



Universidad  
Nacional  
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario Facultad  
de Psicología

Trabajo Integrador Final Alternativa a la  
Lógica Manicomial

Modalidad de Presentación: Ensayo

Autora: Antongiovanni, Agustina

Legajo: A – 5252/3

Docente Responsable: Matkovich, Andrés

## Año: 2022

### Agradecimientos

Primero, a quien supo ser un faro de luz en el tormentoso torbellino de emociones y vivencias que fue el periodo en que estuve escribiendo: Mi compañero, Emanuel, que sostuvo y acompañó como nadie más lo hizo.

A mi tutor, Andrés, que con la calidez y conocimientos que lo caracterizan abrazó mis ideas, y con mucho respeto y bondad las acompañó hasta darles la forma final.

A las amistades que me dejó esta única y particular casa de estudios, amistades que marcaron un antes y después en mi visión del mundo, y de la gente que lo habita, dándome las razones para amar más.

A la Facultad de Psicología, institución de educación pública, donde entré como una, y me despidió como otra... Nunca podré estar más agradecida de lo que crecí y aprendí de mi misma y de la vida transitando este lugar.

A madre y padre, por el sostén económico.

Y a mí misma, quiero frenar un segundo, y profundamente agradecerme por haber alcanzado esta meta de finalizar la carrera universitaria. El camino de esta apasionante profesión es indefectiblemente un camino de ida... pero el punto de partida lo marqué, lo inicié y atravesé, con las millones de piedras en el camino, sola.

Y llegué.

## Índice

Resumen	y	palabras
clave.....	1	
Introducción.....		
2 Desarrollo		
La Institución: características del modelo manicomial en relación a la Salud Mental.....		
3 Experiencias alternativas en Argentina: otro modo de abordaje de la locura.....		
6 Aportes del psicoanálisis.....	9	
Conclusiones finales.....		11
Referencias Bibliográficas.....		14

## Resumen

En el presente trabajo nos propusimos reflexionar sobre una alternativa a la lógica manicomial. Partimos de la premisa que dicha lógica produce desde hace años efectos iatrogénicos e infructíferos en el tratamiento de la enfermedad mental, específicamente en relación a la locura. Este ensayo abarcó la posibilidad de pensar modelos desde otra lógica, distinta, para el abordaje de la misma. Parte del desarrollo de este texto refiere a la historia fundante de los llamados manicomios y los intereses sociales y políticos a los que responden. Por otro lado, abordamos la narración de experiencias llevadas a cabo en el país que instauraron movimientos e intervenciones desmanicomializantes. Y, por último, incluimos referencias bibliográficas de autores y autoras que trabajan desde el

psicoanálisis. Estas partes en conjunto, permitieron reflexionar sobre las posibilidades de instaurar otro modo de abordaje de la enfermedad mental en la actualidad, desde un lugar ético profesional que resguarde la subjetividad de lxs pacientes de la institución monovalente, también nombrada como manicomio. Nos resultó necesario enfatizar para concluir que para otra lógica distinta a la manicomial sea posible, es indispensable que se destinen políticas públicas y recursos económicos y sociales, amparándose los mismos en la Ley de Salud Mental 26.657. Cuestión que aún se sigue abordando y luchando desde el campo de la salud pública.

Palabras clave:

Institución Monovalente - Desmanicomialización – Psicoanálisis – Ley de Salud Mental.

## Introducción

En este escrito nos proponemos abordar primero la idea socialmente instaurada de que el sujeto con enfermedad mental y malestar subjetivo es una amenaza al orden social que debe ser excluida. Y en segundo lugar, reflexionamos como esta forma de pensar al sujeto con enfermedad mental y los discursos que le acompañan traen aparejados efectos negligentes y destructivos a la hora de actuar cómo alojarlos y el tipo de institución encargada de esa función y los respectivos tratamientos.

Por ello, como trabajadores y trabajadoras del campo psi y en un período cultural donde comienza a interpelarse la función de los llamados psiquiátricos, consideramos que es

menester la construcción de nuevas teorías, la revisión de ideas y discursos, y la creación de praxis distintas a las vigentes para poder trabajar en pos de la salud mental.

Revisamos algunas de las cuestiones que se hace necesario interrogar, y consideramos necesario nombrar que desde una lógica médico – farmacológica que sustentan las intervenciones clínicas sobre estos sujetos, repetidas veces terminan siendo un puro accionar sobre el síntoma que molesta para acallararlo (Galende, 2008). De esta forma se objetiviza a las personas que acuden a la institución y se las deja sin posibilidad de ponerle palabras a su malestar, a su historia, y menos aún a las decisiones sobre sus tratamientos.

Otras tantas veces la institución monovalente que podría alojar a estos sujetos padecientes termina funcionando como un depósito humano, donde el encierro y la alienación la caracterizan, y no existen en ella dispositivos que apuesten a pensar intervenciones posibilitadoras y humanizantes, tampoco espacios que acompañen el sufrimiento de los pacientes ni promuevan cambios significativos en la calidad de vida de los mismos (Galende, 2008).

Consideramos entonces que, además de los dolores y sentires propios de la enfermedad mental que pueden registrarse en lo corporal, la persona atraviesa una situación de desamparo total que tiene efectos en su estado emocional y psíquico, los cuales son consecuencia entre otras cuestiones relacionadas con la subjetividad e historia de cada sujeto, de la carga simbólica negativa que trae aparejada la enfermedad mental.

Creemos necesario, a raíz de lo expuesto, generar un debate y reflexión sobre el quehacer de los profesionales de la salud mental que asisten a la institución encargada de recibir a los sujetos con estos malestares.

En el presente escrito desarrollamos la función de la institución de salud mental monovalente y la lógica manicomial, revisando el lugar que ocupan histórica y actualmente, con el fin de pensar otras prácticas terapéuticas alternativas que sean más humanas, más éticas y desmanicomializantes.

Nos proponemos hacer de este trabajo un ensayo crítico, para ello seleccionamos la modalidad de escritura del mismo y mencionamos experiencias concretas que han sido llevadas a cabo en distintas ciudades de nuestro país, para dar cuenta que efectivamente otro modo de tratamiento de estos malestares es posible.

En este sentido abordamos bibliografía teórica asociada a estas prácticas, principalmente autorxs que trabajan desde la corriente psicoanalítica. Y, por último, trabajamos la Ley de Salud Mental como base legal desde donde propiciar una lógica alternativa a la manicomial.

Suponemos que la práctica psicoanalítica puede operar desde un lugar de apertura, y no encierro en quienes son los agentes privilegiados dentro del espacio institucional que trabaja la salud mental, abordando su función desde la disciplina, su modo de trabajar y los beneficios que obtienen las personas de este abordaje terapéutico.

Intentar esbozar una respuesta a estas cuestiones nombradas, implica un necesario recorrido por autores y conceptos que resultan orientadores. Tomamos, por lo tanto, elementos conceptuales de Emiliano Galende, Fernando Ulloa y Silvia Bleichmar,

entre otrxs; que han teorizado y nos ayudan a pensar otros modos de desempeñarse desde el psicoanálisis.

Desarrollo

La Institución manicomial: características en relación a la Salud Mental

*¿Por qué me habla usted de curar, si de lo que se trata es de saber acompañar a un ser en su desamparo?*

*Maud Mannoni.*

En orden de poder desmenuzar cómo están imbricadas las prácticas en salud mental y el funcionamiento institucional, nos resulta imperioso un breve recorrido sobre la institución referente que trata la enfermedad mental, siendo privilegiada para dicha función una en particular: la institución psiquiátrica. Partiendo desde la concepción de Goffman es posible entender la institución psiquiátrica, o manicomio, como una institución total. Es decir, que abarca todos los aspectos de la vida del paciente, que transcurre allí en la compañía inmediata de otras personas igualmente aisladas del resto del mundo mayor (Goffman, 1992).

Según el autor las instituciones psiquiátricas están erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad (Goffman, 1992).

Situar la institución psiquiátrica como una institución total hace emerger el paradigma de peligrosidad, el cual refiere al tratamiento excluyente y punitivo que se les da a personas que generan disrupciones a nivel social bajo un aparente cuidado que vela por su salud. El mismo sirve como fundamento sobre el cual la institución se edifica, donde el encierro y la alienación formarían parte del marco con el que se trabaja el padecimiento mental en instituciones donde éstos ideales imperan.

Si partimos de sus orígenes, el manicomio es la figura central de la psiquiatría: la amenaza de encierro pende sobre todos los que considerados enfermos por sí mismos o por otros acuden al médico de lo mental, quien confluye en el mismo sentido patologizando la enfermedad mental y tratándola con fármacos para acallar el problema y mantener el orden social... muros afuera.

Es posible ubicar estas cuestiones históricamente, siendo durante el transcurso del siglo XVII que se gesta en el continente europeo una nueva forma de sensibilidad y organización social, donde todo aquello desagradable, molesto, antiestético para el hombre ciudadano blanco busca ser apartado. Son aisladas las personas que están destinadas a poblar los espacios de internación, donde primeramente se confinó a los leprosos. Cuestiones inherentes a la miseria y la pobreza, los deberes eclesiásticos de asistencia social, una nueva ética y exigencia del trabajo, las normas autoritarias de la ley civil y la obligación moral; todos estos temas están presentes mientras se edifican las ciudades del confinamiento y son los mismos los que dan sentido y explican en parte la forma en que fue entendida la locura y vivida por la edad clásica, e incluso explican prejuicios del inconsciente colectivo social que se mantienen aún hoy.

Las casas de internamiento se establecen dentro de los muros mismos de los antiguos leprosarios; heredan sus bienes, sea por decisiones eclesiásticas, sea como consecuencia de decretos reales dados a fines del siglo. En esas instituciones vienen a mezclarse así, a menudo no sin conflictos, los antiguos privilegios de la Iglesia en la asistencia a los pobres y en los ritos de la hospitalidad, y el afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria: el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir; el deber de caridad y el deseo de castigar: toda una práctica equívoca cuyo sentido habrá que precisar, simbolizado sin duda por esos leprosarios, vacíos desde el Renacimiento, pero

nuevamente atestados en el siglo XVII y a los que se han devuelto poderes oscuros. El clasicismo ha inventado el internamiento casi como la Edad Media ha inventado la segregación de los leprosos; el lugar que éstos dejaron vacío ha sido ocupado por nuevos personajes en el mundo europeo: los internados. El gesto que encierra no es más sencillo: también él tiene significados políticos, sociales, religiosos, económicos, morales.

Y que probablemente conciernen a estructuras esenciales al mundo clásico en conjunto.  
(Foucault, 2005, pág. 41)

Es posible entonces entender la mirada sobre la figura de la persona con enfermedad mental como peligrosa, como inmoral, imposibilitada de existir dentro del sistema civilizado como indefectiblemente social. Desde hace años y hasta la actualidad, se reproduce en discursos y formas de pensar y actuar en muchos sectores de la población; y la institución manicomial es una consecuencia directa de estos modos de pensar social e históricamente instaurados. Citando a Silvia Bleichmar:

Si la producción de subjetividad es un componente fuerte de la socialización, evidentemente ha sido regulada, a lo largo de la historia de la humanidad, por los centros de poder que definen el tipo de individuo necesario para conservar al sistema y conservarse a sí mismo. Sin embargo, en sus contradicciones, en sus huecos, en sus filtraciones, anida la posibilidad de nuevas subjetividades. Pero éstas no pueden establecerse sino sobre nuevos modelos discursivos, sobre nuevas formas de re-definir la relación del sujeto singular con la sociedad en la cual se inserta y a la cual quiere de un modo u otro modificar (2004, p.1)

Pensar los distintos modos de transitar por este mundo, lo anormal y lo normal, las distintas formas de existencia de las personas, las subjetividades de la época; está anudado a varios discursos de poder. Y estos discursos al mismo tiempo retroalimentan y legitiman estos poderes. Se cuelan desde varios ámbitos, imperan y nos trascienden desde antes de advenir al mundo, y de ésta forma se reproducen y causan efectos.

En concordancia con esta línea, las instituciones realizan la tarea de convertirse en reproductoras de los ideales y estereotipos de subjetividad que imperan en la sociedad y en la época, por eso justamente es necesaria una mirada crítica sobre la legitimación de las mismas y los discursos que sirven de fundamento para su funcionamiento. En palabras de Silvia Grande (S.F) sabemos que las instituciones son los lugares básicos de la reproducción social ya que posibilitan la transmisión a los fines de la conservación. Los términos reproducción, conservación y transmisión caracterizan cierta visión de las instituciones como aquello que permanece invariable en el tiempo, según la autora.

En orden de seguir desanudando el concepto de institución nos resulta necesario pensarla como una dimensión de lo humano, término que Freud aborda en sus escritos, trabajando que la condición humana necesariamente constituye ciertos irreductibles y una cierta precariedad, y que las instituciones son un intento de respuesta ante dichos irreductibles. Refiriéndose el autor a que no existe un orden preestablecido ni natural, nada está arreglado para nuestro bienestar, y las instituciones son un intento de respuesta ante dichos irreductibles, respondiendo a ellos funcionalizándolos, expulsándolos, entre otros (Freud, 1930).

Es entonces palpable cómo desde el inicio mismo de estos espacios institucionales y los fundamentos que las sostienen, se funden las representaciones del padecimiento mental y la locura con el encierro y la exclusión social, aislando a la persona que representa una molestia o una amenaza para el orden ciudadano.

Existen sin embargo aún hoy, y esto es lo preocupante, instituciones donde este funcionamiento impera. Las mismas se caracterizan por distintas aristas, pero todas convergen en un trato insalubre y violento para las personas que se encuentran allí. Lxs pacientes internadxs en dichos espacios pasan todos los días del año en el mismo lugar, con excepción de alguna visita y salida ocasional por parte de algún familiar, si es que los hay, los fines de semana.

Los llamados psiquiátricos u hospitales monovalentes, muchos de ellos, conservan las mismas prácticas que se usaron siglos atrás. No se gesta alguna salida

simbólica, alguna forma de poder hacerle frente a la realidad de lo que consiste estar encerrado y padeciendo un malestar subjetivo. No hay programados talleres o actividades artesanales, laborales, de recreación. No hay salidas organizadas al aire libre, a asistir a algún espacio, a dar una caminata en grupo con los mismos compañeros y compañeras internados para recorrer otros espacios físicos, por ejemplo. Todas prácticas que podrían y deberían ser pensadas con fines terapéuticos y en base a un lineamiento de trabajo presentado por un equipo, enmarcadas en una apuesta a la restitución de derechos y de salud mental.

En el caso de instituciones que se enmarcan en una lógica manicomial los usuarios sólo están allí, existiendo. Medicados, acallados; prácticas que responden al modelo de psiquiatrización y medicalización excesiva, donde la misma no es usada ya con fines terapéuticos sino más bien para comodidad de quienes trabajan en la institución, sea el personal de enfermería, sea el médico tratante; ya que es más llevadero trabajar con personas que no presenten dificultades o que no estén haciendo ruido o moviéndose de acá hacia allá todo el día (Galende, 2008).

Pareciera entonces que no hay una apuesta a que se genere algo más, alguna salvedad en torno a lo social, a lo cultural, algún camino alternativo para que lo propio del sujeto particular surja.

Podemos pensar que desde su origen se presenta una contradicción: los manicomios parten de aislar socialmente a los individuos, para luego reinsertarlos, sin querer comprender que nadie se puede socializar en la base del aislamiento. No se puede ser ajeno a cómo influye lo institucional en la externación, sobre todo con pacientes en rehabilitación con tanto tiempo de internación. El aplastamiento subjetivo pasa a veces por las condiciones de internación donde el usuario es tomado, en realidad, no como sujeto sino como objeto, no tiene un lugar en donde poder hablar de lo que le pasa, pasa solamente por la medicación y nada más.

Por lo expuesto anteriormente, nos resulta necesario profundizar en el conocimiento sobre las prácticas de tipo manicomial que aún hoy se sostienen para la atención de la persona con enfermedad mental y tomar conciencia de que estas instituciones, burocratizadas y funcionales al sistema social, político-económico, violan sistemáticamente los derechos humanos de quienes se encuentran internados en los psiquiátricos. En éstos se ejercen relaciones abusivas de poder, coerción, disciplina normalizadora, vigilancia, control y hasta el castigo físico, psíquico y moral sobre los pacientes, detrás de una aparente finalidad terapéutica.

Nos interrogamos entonces sobre la existencia y posibilidad de gestar modos de abordaje distintos a los mencionados respecto al padecimiento mental, y en qué posición es posible pensar al equipo de salud mental y a los trabajadores del lugar en semejante escenario institucional.

Para intentar responder a éstos, nos resulta oportuna la necesidad de enmarcar las intervenciones y la institución toda en una perspectiva de derechos humanos, ya que no es sin un posicionamiento ético que los tenga en cuenta y las acciones que lo acompañan que algún cambio pueda darse en la teoría, pero también en la praxis.

Al reflexionar sobre el concepto de institución, remite a cierta complejidad que el mismo trae consigo, por ser un término amplio, polisémico. Castoriadis (1993) piensa y ubica la institución como un espacio inacabado, en permanente tensión dinámica entre lo instituido que funciona siempre igual y lo instituyente, aquello que puede variar. Aquí entonces se hace necesario remarcar la importancia que tienen los propios trabajadores dentro de las instituciones, porque entre lo instituido y las normas que plasma la institución y el modo en que ocurren en las prácticas, son los trabajadores de la salud quienes deben encontrar, generar un lugar, un espacio de creación, ese intersticio que surge como un emergente brindando una apertura a lo instituyente. Así como otras veces, el confort de lo posible solo deja lugar a una práctica que da cuenta de lo normativo, instituido y prescripto.

Creemos pertinente pensar la singularidad de la institución según la clínica que sostengamos, por lo tanto la forma que tome esa relación clínica-institución será diferente según la manera en que nos representemos nuestra práctica.

Nos resulta necesario enfatizar en la relevancia que encarnan los trabajadores de la institución, que aunque atravesados por instancias subjetivas, económicas y sociales propias, son los agentes privilegiados que de algún modo la conforman, y desde los cuales pueden gestarse uno o varios huecos que den lugar a movimientos transformadores dentro de la misma. Cuestión que se aborda en el apartado siguiente.

Experiencias alternativas en Argentina: otro modo de abordaje de la locura.

*Muros que vamos a derribar Puentes hacia la libertad Muros del abandono social Puentes hacia la comunidad... Canción 6° Marcha por el derecho a la Salud Mental.*

Ya historizado parte del fundamento del tratamiento de la locura y el funcionamiento institucional, consideramos necesario remarcar la existencia de experiencias concretas que trabajan la salud mental y la institución referente con otra lógica distinta a la manicomial, demostrando que es efectivamente viable gestar prácticas alternativas más humanas y humanizantes. Presentamos con ese propósito una experiencia que conocemos mediante un documental extraído de Internet (Ibañez, 2011). Esta experiencia data en el año 1968, en la provincia de Entre Ríos, puntualmente en el pueblo de Federal; donde se encuentra lo que hasta ese entonces había sido el cuartel 12 de caballería y será a partir de ese momento un hospital de salud mental. En el mismo, se recibe a pacientes que son trasladados desde otros psiquiátricos del interior y de la ciudad de Buenos Aires. El funcionamiento de la comunidad terapéutica de Federal se extiende desde el año 1968 a 1976, año en que dicha experiencia es reprimida por la dictadura militar que se instaura en el país, y sus protagonistas profesionales amenazados y perseguidos.

En los años que el espacio estuvo en funcionamiento, podemos pensar en el armado de la comunidad terapéutica y todas las prácticas e intervenciones que allí se llevaron a cabo como una clínica antimanicomial, por la cantidad de características opuestas al modelo que figura en el primer apartado del ensayo.

Por nombrar sólo algunas de las intervenciones que pudimos observar en el documental, las prácticas enfatizan en el trabajo interdisciplinario y comunitario, donde forman parte del mismo el personal de enfermería, los profesionales y los propios pacientes. No es tolerado el autoritarismo por parte del personal, sino que se busca acompañar a los pacientes en su proceso de integración, preguntándoles, dándoles injerencia, siempre priorizando la búsqueda y motivación de que el paciente sea activo en su propio proceso terapéutico.

Cada práctica llevada a cabo vela por la posibilidad de devolverle al paciente algo de la dignidad perdida hasta el momento de su ingreso en la comunidad, ya que muchos de ellos fueron trasladados desde otros psiquiátricos, con el funcionamiento iatrogénico de los mismos. Algunas de las acciones que el espacio llevó a cabo consistían en formar al personal de enfermería en la forma de dirigirse verbalmente a los usuarios, sin ser un tono autoritario ni tampoco infantil, sino por el nombre del paciente. Es decir, enfatizando que la patología no hace a la persona, y que el trato digno es un deber. También en las reuniones de formación se buscaba transmitir tranquilidad al personal, ya que al momento de comenzar a trabajar en la comunidad, éste contaba con prejuicios y temores propios del desconocimiento de la enfermedad mental, cuestión que sigue en boga en los

funcionamientos de instituciones manicomiales y las personas que trabajan allí y no permiten el acercamiento a los pacientes desde otro lugar.

En pos de generar prácticas dignificantes, el director del lugar comienza a darle a los pacientes lugares de importancia y cuidado dentro de la comunidad, ofreciéndoles la oportunidad de trabajar formalmente en la colonia remunerándolos económicamente, y se podría agregar, humanamente. Los espacios de trabajo son diversos y elegibles. Desde talleres de costura, ayudante en la enfermería, mantenimiento de las huertas, tareas de limpieza y hasta cuidadores de perros del lugar. Dada esta posibilidad de acercamiento a los labores, lxs pacientes traban amistades con el personal, toman mate juntos, se tutean. Consideramos que esta es una forma idónea para la socialización entre el personal y los pacientes, además de que se busca que los mismos puedan generar conocimientos para trabajar en distintos rubros al externarse. Intervención que revela su sesgo político y ético, dado que para que cualquier persona en la sociedad capitalista que habitamos pueda ser realmente autónoma debe poseer los recursos que le permitan trabajar y subsistir por sus propios medios.

También nos parece novedoso el armado de asambleas donde los usuarixs pueden llevar sus inquietudes y comentarios respecto al funcionamiento general del lugar, el constante acompañamiento por parte del personal y los profesionales, la búsqueda de generar con pequeños pero grandes detalles el armado subjetivo; todas cuestiones donde creemos puede leerse una apuesta ética y comprometida en pos de una clínica que sostiene a la palabra del paciente, y también a su sufrimiento.

Palabras que retrotraen a Galende, quien dictamina necesario “incorporar del psicoanálisis la implicación de la persona del analista en las intervenciones que realiza, la posición ética de respeto a la persona del paciente, dando lugar a que sea de ella de donde surja el sentido y verdad de su trastorno o malestar, la aceptación de la transferencia como valor terapéutico y la importancia de la integración socio comunitaria del paciente como eje de la recuperación” (Galende, 2015, p.12).

Conceder espacios y acciones que otorguen valor e importancia a lo que el usuarix trae, sean inquietudes, quejas o sugerencias, o malestares personales y vinculares creemos es una intervención dignificante, que es palpable no tiene lugar desde lógicas más tradicionales e históricas en el tratamiento de la enfermedad mental, donde el usuarix es un objeto sobre el cual se interviene, sin palabra, sin decisión.

En esta línea, habiendo pasado ya una década desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina, desde el campo disciplinario de la Psicología al que nos referimos, se hace preciso interpelarnos en torno a la paradójica problemática de la salud mental.

La Ley de Salud Mental sancionada en el 2010 y reglamentada en el 2013 tiene entre sus principales objetivos 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. La ley reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Es importante destacar que la ley en sí, ya marca un importante avance y múltiples desafíos al cambiar el paradigma vigente, ya que deroga a la anterior Ley 22.914 la cual estaba estructurada desde una lógica manicomial.

Pero es necesario interrogarse sobre si alcanza con la implementación de la Ley, o si lo que la misma promueve queda sólo en las buenas intenciones. Es posible evocar otra experiencia del país donde esta Ley es tomada en cuenta y efectivamente materializada en acciones concretas.

Es el caso de la provincia de Río Negro, la primera en la región en implementar una Ley de Salud Mental; siendo la única en el país que pudo concretar el proceso de desmanicomialización. Es decir, esta transición de un modelo basado en el encierro en

hospitales psiquiátricos, a un modelo en el que se crean diversos dispositivos para lograr que las personas que habitan dichas instituciones puedan eventualmente reinserirse en la sociedad, y trabajando desde una perspectiva de derechos.

7

La experiencia rescata la idea de que una institución psiquiátrica quita la identidad, la aplasta. Se necesita de una red de instituciones que sean diferentes a ella, y también redes comunitarias, para lograr la progresiva reinserción social y al mismo tiempo que estas mismas redes posibiliten que algo de la propia subjetividad pueda desplegarse.

Cuando se habla de dispositivos alternativos al sistema de encerrona manicomial, se refiere a espacios donde usuarixs de hospitales e instituciones mentales y por ejemplo, vecinos del barrio o familiares de los pacientes internados; son convocados para compartir desde talleres hasta asambleas comunitarias para tratar temas particulares del barrio o incluso personales que cada unx trae al encuentro; persiguiendo este objetivo de resocialización, ya que la apuesta a compartir un espacio y un tiempo distintos al del encierro institucional trae sus consecuentes efectos en la salud de lxs usuarixs.

En Río Negro, el desarrollo del proceso de construcción de una cultura diferente respecto al funcionamiento de la atención y tratamiento de la enfermedad mental fue un proceso que demandó varios años y mucho trabajo. La simultaneidad y diversidad de las iniciativas impulsadas y coordinadas por el programa provincial de Salud Mental, entre ellas la apertura de nuevos servicios de salud mental en los hospitales generales, la elaboración de normas para intervención en crisis y provisión de psicofármacos en las instituciones públicas de salud, el desarrollo de estrategias de externación, entre otras; le confirió un gran dinamismo al proceso de reforma en la provincia. El traslado de la atención adonde estuviera el usuarix con sus necesidades, y el apoyo directo a este y a su entorno, permitieron proveer los instrumentos que resultaban indispensables para la recuperación en su propia localidad. (Cohen y Natella, 2013)

En esta experiencia, los cambios mencionados que se gestaron y el armado de dispositivos fueron posibles gracias al trabajo territorial de diversos actores clave (psicólogos, psiquiatras, políticos, expertos en salud mental) que juntaron esfuerzos para establecer un régimen de salud mental alternativo en la provincia.

Resulta entonces necesario nombrar que el trabajo interdisciplinario cobra relevancia a la hora de crear acciones y miradas en torno a la práctica. La confluencia de distintos saberes y campos posibilita un abanico más amplio y más relevante para pensar las intervenciones a la hora de accionar; apuesta diametralmente distinta a la lógica histórica y tradicional del tratamiento de la locura, donde el saber, la verdad y el poder de decisión remiten a un sólo profesional, que es el médico psiquiatra.

Citamos el artículo 8 de la Ley 26.657 de Salud Mental: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

La posibilidad de armado de equipos interdisciplinarios posibilita que el poder y el saber no queden anclados en una misma disciplina y en un mismo profesional, además de abrir cauces para pensar intervenciones y propuestas mucho más enriquecedoras.

Otra experiencia de ésta misma índole, en la ciudad de Rosario se encuentra un efector de salud que conocimos gracias a las prácticas de grado de nuestra facultad. El espacio colectivo y comunitario que se arma en torno a la propuesta de una huerta para los usuarixs que asisten a dicho efector es la vía que posibilita la creación de un lugar simbólico distinto al cotidiano. Es un espacio de intercambio y acompañamiento entre vecinos y vecinas del barrio, personas con algún padecimiento mental, y los mismos trabajadores del efector; todos reunidos intercambiando mate y galletitas y charlas e historias. Conociéndose. Compartiendo. Rompiendo prejuicios y estigmas en torno a la

enfermedad mental, y posibilitando la inclusión de las personas que la padecen.

La excusa del armado y mantención de una huerta barrial, es la puerta de entrada para que se gesten distintos movimientos en todos los asistentes del efector. En referencia a la Ley Nacional de Salud Mental, la misma promueve por un lado evitar las internaciones en hospitales monovalentes, y para esto establece la necesidad de implementar tratamientos ambulatorios desde un modelo de atención comunitario, con

## 8

abordaje interdisciplinario e intersectorial basados en los principios de la atención primaria de la salud. Por otro lado, promueve la autonomía y empoderamiento de lxs usuarixs del sistema y lxs considera sujetos activos en las decisiones en torno a su vida. Cuestiones que son tenidas en cuenta a la hora de gestar este tipo de dispositivos y se materializan en cómo se llevan a cabo los mismos. Es fundamental pensar a futuro un trabajo intersectorial, que permita un trabajo en red entre las diferentes instituciones; tanto a nivel habitacional, laboral, de inclusión social y atención psicológica y no solo psiquiátrica. Es decir, la ley plantea establecer acciones con y en la comunidad, preferentemente fuera del hospital. Este eje es central, lxs usuarixs suelen estar muy solxs respecto a su padecimiento subjetivo. Es necesario un trabajo en red que les permita poder recuperar ciertos lazos sociales, que pueda recibir un acompañamiento por parte del centro de salud de su barrio, una red que lo sostenga, en donde cada sector no esté aislado y separado uno de otro.

Es en este punto donde la ley destaca la importancia del funcionamiento en conjunto de los servicios de salud mental, como estrategia y lógica de la Atención Primaria de la Salud, para evitar internaciones en los hospitales monovalentes. El contexto y la situación social son fundamentales para pensar el sostenimiento y el tipo de abordaje y tratamiento que recibe la persona. El sujeto que adolece un padecimiento mental y es institucionalizado sufre de por sí varias consecuencias como aislamiento, perder su rutina y sus objetos de la cotidianidad, entre otros. Los efectos subjetivos del mismo serán múltiples y darán cuenta de las condiciones sociales, de la historia personal y de la singularidad.

Puede decirse en conclusión que todos estos ejemplos de experiencias mencionadas acompañan la posibilidad de armado de distintos tipos de dispositivos terapéuticos y sociales donde se favorece sensibilizar y aprender más comunitariamente sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen. Por otro lado, es también brindarles a lxs usuarixs un lugar y un tiempo que posibiliten la participación e inclusión social. Sostenemos firmemente que no es posible gestar y transformar las políticas en salud, si no se da un cambio en la forma de pensar e incluir la persona con padecimiento mental por parte de la sociedad.

Sabemos sin embargo que no es sencillo romper con el peso de la marca histórica y social que la civilización trae aparejada desde hace tanto tiempo en torno a la cuestión de la patología mental y cómo incide ésta en las personas afectadas; pero es relevante la importancia de estos espacios de fisura, por donde se cuelan distintos movimientos de resistencia antimanicomial que se gestan en distintos lugares y que se plantan desde otra perspectiva en torno al cuidado y acompañamiento referentes a la salud y enfermedad mental, ya que consideramos ilusorio sostener que las prácticas manicomiales desaparecen al desaparecer los manicomios o que las mismas no existen en otros ámbitos. Siendo el caso contrario, se hace preciso entonces mantener una actitud activa, crítica y de re-trabajo con otros y otras para sostener intervenciones y prácticas humanizantes, es pos de inventar cada vez y en cada intervención una clínica antimanicomial.

En este orden de ideas nos resulta necesario reivindicar la especificidad del psicoanálisis, que brinda las herramientas y los conocimientos que sirven de sustento para pensar desde la gestación y armado de las experiencias citadas, hasta toda la lógica e intervención antimanicomial.

Es esta disciplina la que posibilita crear una apertura donde puede gestarse la emergencia del sujeto, enormemente necesaria en la apuesta a la recuperación y mantención de la salud mental, y también salud en todas sus aristas. Emiliano Galende (2015) dice al respecto

9

De algún modo, el psicoanálisis espera como resultado de la curación la emergencia o recuperación de un sujeto autónomo, con capacidad racional para aceptar su dependencia al otro sin renunciar al amor, y responsable de los juegos de poder que le impone su vida social. Es decir, que pueda actuar sobre las condiciones de su realidad para recuperar el placer. El dominio del placer como principio de la vida, en el que tanto insistió Freud (p. 91).

El psicoanálisis no posee una única dimensión sino que es una teoría, a la vez que una técnica terapéutica y un método de investigación. Consideramos erróneo suponer que puede ubicarse a El Psicoanálisis con mayúsculas, es decir, como entidad cerrada y uniforme. Sin embargo, la posición ética del mismo permite entrever que no es idóneo suponer una cura normativizante porque dentro de las relaciones de un sujeto con su enfermedad hay múltiples posiciones posibles, incluso enfermedades que son de las mismas características impactan de modos diversos de acuerdo a la historia, recursos subjetivos, condiciones de existencia de los sujetos. Es necesario no olvidar que el psicoanálisis intenta trabajar con los avatares del deseo y del sujeto, donde a diferencia de otras prácticas, no persigue el objetivo de acallar los conflictos que traen las personas, sino justamente partir de éstos para poder ubicar algo del deseo propio, y generar movimientos en pos del mismo. Por lo tanto, es una prioridad intentar sostener cierta tensión entre esta función a priori, y lo que se puede ir construyendo en cada institución en particular, en el interior de cada equipo interdisciplinario del que se forma parte, y en conjunto con la comunidad o persona que se atiende, en relación a sus padecimientos. Fernando Ulloa sostiene que el quehacer psicoanalítico puede ser pensado en términos de oficio, válido de profesión, pero un oficio que busca apoyo en la singularidad de lo que se va instituyendo sobre la marcha, sin desconocer el rol social. “No se trata de andar improvisando lo que ya está hecho, pero cuando se trabaja con la gente y se quiere preservar la singularidad de cada uno, es más necesaria la creatividad que oficia que la regularidad que profesa” (Ulloa, 1995, pág. 47).

Refiriéndose a un trabajo más artesanal, del caso por caso y creativo; el autor habla de un *estar psicoanalista*, de acuerdo a los que cada situación demande (Ulloa, 1995)

Para continuar reflexionando sobre las posibilidades que la práctica psicoanalítica brinda, nos resulta imperante nombrar que los motivos que la misma persigue se condicen con devolver a las personas el protagonismo de sus trayectorias singulares, esto necesariamente abarca sus modos propios de habitar la salud y la enfermedad; y también donarles la posibilidad de decir y hacer sobre el propio malestar. Para esto será ineludible inventar espacios para la palabra y la escucha, espacios que tal vez son informales, espacios que pueden ser un pasillo, una sala de espera o la cocina de una institución, pero que serán espacios de escucha si un analista presta su oído para localizar al sujeto que aparece en el decir.

Entre tantos estudios, análisis, cambios de instituciones, medicamentos, consideramos fundamental volver a la verdad del sujeto y escuchar lo que el usuario pueda poner en palabras, o con el cuerpo mismo; prestar atención a que es lo que tiene

para decir. La Ley Nacional de Salud Mental puntualiza sobre esta idea cuando plantea la necesidad de sostener un sujeto activo en la propia transformación de su realidad, volver a poner a la persona en el lugar central del tratamiento, no haciendo por el paciente ni sobre el paciente, sino permitiendo que se involucre. No como un objeto, sino como sujeto.

La apuesta del psicoanálisis puede decirse que es posibilitar poco a poco la recuperación de fragmentos, momentos de la vida del usuario que dan cuenta de su contexto social, familiar, laboral y habitacional, conocer de sus carencias y del tedioso recorrido por las distintas instituciones hasta lograr recibir atención. Escuchar, con ternura y buen trato, pilares fundamentales de la práctica psicoanalítica; que dice, piensa y siente la persona. Desde la posición del analista, es que se permite poner en circulación la palabra y con ello los significantes de cada uno. Habilitar la escucha, un espacio donde

10

algo del deseo de ese sujeto pueda aparecer. Es allí donde el psicoanálisis permite abrir espacios de interrogación, allí donde el silencio o mejor dicho el síntoma, toman primacía.

Elisabeth Roudinesco (2007) nos aporta respecto al método psicoanalítico que es: “una cura fundada en la palabra, una cura en la cual el hecho de verbalizar el sufrimiento, de encontrar las palabras para expresarlo, permite si no curarlo, al menos tomar conciencia de su origen, y por tanto asumirlo” (p.25).

En concordancia con lo expuesto en el primer apartado del texto, acordamos con la siguiente afirmación

El analista, considerado por la salud pública como un recurso de salud, como terapeuta, toma allí su lugar, proponiendo una cura que rompe con los criterios de salud para los cuales es llamado, ofreciendo una alternativa para el sujeto, la alternativa del deseo. El psicoanálisis en las instituciones tiene mucho para decirnos. El analista cuando da al sujeto la palabra, le está dando la posibilidad de hablar sobre su sufrimiento. El dispositivo sin duda es otro, diferente al de una práctica de consultorio. Otro será el tiempo de la entrevista pero si se logra instalar la transferencia, sin dudas, dará lugar a la apertura del inconsciente, a efectos transformadores, a otra posición ante el malestar. Que un psicoanalista en la institución pueda abrir un espacio a la dimensión subjetiva, abolida por los permanentes intentos de objetivación, dando cabida a una demanda de saber, y con ello al deseo; toma entonces todo su valor y legitima su presencia allí (Adriana Rubistein, 2004, p.29).

Entonces, retomando las palabras de la autora, nos es posible afirmar que el psicoanálisis remite también a la pregunta por la posición del analista en las instituciones y su lectura particular de la demanda de quien acude al espacio institucional, una intervención que es propia solamente de la práctica psicoanalítica, que legitima y fundamenta al mismo la importancia de su lugar allí.

## Reflexiones finales

Este trabajo nos permite pensar y reflexionar sobre nuestra posición como psicólogos, coronando con él una etapa crucial de nuestra formación como estudiantes. Refiriéndonos a la enfermedad mental y malestar subjetivo y al tratamiento de los mismos, creemos posible afirmar que las instituciones y lógicas manicomiales que aún hoy en la actualidad imperan, producen más iatrogenia que disminución del sufrimiento o atenuación del malestar. Principalmente por el atropello de derechos humanos que se suceden en espacios que así se manejan, siendo de esta forma imposible que pueda

generarse cualquier efecto positivo o terapéutico.

Además muchxs de los usuarixs que son internadxs en los manicomios nunca salen de ahí, funcionando el mismo como un depósito humano tal como lo hacían en el siglo XVII, donde no se proyectan posibilidades de tratamientos alternativos a este tipo de funcionamiento.

Para poder dar curso a las necesarias formas que interpelen este funcionamiento, consideramos menester poner en tensión los parámetros ideológicos de nuestra época respecto al sujeto con enfermedad mental. Y por otro lado, construir una ética profesional que aloje a las subjetividades arrasadas por la misma.

Por ello, gran parte de nuestro trabajo se centra en repensar las formas con las que entendemos y desde las cuales nos posicionamos para dar curso a nuestras praxis, y tomar entonces a la lógica manicomial como expresión de un mal hecho cultura, que es necesario revisar y modificar.

Luego de lo expuesto a lo largo de todo este escrito, encontramos que la mayor complejidad que se genera en este tipo de institución manicomial se relaciona con el

11

tiempo de permanencia de la persona en el espacio, y también con el trato que recibe en el mismo. Entonces, consideramos imperante una alternativa a esta lógica de funcionamiento, que aborde cómo se aloja a la enfermedad mental en los manicomios pero también en el espacio social una vez que está posibilitada y tramitada la externación, siendo necesarias reformas legales, estatales y sociales.

Como en las experiencias que citamos en el segundo apartado, la reeducación social en torno a la enfermedad mental brinda la posibilidad de romper con el estigma y temor o rechazo que se genera para con las personas con padecimiento mental, y posibilita su inclusión social.

Sin embargo, cabe aclarar que más allá del desarrollo planteado una práctica sólo se modifica mediante otra práctica. No basta con meras charlas sobre la temática o días de conmemoración a la importancia de la salud mental, sino que la cuestión debe encararse estatalmente, con recursos concretos y soporte económico y legal. Con decisiones y acciones que estén fundamentadas en una posición comprometida que asegure el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales de las personas con padecimiento mental, considerándolos como ciudadanos con el debido acceso a la vivienda, trabajo y demás servicios básicos.

Es con este ideal y objetivo como bandera, que consideramos necesario reivindicar la importancia de la Ley de Salud Mental, que vela por el cumplimiento de todas estas cuestiones legales.

Por otro lado, resulta también imperante nombrar la importancia de la disciplina del psicoanálisis como práctica contra hegemónica, como recurso y herramienta ante la pasividad y firmeza de algunos discursos sociales que se repiten generando malestar y angustia. Como una praxis teórica que resiste ante terapias hechas y estandarizadas, ante la medicalización excesiva que tapona el conflicto y el sufrimiento, dejándolos sin poder tramitar. Como una terapéutica que se compromete con la búsqueda de bienestar desde otro lugar.

Con esta brújula teórico técnica guiando el Norte de la profesión, es que lxs profesionales de la salud mental, específicamente lxs psicólogos, podremos hacer de nuestra práctica un deber ético - político y social; comprometiéndonos con los principios que el mismo sustenta. Y plasmar todas estas cuestiones en el trabajo del día a día, en las intervenciones que se puedan pensar y acordar, en las posibilidades y particularidades de cada caso en el que se trabaje.

Es desde toda esta conjunción entramada que termina decantando en el funcionamiento institucional, que anida la posibilidad de crear tratamientos alternativos a la lógica manicomial.

Es, consideramos, un trabajo que puede hacerse, no es una utopía. Las

posibilidades efectivamente existen, como lo demuestran las experiencias citadas que son sólo algunas pocas a modo de ilustración. Las mismas hacen cuerpo la Ley, confrontan las formas que se manejan en los manicomios tradicionales: efectivizan las posibilidades de inclusión, abandonan esta idea de lo peligroso e incurable respecto a la enfermedad mental, piensan estrategias rehabilitadoras, crean otros dispositivos que permiten a la persona habitar cerca de su comunidad, brindan herramientas y recursos para que pueda desarrollar sus proyectos de vida acompañando sus tratamientos.

Sabemos que la normativa por sí sola no cambia la realidad, pero materializarla en prácticas enraizadas en la cultura es un excelente modo de hacerla cuerpo. Para finalizar este escrito surge porque cotidianamente en el campo de la salud mental, y específicamente en nuestros trabajos, podemos observar que se brinda atención pero no cuidados en la clínica del padecimiento mental y no suele haber resguardo de lxs usuarixs. Consideramos fundamental recuperar la pregunta por la subjetividad, por los efectos subjetivos de la situación acontecida.

A partir de ello, se desprende la importancia y validez de pensar las prácticas en salud mental desde un enfoque de derechos con una perspectiva integral, que priorice la subjetividad y singularidad de los sujetos para permitir un corrimiento del proceso salud enfermedad-atención y habilite al cuidado de los mismos. En donde los síntomas que

12

requieren cuidados no pasen a ser una característica intrínseca de la persona, desplazando al sujeto. Creemos necesario un modelo de salud mental que se aleje del síntoma etiqueta alentando a producir un nuevo modo de subjetividad posible, en donde podamos trabajar con el sujeto y su historia.

Para concluir, ésta es por lo tanto una cuestión que se debe seguir tratando y luchando colectivamente desde el campo de la salud mental, con la finalidad de pensar y materializar nuevos modos de abordaje de la enfermedad mental con los consecuentes efectos clínicos y subjetivos que estos otros modos traen aparejados.

## Referencias Bibliográficas

- Bleichmar, S. (2004). *Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis*. Revista Topía. Recuperado de:  
<https://www.topia.com.ar/articulos/l%C3%ADmites-y-excesos-del-concepto-de-subjetividad-en-psicoan%C3%A1lisis>.
- Castoriadis, C. (1993). *La institución imaginaria de la sociedad. Vol. I*. Tusquets.
- Cohen, H y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del*

*sistema de salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Amorrortu.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Lugar Editorial.
- Galende, E. (2015). *Conocimientos y prácticas en Salud Mental*. Lugar Editorial.
- Goffman, I. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Grande, S. (S.F). *Clínica-Institución*. Material de estudio, Prácticas profesionales supervisadas. Facultad de Psicología. U.N.R.
- Ibañez, J. (2011). *Una comunidad de locos*. [Documental]. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_Yr9C00yiDo&t=19s](https://www.youtube.com/watch?v=_Yr9C00yiDo&t=19s)
- Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) (2010, 02 de diciembre), Boletín Oficial de la República Argentina, Decreto 1855/2010.
- Mannoni, Maud (1998). *Lo que falta en la verdad para ser dicha*. Nueva Visión.
- Roudinesco, É. (2007). *¿Por qué el psicoanálisis?* Paidós.
- Rubistein, A. (2004). *Un acercamiento a la experiencia. La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Grama Ediciones.
- Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica: Historial de una práctica*. Paidós.