854-2015)* [Trabajo Integrador Final - Lic. en Psicología - Universidad Nacional de La Plata] <file:///C:/Users/Tex/Documents/Documents/TIF/TIFF/Documento Completo.pdf> [PDFS.pdf.pdf](#)
- Stagnaro, J.C. (2006). *Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina*. Frenia, ISSN 1577-7200, Vol. 6, Fascículo 1, p. 7-37
- Stolkiner, A. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Los Sufrimientos- 10 psicoanalistas- 10 enfoques. comp. Hugo Lerner, Psicolibros Ediciones, Buenos Aires, 2013 p. 211-240
- Stolkiner, A. y S. Ardila Gómez (2012). *CONCEPTUALIZANDO LA SALUD MENTAL EN LAS PRÁCTICAS: CONSIDERACIONES DESDE EL PENSAMIENTO DE LA MEDICINA SOCIAL/SALUD COLECTIVA LATINOAMERICANAS*. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría
- Ventureira, A. (2020) *El cambio de paradigma en Salud Mental: análisis y*

problematización con respecto a la política sustitutiva y sus dispositivos [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales]

Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina* corresponde a la 1ª. Edición. Paidós, Buenos Aires.