

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología
Trabajo Integrador Final
Paradigmas y Derechos Humanos: El papel del Arte en los procesos de
desmanicomialización

Modalidad de Presentación: Ensayo

Autora: Julieta Torres

Legajo: T-5022/9

Docente Responsable: Fernando Javier Gómez

Año: 2020

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Palabras Claves	3
Introducción	4
Desarrollo.....	6
Paradigma de la Psiquiatría: el loco como peligro social	6
Pasaje al paradigma de los Derechos Humanos en Argentina.....	7
Situación Actual en Argentina	9
Manicomialización, efectos subjetivos y socioculturales	11
Atravesamientos de la lógica manicomial en el campo Psi.....	14
Dispositivos sustitutos a la lógica Manicomial: entre subjetivación y potencia.....	16
El arte como alternativa en la emergencia del Sujeto.....	17
Significaciones imaginarias: un nuevo lugar social para lo diferente	18
Conclusión	21
Referencia bibliográfica	23

Resumen

Actualmente en nuestro país, el campo de la Salud Mental asiste a una convivencia paradigmática caracterizada por la lucha por hegemonizar el campo. Por parte de la Psiquiatría, el paradigma Médico Hegemónico con un marco positivista contrasta con el Paradigma de los Derechos Humanos impulsado por la actual Ley Nacional de Salud Mental N 26.657. Esto determina diferencias sustanciales en cuanto a las posibilidades de abordaje de las personas con sufrimiento subjetivo. En este escrito se indagan las implicancias tanto a nivel discursivo como práctico de ambas concepciones y sus repercusiones a nivel social. Retomando los aportes del Análisis institucional, se busca dilucidar el papel que cumplen la creatividad y el arte como herramientas en los dispositivos alternativos a la lógica manicomial. Se pretende reflexionar sobre las contradicciones existentes dentro de las prácticas psi con el marco legal vigente, así como los sesgos existentes en el imaginario colectivo de la lógica manicomial que se intenta erradicar.

Palabras Claves

DDHH, Ley Nacional De Salud Mental, Lógica Manicomial. Arte, Significaciones Imaginarias

Introducción

Desde sus inicios, el campo de Salud Mental en la Argentina estuvo caracterizado por la lucha por democratizar las prácticas y brindar así entidad a los distintos actores que reclamaban su idoneidad dentro del mismo.

A raíz de las graves violaciones a la Dignidad y a los Derechos Humanos por parte del Paradigma de la Psiquiatría y su abordaje hospital céntrico, se hizo evidente la necesidad de una reforma en los servicios de atención en los cuales el encierro y la reclusión Asilar ya no tuvieran protagonismo.

Tras años de ser silenciados por un discurso biomédico y jurídico que los despojó de todo derecho a la autonomía y poder de decisión, los usuarios de Salud Mental lograron alzar su voz y ganar visibilidad en la escena social haciendo llegar su reclamo al recinto legislativo.

La Ley Nacional de Salud mental N°26.657 fue sancionada por unanimidad en el Congreso Nacional el 10 de diciembre de 2010, y reglamentada el 28 de mayo de 2013. Ha sido producto de un proceso de construcción colectiva, interdisciplinaria, intersectorial e interjurisdiccional con una sostenida participación de usuarios, familiares, trabajadores de salud mental y organizaciones de la sociedad civil.

Al impulsar un cambio epistemológico, esta ley, debió transitar un camino de

lucha, entre avances y resistencias, que aún se hace visible en el abordaje de la Salud Mental.

La conquista de estos derechos permitió que las personas con padecimientos mentales, emerjan como un sujeto político que demanda participar en la construcción de los discursos sociales y en las decisiones de políticas públicas.

En el artículo 9 de la mencionada ley, se puede leer la propuesta para el abordaje de los usuarios con padecimiento subjetivo:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (Ley N° 26657, 2010)

Dentro de los elementos principales que figuran en dicha ley tales son la Defensa de los Derechos Humanos del paciente, el eje en el equipo interdisciplinario, y la igualdad todos los profesionales para acceder a puestos profesionales, destaca como eje central de los mismos la erradicación de las grandes estructuras manicomiales.

En sus lineamientos, la ley propende a que desaparezcan las instituciones monovalentes y sean reemplazadas definitivamente por propuestas sustitutivas a la lógica manicomial.

Se promueve así, la creación de dispositivos alternativos a la lógica manicomial, que desde esta concepción epistemológica posibiliten el sostenimiento de procesos de extenuación y se postula como fecha límite para el cierre de los manicomios el Año 2020.

El cierre de los manicomios implica planes de extenuación sustentable de las personas allí alojadas, que articulen políticas de inclusión laboral, educación y acceso a la vivienda. Se asume la necesidad de una mirada integral y de una política intersectorial e interdisciplinaria para la creación de efectores de base comunitaria sin la presencia de la cultura manicomial. La inclusión social de usuarios del servicio de salud mental, se plantean como un eje de la política pública de Salud y de la sustitución de esta lógica.

La articulación entre APS integral, como estrategia ordenadora del sistema de salud con un enfoque universalista por un lado y la incorporación de acciones integrales como la promoción y prevención de la salud mental, permite pensar la incorporación de prácticas de salud mental en acciones generales de salud con el fin de reincorporar la dimensión subjetiva de las personas.

4

En los lineamientos de la Ley Nacional se da apretura a lugares alternativos para poder descentralizar el abordaje del hospital y acercarlo a la comunidad, fomentando la inclusión social y el reforzamiento de lazos sociales.

Se pretende la conformación de procesos colectivos de participación de las personas que transitan el sistema de salud siendo otro el modo de ingreso y permanencia en el mismo. Espacios abiertos al público donde los usuarios puedan acercarse sin necesidad de ser tratados como “enfermos mentales” con la significación social que eso implica. Representan una propuesta alternativa y diferente de lo que se plantea desde el paradigma médico hegemónico.

Al brindar sostén a quienes han perdido soportes identificatorios y carecen de toda ligadura simbólica, a la vez operan a nivel del discurso, interpelando las significaciones y concepciones que recaen sobre la locura y la tifen de peligrosidad o irracionalidad.

El arte y la creatividad aparecen en ellos como una herramienta fundamental ya que posibilitan la expresión de un malestar sin que sea catalogado del orden de lo patológico. Operan como canalizador, y permite encontrar un cauce al sufrimiento subjetivo, como un modo de elaboración de los conflictos.

La productividad colectiva posibilita no solo el trabajo sublimatorio del sufrimiento, sino además generar lazos, socializar ese proceso y hacer un abordaje colectivo del mismo.

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, el eje está puesto en generar espacios de subjetivación donde rescatar la singularidad de las personas afectadas y bregar por su participación activa en los procesos de restitución. Estos procesos se ven muchas veces obstaculizadas por resistencias por parte del Paradigma de la Psiquiatría, que lejos de desaparecer asiste a un nuevo empuje de la mano de la industria farmacológica.

Los procesos Psicopatologización y de inflación diagnóstica logran justificar tratamientos medicamentosos de cada vez más situaciones dolorosas inherentes a la ser humano. Convirtiendo a los sujetos en meros receptores pasivos de estas prácticas, terminan por desresponsabilizarlos de su sufrimiento y excluirlos en su proceso de abordaje.

Ante esta situación es importante retornar a los aportes del Análisis Institucional. Desde la década del 60" en Argentina, muchos profesionales psicólogos con formación psicoanalítica se han volcado a una forma de abordaje colectivo revolucionando las prácticas intrahospitalarias y devolviendo una ética al campo Psi, que interpela como ejercicio cotidiano los intersticios de lo manicomial.

Así es como, múltiples experiencias pilotos han demostrado alternativas posibles, dando cuenta de un trabajo artesanal por quienes impulsaron y defendieron los Derechos de los que no tenían voz. Legándonos un ejercicio crítico permanente que rescate la dimensión instituyente de los usuarios y de la sociedad toda, para cuestionar y transformar prácticas abusivas naturalizadas que imposibilitan la emergencia de los sujetos.

Mostrándonos otra forma de abordaje posible, demuestran lo absurdo de lo manicomial, donde la psiquiatría se evidencia encubridora de las desigualdades sociales y el manicomio se descubre una estación terminal, sin cura y sin salida.

Desarrollo

Paradigma de la Psiquiatría: el loco como peligro social

A finales del siglo XVIII y principios del S XIX, los cambios políticos, económicos y sociales consecuentes a la expansión del capitalismo; determinaron nuevos desafíos en el campo social. Esto implicó la necesidad de nuevas estrategias de identificación, clasificación, y control a los nuevos colectivos sociales por parte del

Estado.

Es en ese momento, ante el imperativo de un ordenamiento de los sujetos por la urbanización creciente, cuando la mirada científica se dirige hacia el fenómeno de la locura y la transforma en objeto de conocimiento como enfermedad mental.

La psiquiatría, en ese tránsito del siglo XVIII al XIX adquirió autonomía y se revistió de tanto prestigio porque pudo inscribirse en el marco de una medicina concebida como reacción a los peligros inherentes al cuerpo social (Foucault, M., 1996, p.163)

Las prácticas manicomiales, modalidad de intervención que se desprende del Paradigma Médico Hegemónico, configuran así un conjunto de representaciones que rondan el concepto de locura e impregnan el imaginario social.

Pese a los numerosos esfuerzos llevados a cabo para lograr su erradicación y sustitución definitiva por un modelo de atención basado en la perspectiva de los Derechos Humanos, este discurso se perpetúa y sigue operando en nuestros días.

Historizar los orígenes de este modelo, ahondando en los fundamentos mismos de la Psiquiatría y la institución manicomial, permite comprender el alcance de una lógica que trasciende las estructuras manicomiales y atraviesa al conjunto de la sociedad.

El manicomio en sus inicios cumplía funciones más sociales y políticas que terapéuticas. Al transformarse en una institución médica para tratar enfermos se constituye en una práctica sistemática y generalizada de segregación y aislamiento de significativos segmentos sociales.

El loco empezó a configurarse como un peligro para el orden social por no estar acorde a los principios de la época y por ello el encierro y la exclusión se abren paso como una posible solución.

El modelo de la ciencia positivista se instaló en las políticas de Estado dando instrumentos prácticos para operar y elaborar políticas de control. A fin de desarrollar determinado orden social, controlando y encerrando para proteger a la sociedad pasaron a ser objeto de esta política todo lo que se presentaba como diferente a la normativa vigente.

El manicomio está fundado en la figura del loco como un individuo peligroso, tanto para sí mismo como para la sociedad. Esto ha justificado una práctica, una disciplina y un establecimiento circularmente.

La psiquiatría se abre lugar como disciplina interventora de la locura entendida como enfermedad mental dando lugar a determinadas concepciones en torno a la misma y al modo de atenderla. En este movimiento reivindica su derecho a intervención en el interior de los manicomios.

Históricamente el discurso medicocientífico coadyuvó a la normalización social colocando las diversidades y anomalías bajo la categorización de enfermedades, tal el caso de las diversidades de género o identidades sexuales que no se adecuan a la heteronormatividad, o buena parte de las conductas atípicas que se incluyeron como "enfermedades mentales". (Stolkiner, A., 2013, p.7)

El encierro entonces, no estaba diferenciado, por lo cual el sujeto de una manera u otra terminaba institucionalizado. Tanto a modo de sanción o como medida de seguridad, todo lo desviado de la norma estaba condenado al encierro.

El concepto de normalidad acompaña la mirada de la higiene pública que toma

la psiquiatría encargada de volver a la norma a todo aquello desviado que perturbara el orden social. Es desde el concepto de anormal, desde donde se desprende la noción de individuo peligroso y era precisamente el médico especialista psiquiatra quien podía psicopatologizar la anormalidad con un simple diagnóstico.

En este contexto, el Marco del Positivismo, era considerado el eje para superar las preocupaciones filosóficas y religiosas y brindar cientificidad a las disciplinas. La psiquiatría en su búsqueda de legitimarse como rama de la medicina con una especificidad propia, se basó en la mirada como factor de observación y medio de acceso al conocimiento en sentido positivo.

Siguiendo el modelo de las demás ciencias naturales, la medicina biologicista se limitó a observar y describir los síntomas que conforman los cuadros de las nosografías psiquiátricas y a efectuar las respectivas clasificaciones.

Para Pinel, el aislamiento propiciado por la hospitalización permitiría aislar la "alienación en su estado puro" para conocerla libre de cualquier interferencia. A la vez, el hospital se transformaba, por primera vez, en un lugar con propósito de cura y no solo de muerte, pues, en última instancia, al Hospital General, el hospital-albergue, las personas iban a morir. En otras palabras, el principio de aislamiento estaba asociado a la propia producción del conocimiento en el campo del alienismo, pues el hospital pineliano, ahora transformado en institución médica, se transformaba en el laboratorio donde las personas eran observadas y estudiadas; sus comportamientos descritos, comparados, analizados y clasificados. En la medida que la alienación es considerada una alteración en el equilibrio de las pasiones y en que el hospital de alienados podría representar, como afirmaba Pinel, un lugar donde fuera posible someter al alienado a "reglas invariables de policía interior", el hospital sería, por sí mismo, una institución terapéutica. (Amarante, P., 2016, p.19)

Pinel libera a fines de S.XVIII a los locos de las cárceles para condenarlos a un tratamiento basado igualmente en el aislamiento del mundo exterior. El hospital consistía en un laboratorio de estudios de las alienaciones mentales y en un segundo paso se convirtió en una institución disciplinaria destinada a corregir a los alienados.

En el interior de los mismos, se intentaba su restitución a partir de un conjunto de reglas y principios impuestos con una función terapéutica. Es decir, se los liberó de las cadenas de las cárceles, para continuar institucionalizados, ahora sujetos al imperativo terapéutico del tratamiento moral Pineliano.

A partir de esto se fue configurando una práctica médica-psiquiátrica basada en el encierro asilar de la locura con el fin de corregir las conductas desviadas y volver a la normalidad a los enfermos mentales para que vuelvan a ser aptos a la vida común.

Desde entonces, el discurso de la Psiquiatría se consolidó como discurso hegemónico ordenador del campo de la locura determinando significaciones en torno a la misma que tienen sus raíces en los orígenes mismos de esta disciplina.

Pasaje al paradigma de los Derechos Humanos en Argentina.

La circunstancia en la cual surgen los Derechos Humanos (en adelante DDHH) es la necesidad de orden político internacional, de parte de los Estados de limitar y reconocer derechos a partir de los grandes genocidios que se venían cometiendo.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) como organismo internacional con asiento en los Derechos Humanos es la primera en surgir en 1946. Pero, es a partir de 1960 cuando se construye todo un sistema de Derechos humanos

Esto implicó en los Estados la responsabilidad de garantizar la igualdad, prevenir y hacerse cargo de situaciones de desigualdad existentes en la sociedad civil.

En el 2008 la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad termina de cerrar el complejo de DDHH que atraviesa a la sociedad toda y da cuenta de un cambio paradigmático importante en materia legal.

Este conjunto de DDHH impactó de tal manera en la arquitectura del derecho que provocó una reforma institucional que otorga jerarquía constitucional a estos tratados y convenciones. A partir de este momento, nadie puede discutir su cumplimiento. Con el resguardo de este discurso, es posible acudir a la comisión interamericana de Derechos Humanos para reclamar dichos cumplimientos.

La configuración del campo de la Salud Mental ha nacido en un contexto de Posguerra, en el marco del nacimiento de la ONU, de los Derechos Humanos y el derecho a la salud planteada como tal.

Dentro de esta configuración es donde aparece la problemática de las grandes instituciones asilares Manicomiales en las cuales transcurría la vida de personas en condiciones de hiposuficiencia jurídica absoluta. Una vez que entraban allí eran privadas hasta de la palabra.

En el año 2010, en un contexto político de grandes logros sociales e impulsada por una oleada de cambios bajo la bandera de la lucha Antimanicomial se logra instalar La ley Nacional de Salud Mental N 26.657 (en adelante LNSM). La misma, cuestiona los criterios y principios que vienen tradicionalmente determinando el campo del padecimiento mental.

Tiene el objeto de proteger la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos de aquellas con padecimiento mental. Es por esto que en el artículo 27 se prohíbe explícitamente la creación de nuevos manicomios, exigiendo la adaptación de los ya existentes y su sustitución por dispositivos alternativos.

El espíritu de la Ley, apunta a crear un sistema abierto y descentralizado. Como eje central, se pone en jaque el abordaje centrado en la internación y la figura del psiquiatra como única voz autorizada, otorgando participación a otros discursos.

De esta manera se impulsa el desmantelamiento de las lógicas manicomiales apuntando en primer lugar al núcleo duro de las mismas: las instituciones monovalentes. Si bien, la letra de la Ley es clara en cuanto a esta prioridad irrenunciable, no ha podido traducirse en un plan Nacional de Salud Mental que garantice la erradicación absoluta de estas estructuras como objetivo principal.

Este punto se encuentra desdibujado ante la falta de reconocimiento de su importancia en la escala de prioridades. Se pierde en concepciones ambiguas en cuanto a su implementación y ante la falta de precisión, ya que no se definen explícitamente las políticas necesarias para abordarlo de manera efectiva.

Los procesos de desinstitucionalización requieren de la inclusión y participación conjunta, interministerial, intersectorial e interjurisdiccional. Esto resulta imprescindible para poder garantizar los derechos fundamentales a todas las personas implicadas a la hora de llevar a cabo los planes de extenuación.

Esta ley es una herramienta muy útil para pensar el traslado de la categoría de enfermedad mental, trastorno psíquico o locura a la idea de sufrimiento psíquico. Abre la conceptualización del proceso Salud-Enfermedad-Atención en el campo de Salud Mental a un enfoque integral donde se rescate la dimensión subjetiva.

Es en este proceso en donde se inserta la interdisciplina y lo intersectorial, abriendo la puerta a un abordaje comunitario ambulatorio que evite excluir a las personas con sufrimiento subjetivo de los procesos sociales y culturales que hacen a su persona.

En un modelo tutelar a las personas con un diagnóstico estrictamente médico, sea de carácter intelectual o psicosocial, se les designaba una incapacidad de ser, al no poder ejercer estos derechos no podían ser. Esto definía sus destinos, la

institucionalización como medida preventiva, para resguardo tanto de sí mismos como de los demás.

En este modelo de incapacidad, la declaración de insania se daba por la valoración exclusiva del profesional psiquiatra, que decidía si una persona era insana en sentido jurídico o no y si tenía riesgo para sí mismo o para terceros, estigma todavía presente en el discurso del Derecho.

En 2010 la LNSM significó salir de un modelo tutelar donde las personas tenían una funda legal que no le permitía ser, para pasar a partir desde un principio de la presunción de capacidad de todas las personas. En el artículo 3 se detalla que, ni por rasgos políticos, creencias religiosas, antecedentes de un diagnóstico, se puede catalogar a alguien de incapaz.

Esto se ve plasmado también en el artículo 31 del Código civil y comercial sancionado en agosto del 2015, el cual determina que la capacidad general de ejercicio se presume aun cuando las personas se encuentran en un establecimiento asistencial.

En el artículo 7 de la ley, se enumeran y esclarecen los derechos propios de las personas con padecimiento mental, que no pueden estar ligados a estereotipos o estigmas respecto a la Salud mental.

Aparece en escena el término de “Usuarios” para referir a la singularidad de estos actores sociales, y diferenciarlos de los profesionales y de las familias. Las personas ya no aparecen como un mero objeto de tutela o asistencia, sino que emergen como Sujeto de derecho. Esto supone capacidad y participación activa de los usuarios de los servicios de Salud Mental en cuanto a su atención y tratamientos.

Desde este enfoque, se promueve que las personas necesitan ser involucradas en las soluciones, las cuales deben ser construidas en común acuerdo, evitando que queden excluidas del proceso favoreciendo procesos de objetivación disciplinar.

Se promueven así, dispositivos de cuidado ambulatorios que impulsen y fortalezcan el empoderamiento, la autonomía y el soporte mutuo como lugares privilegiados para la subjetivación.

Situación Actual en Argentina

La ley Nacional de Salud mental N 26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre de 2010 fue reglamentada recién en el año 2013. En cumplimiento con la medida prevista en el artículo 35 de dicha ley, durante los años 2018 y 2019 se realizó el primer Censo Nacional de personas internadas por motivos de salud mental. Esto demuestra la lentitud con la cual se está transitando su implementación, pese a que la Organización Panamericana de la Salud estableció el año 2020 como fecha límite para el cierre de los manicomios. La proximidad de la fecha propuesta, evidencia la gravedad de la situación. Dado que la vulneración de derechos es cotidiana al interior de los monovalentes, se indicó la urgencia de que los cambios sean inmediatos.

Los datos recabados por el censo demuestran que 12.035 personas se encuentran aún privadas de libertad dentro de estas instituciones totales. Sólo el 28,5% de las personas firmaron consentimiento informado. El 36,4% de ellas se encuentran recluidas por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Esto muestra como la noción de peligrosidad sigue plenamente vigente en los discursos sociales y políticos. Como consecuencia las personas internadas con motivo de salud mental siguen siendo presas de prácticas discriminatorias que repercuten en su abordaje.

Se censaron 162 instituciones, de las cuales 41 pertenecen al sector público. Si bien la mayoría de las instituciones son del sector privado (75%), en cuanto a la totalidad de personas internadas se observó una distribución homogénea entre ambos sectores.

En una entrevista realizado en julio de este año a la revista digital Nodal, el secretario de la Defensoría Civil de Moreno, y ex trabajador de la Dirección Nacional de Salud Mental, Javier Frías(2020), sostiene:

9

Pasaron 10 años de la Ley de Salud Mental N° 26.657 y todos los manicomios siguen en pie, con avances y retrocesos, pero en pie. También, paralelamente han surgido muchas hermosas experiencias en todo el país que dan mucha esperanza. La Ley también ha podido garantizar ciertos espacios de institucionalidad que son una potencia para la implementación de las políticas en Salud Mental. El trabajo del Órgano de revisión Nacional, el Consejo Consultivo Honorario, la CoNISMA, los espacios cada vez más necesarios de usuarios y familiares. En fin, hay mucho transcurrido y se requiere mucho más para que Argentina sea un país sin manicomios. (Nodal, 2020, Párr. 8)

Los avances en pos de una desmanicomialización son innegables tanto en materia legal como en la toma de conciencia social. La participación activa de las organizaciones sociales tiene un rol principal en cuanto a la generación de conciencia social respecto a la necesidad de erradicación de los manicomios.

La brecha se genera en el hecho de que las estructuras y las prácticas no han tenido la rapidez suficiente para internalizar lo que el Derecho ya garantiza. Pasados 10 años de la aprobación de la ley en el año 2010, los datos concretos demuestran que, si bien hubo grandes avances a nivel social, también hubo grandes resistencias a nivel político por parte de gobiernos que obstaculizaron el cumplimiento de dicha ley.

Los gobiernos de América Latina, que siguieron los lineamientos de instituciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Departamento del Tesoro de EEUU, llevaron a implementar programas de ajustes estructurales cuyo resultado fue -ente otros- el recorte del gasto público donde el sector más afectado fue el de la salud. Por otro lado, los informes establecen una peor situación nutricional de la infancia, mayor incidencia de enfermedades infecciosas y mayores tasas de mortalidad infantil y materna. De allí la importancia de que las personas se vean como portadoras de derechos y dejen de ver la enfermedad como mala suerte para interpretarla como injusticia. (Carpintero, E.,2019, párr 15)

Es importante destacar que a partir del año 2015 el país atravesó por una etapa en la cual el gobierno de turno, llevó a cabo una serie de medidas políticas de índole Neoliberal. Es en este período cuando la consecución del principal objetivo planteado por la mencionada ley, el cierre de los manicomios, fue fuertemente obstaculizado e intencionalmente distorsionado.

El discurso político se ha servido de la propuesta de cierre de los manicomios para encubrir una política de ajuste presupuestario, achicamiento de Estado y corrimiento del mismo de su rol de garante de derechos esenciales. Lo cual se tradujo en la realidad en desasistencia, precarización, y desmantelamiento de lo público alejando cada vez más el cumplimiento de los objetivos propuestos por la ley. Retomando los datos del censo mencionados, es en el sector público en el cual se encuentra alojada la mayor parte de las personas internadas por motivos de salud mental. Es decir, es justamente en lo público en donde más debiera garantizarse el acceso a este derecho esencial para la mayoría de la población.

Es importante recordar, además, que la ley a la que hacemos referencia,

intentó ser derogada por decreto en el año 2017 por parte del mismo gobierno. Fue la sociedad civil quien se levantó en su defensa; Las universidades, los equipos de atención, las organizaciones de Derechos Humanos solicitando el apoyo de toda la comunidad. Esto demostró públicamente el camino que el país se encuentra transitando, otro momento histórico en el cual, la salud aparece como un Derecho irrenunciable.

Más allá de las deudas con respecto a su implementación esta ley promueve herramientas muy importantes. Sigue siendo un avance muy significativo en aspectos sociales y una herramienta fundamental de exigibilidad de derechos y transformaciones palpables a nivel social.

Cabe destacar, que la problemática central de la LNSM: las personas en internación, apareció nuevamente en escena con lo que se hizo emergente en este

10

período. A raíz de la pandemia Covid-19 en el territorio Nacional Argentino se dispuso por decreto reglamentario el aislamiento social preventivo obligatorio. La población en su conjunto se vio interpelada por una restricción a la circulación como medida preventiva para preservar su salud. Esto dio lugar a cierto paralelismo con las internaciones involuntarias de los pacientes de salud mental y el cuestionamiento de su papel benéfico como tratamiento. Así como resaltó la necesidad de un abordaje comunitario y en proximidad al hogar de los pacientes que preserve su red de contención vincular.

Todas las instituciones totales cárceles, geriátricos, instituciones psiquiátricas quedaron en la mira como espacios de alto riesgo de contagio de Covid. Esto motivó altas que se fueron haciendo para descomprimir instituciones y que ante el riesgo de contagio se pensarán estructuras de atención ambulatorias, internación domiciliaria que no se habían pensado previamente.

Las personas institucionalizadas se encontraron en una situación especial de aislamiento sobre condiciones ya existentes de encierro y exclusión. Es importante subrayar, que a diferencia del aislamiento obligatorio el encierro hospitalario implica una restricción de libertad que no consiste únicamente en una limitación ambulatoria.

La lógica manicomial se configura como un sistema opresor más amplio, con múltiples aristas que no se termina con el cierre de los manicomios. Abarca entramados políticos, económicos y discursivos que atraviesan al conjunto de la sociedad.

Manicomialización, efectos subjetivos y socioculturales

En Argentina, Fernando Ulloa Médico Psicoanalista, fue uno de los principales referentes y pioneros del trabajo en Salud Mental en instituciones públicas. El mismo, forma parte del grupo de analistas institucionales que, a partir de una profunda crítica al Modelo Psiquiátrico, gestaron desde la práctica otro modo de abordaje en los años 60".

Extendiendo la práctica Psicoanalítica a las instituciones, comunidades terapéuticas y centros educativos, configuró un estilo crítico, forjado a través de diversas experiencias sociales, personales y de oficio. Puntualmente trabajó con personas que presentaban traumas y daño psíquico como consecuencia de los hechos acontecidos durante el Terrorismo de Estado.

En un contexto internacional de disconformidad con el sistema capitalista y de fuertes cuestionamientos al conjunto de las instituciones, se empezó a reflexionar sobre otras posibilidades a las establecidas. En esta época de ruptura y apertura, los manicomios comenzaron a ser vistos como lugares de opresión y de sufrimiento.

Empezaron así a surgir una serie de experiencias pilotos de comunidades terapéuticas a lo largo del país en donde desde una perspectiva de derechos se trabajaba rescatando la dignidad de las personas.

Este movimiento fue el que permitió sentar las bases para el cuestionamiento de las categorías de salud y enfermedad propiciadas por el paradigma hegemónico y abrió paso al surgimiento de modos alternativos de atender a los padecimientos mentales. Si bien fueron interrumpidas por la dictadura cívico militar, estas experiencias dejaron asentado un antecedente significativo en las prácticas de salud mental basadas en la perspectiva de los Derechos Humanos.

Sin embargo, aunque haya claras evidencias de que en el interior de los monovalentes el abordaje se caracteriza por la violencia, el silenciamiento, los malos tratos y las condiciones indignas, el dispositivo manicomial domina aun hoy las intervenciones en salud mental.

Refiero fundamentalmente a que las instituciones de salud mental tienen todavía en su núcleo el modelo asilar-manicomial (no referido exclusivamente al establecimiento sino a la lógica en que se funda), que potencia permanentemente las tendencias más marcadas a la objetivación. (...) Si la dignidad, sustento básico de los derechos, consiste

11

en que el otro no sea colocado en el lugar de objeto, de medio o de mercancía; este modelo de práctica configura violación básica de derechos. (Stolkiner A., 2011, p.13)

El conjunto de estas prácticas va degradando cada una de las funciones subjetivas hasta llegar a la anulación misma de los individuos como personas. Van perdiendo su identidad hasta transformarse en un mero objeto de tutela carente de todo derecho.

Dos conceptos claves tanto en la teoría como en la práctica de Fernando Ulloa son los de Buen trato y Miramiento. El psicoanalista sostenía que solo desde la ternura es posible crear subjetividad. La presencia de un otro, que a partir de un vínculo amoroso de cuenta de la existencia del sujeto.

Escuchar al otro desde un vínculo amoroso que rescate lo más propiamente humano era a su criterio la única posibilidad de captar algo del sufrimiento del otro y entender su realidad psíquica. Es a partir del buen trato, que se va tejiendo la dimensión del diálogo para instalar un dispositivo que logre hospedar de la mejor manera a quien necesita ayuda.

El concepto de miramiento, hace referencia a una postura ética en la cual siempre se debiera tener en cuenta que el sujeto es otro distinto y no una extensión de uno mismo. Fundamentalmente es un otro único e irrepetible, al que se liga haciendo vínculo.

Siguiendo los trabajos de dicho autor sobre los dispositivos culturales de ternura y crueldad abordados desde una perspectiva social, sostiene que la institución de la ternura es la Institución más antigua de la humanidad. Es la ternura, la que posibilita el pasaje de la animalidad a la humanidad y es reeditado en cada cachorro humano. Es el primer elemento que hace del sujeto un sujeto social, cuyos suministros se imprimen en él, trasmitiéndole la cultura y convirtiéndolo en un sujeto ético.

Mediante la empatía, la madre (o quien cumpla su función) descubre lo que necesita el bebé: abrigo, alimento y principalmente buen trato. Estos son los elementos que componen a la ternura y vienen a aliviar los malestares propios de la vida humana.

De buen trato proviene "tratamiento", en el sentido de "cura", esto por contraste nos lleva a entender más la mortificación, sobre todo cuando nos enfrentamos con una de sus formas terminales, que es paradigma de maltrato y máxima patología de tratamientos cuando organizan el manicomio, no necesariamente limitado a la

institución hospitalaria. (Ulloa, F, 1995, p. 241)

Lo manicomial es pensado para dicho autor, como una lógica que trasciende al manicomio. La cultura de la mortificación se configura como una producción cultural, una matriz de sufrimiento social contemporáneo. Este malestar hecho cultura, se cristaliza y es muy evidente dentro de la estructura manicomial. No obstante, excede a estos establecimientos y se la puede encontrar en cualquier institución, hasta en la familia.

Entre los principales postulados teóricos de Ulloa, se encuentra la categoría de Encerrona trágica. Ésta construcción, fue utilizada por dicho autor para dar cuenta de una condición con que se encontraba en los episodios traumáticos de las personas con las que trabajaba.

“La tragedia así concebida es una situación de dos lugares, opresor-oprimido, sin tercero de apelación. Esta falta absoluta de una instancia para apelar, tal como ocurre en el terrorismo de estado, da a la situación el carácter de encerrona concreta y psicológica.” (Ulloa, F, 1995, p.133).

El paradigma de la encerrona trágica es la mesa de tortura. Se presenta como una situación sin salida, en donde los oprimidos soportan pasiva y silenciosamente el maltrato por quienes debieran cuidarlos sin vislumbrar una salida. Pero esto, no se limita a la instancia misma de la tortura, sino que se instala toda vez que se configura esta

12

una situación siniestra, que da lugar a un proceso de resignación, silenciamiento y naturalización del padecer, sin ningún espacio simbólico, lúdico para la creación de inteligencia y pensamiento crítico.

Esta situación se naturaliza y genera un fenómeno que denominó Mortificación. Categoría elaborada para describir procesos vivenciados por amplios sectores y que incluye características específicas.

Retomando los postulados de Freud en el Malestar en la cultura, quien sitúa un malestar inherente a la renuncia pulsional propia de toda civilización, Ulloa sostiene que la mortificación al hacerse cultura se transforma en un malestar hecho cultura.

Ubica así, la mortificación no solamente en esa renuncia pulsional propia de toda civilización. Sino, como un plus de malestar, un exceso que se genera ante estas circunstancias especiales en las que alguien depende de algo o alguien que lo maltrata sin posibilidad de un tercero de apelación.

Le asigno al término “Mortificación”, más que el obvio valor que lo liga a morir el de mortecino, por falta de fuerza, apagado, sin viveza, en relación con un cuerpo agobiado por la astenia cercano al viejo cuadro clínico de la neurastenia, incluido el valor popular de este último término como malhumor. (Ulloa, F., 1995, p.239)

Mortificación refiere así una serie de indicadores como fatiga crónica, cansancio sostenido, desaparición de valentía, resignación acobardada, merma de la inteligencia, entre otros. Una vez instalada el individuo se encuentra coartado al borde de la supresión como individuo pensante, pues desaparece todo accionar crítico.

La manicomialización entonces, es entendida como la estación terminal de la mortificación, una situación naturalizada de resignación. Tanto en su forma clínica terminal; como en sus formas más leves que le preceden; conforman el paradigma opuesto al de la ternura. En esta articulación, como proceso central en la lógica manicomial, se genera una dinámica en la cual la locura genera reacciones de maltrato y el maltrato a su vez aumenta el sufrimiento de la locura.

Al anular la singularidad clínica de los sujetos mediante nosografías diagnósticas que se pierden en la generalidad de una etiqueta, fácilmente se puede deslizar al maltrato, comenzando por desconocer el sentido que pueden tener los síntomas.

Siguiendo los postulados de dicho autor, el “síndrome del padecimiento” consiste en esta resignación frente al sufrimiento por parte de los sujetos y las comunidades. Situaciones en las cuales el cuerpo se desadueña, se pierde valentía, lucidez y los hechos que se padecen se terminan naturalizando.

Un paradigma del síndrome de padecimiento es la cultura de la mortificación, que abarca grandes sectores donde la queja no se eleva a protesta y las infracciones sustituyen a la transgresión. La transgresión que se juega a cara o cruz, puede fundar una teoría revulsiva o revolucionaria, una ruptura epistemológica. En estos términos bosqueja una clínica de la salud mental, como lograr que alguien salga de la resignación que genera padecimiento para pasar a la pasión de la lucha. (Ulloa, F., 2007, párr. 3)

En una institución, en donde el maltrato se institucionaliza y la cultura de la mortificación se instala, se produce una cristalización de lo instituido que obstaculiza todo accionar. Por lo cual la clínica en Salud Mental a su criterio buscaría recuperar esta capacidad de reflexión crítica que posibilite la emergencia del sujeto y abra paso a una transformación.

Poder pensar esa lógica por fuera de estos establecimientos, conlleva a pensar que el cierre de los manicomios no es garantía de la erradicación de lo Manicomial como lógica. Se requiere de un trabajo más profundo de elaboración crítica permanente sobre los postulados teóricos y prácticos que sostienen los abordajes en el campo psi.

Lo Manicomial se reproduce no sólo dentro de los hospitales monovalentes. Más bien, se configura en un conjunto de prácticas que delinear una lógica particular en la

13

cual los sujetos son degradados a la condición de objeto. Borrando así todo tipo de derecho, especialmente el derecho a elegir y con ello la posibilidad de ser.

Atravesamientos de la lógica manicomial en el campo Psi

La mercantilización de la salud y los intereses económicos de la industria farmacológica y aseguradoras de salud mental son muchas veces el motor de procesos de medicalización y psicopatologización. Estos procesos, propician un retroceso en cuanto al modo de entender los sujetos en sus condiciones socio culturales y a la salud mental constituida por múltiples aristas.

En el contexto de la Pandemia tuvo particular realce un debate que se encuentra en el centro de las prácticas de Salud Mental: la tendencia a psicopatologizar los sufrimientos psíquicos que se producen dentro de un contexto particular y por ello deben ser entendidos y abordados en tanto tal. En el contexto actual, se llegó a anunciar una suerte de epidemia de trastornos mentales ante las respuestas adaptativas que se desprenden lógicamente de las condiciones de aislamiento. Este mismo proceso es el que se repite y se traslada a cada instancia de la vida cotidiana ampliando el radio de medicalización.

Se está produciendo una regresión hacia el antiguo positivismo médico psiquiátrico, que hemos revisado, y que se expresa en la utilización masiva de psicofármacos para

todo tipo de malestares psíquicos. Es decir, han crecido sin duda los malestares psíquicos y sus formas de expresión y conjuntamente con ellas ha crecido la oferta de una “solución” farmacológica para los mismos. (Galende, E, 2008, p.204)

La expansión del mercado farmacológico va acompañada de un discurso neo biologicista que reduce la complejidad de los procesos de salud y enfermedad a una sola de sus dimensiones: la individual biológica. Este reduccionismo desconoce las condiciones de producción que intervienen en el proceso salud-enfermedad, a la vez que omite toda reflexión sobre el sentido que para el sujeto tiene esa vivencia de sufrimiento.

Se va construyendo un discurso de contenidos políticos que transforman en patologías una serie de reacciones de sufrimiento propias de la experiencia vivida que deben ser entendidas contemplando los determinantes socioculturales propios de su emergencia.

De esta manera se determina el modo de tratarlos y quien está autorizado a hacerlo. Son las mismas industrias farmacológicas que resultan beneficiadas económicamente con estos movimientos, las que financian los estudios que legitiman la creación de nuevas enfermedades y sus respectivos medicamentos para tratarlos.

El paradigma Hegemónico de la psiquiatría continúa imponiendo reduccionismos en el abordaje de la Salud Mental. Es por eso que el campo de las prácticas psi, debe entenderse como un terreno de disputa en donde los distintos actores ponen sus voces para defender distintas formas de nominación y producción de sentidos. Es decir que hegemonía no se caracteriza por lo estático, sino más bien por presentarse como una arena de conflicto.

Alicia Stolkiner (2013) refiere que esta hegemonía se impregna a nivel del discurso, produciendo el proceso que denomina Medicalización de las prácticas discursivas.

Sucede que el proceso de medicalización es el modo en que se manifiesta en este campo el antagonismo central de nuestra época, la tensión indialectizable entre la tendencia hegemónica a la objetivación y la tendencia a la subjetivación, esta última sostenida por actores y sujetos que desarrollan prácticas de ampliación de derechos, que ponen en escena lo irreductible de la vida (p.10).

14

La medicalización de las prácticas discursivas, que se desprende del paradigma psiquiátrico, impone y legitima modos únicos de interpretar las realidades. El campo de Salud Mental se encuentra así atravesado por una tensión irreductible entre la tendencia hegemónica a la objetivación y la tendencia a la subjetivación sostenida por los actores defensores de los derechos humanos. Si bien desde la perspectiva de los Derechos Humanos se intenta empoderar a los usuarios, también existe una constante puja por obtener la medicalización de una pluralidad de situaciones que culminan objetivando a los sujetos..

En la actualidad se plantea la utopía de vivir con “malestar cero” extendiendo así los procesos de normalización-patologización a una serie de procesos que forman parte de las vicisitudes de la vida y pasan a ser considerados bajo esta forma biomédicas como suprimibles médicamente al ser incorporados a una patología. En un segundo movimiento, todo dolor o malestar de una persona que ha sido encuadrada en una categoría psicopatológica queda subsumido a ello y termina definiendo algo del orden del ser. (Stolkiner, A. 2013, p.17)

Sirviéndose de este discurso, ya no se recurre a la medicina solo ante una

enfermedad sino para mejorar la calidad de vida, incorporando el consumo de fármacos a la cotidianidad del estilo de vida. Por lo cual resalta la importancia de una práctica de salud integral donde se rescate la singularidad subjetiva, histórica y social de los usuarios como sujetos de derechos.

Las concepciones planteadas por la Psicóloga Norma Cristina Romano, resultan pertinentes al hilo de esta reflexión, por lo cual se recogeran ciertos postulados. La autora mencionada, sostiene que las instituciones son con frecuencia el emergente de discursos hegemónicos y escenarios de luchas corporativas ajenas a las discusiones Clínicas. (Romano, N., 2012). Desde este punto de vista, el orden ético consistiría en tener en cuenta las particularidades del campo socio-histórico presente en la estructuración institucional y subjetiva, y en no desconocer la dignidad de las personas que piden ayuda.

Por ejemplo, es frecuente en el campo de la Salud Mental la propensión a la psiquiatrización, esto es, al empuje directo a un auxilio psiquiátrico, que más que estimular el decir, generalmente lo obtura. Sin duda hoy en día hay consenso en torno a que la medicación es muchas veces imprescindible y posibilitadora de que alguien hable o de que alguien no desborde hacia un pasaje al acto, por ejemplo. Pero si no se propone un dispositivo que dé lugar a la palabra y a la escucha, la situación puede derivar en la psiquiatrización. Esto es: fijar a una persona en un tratamiento sólo medicamentoso de su problema, bloqueando la fuente de enunciación y la implicación del sujeto en su sistema de lenguaje, borrando con ello las coordenadas témporo-espaciales fundantes. Y de allí se pasa muchas veces a la institucionalización, que puede significar un encierro en la intemperie, si podemos expresarnos así para transmitir lo que puede ser la experiencia extrema de estar fuera de discurso. (Romano, N., 2012, p.177)

Las instituciones no son ingenuas a los intereses que responden. Al operar como obstáculo en la construcción de la singularidad de los sujetos impiden que estos puedan socializar dignamente y siguen el camino inverso a los lineamientos propuestos en la legislación vigente.

Las políticas de Salud mental centradas en la perspectiva de derechos y basadas en la integralidad de las prácticas se han propuesto la modificación de las lógicas manicomiales, La LNSM se constituye como marco legitimador e instrumento de defensa de las prácticas comunitarias dirigiendo la atención de los padecimientos mentales a un abordaje ambulatorio.

El discurso biomédico que sostiene aún hoy la lógica manicomial, ha reducido la complejidad de los padecimientos subjetivos a nosografías estancas, confinando a los portadores de dichas "patologías" a tratamientos sostenidos en el encierro y el

15

aislamiento. Según esta lógica, el adentro y el afuera institucional representan dos espacios que deberían permanecer acéticamente separados. Consecuentemente, el trabajo comunitario desde estas instituciones carecería de sentido. (Bang, C., 2013, p.28)

Para reforzar lo colectivo no basta salir por fuera de la muralidad física de las instituciones, se requiere apostar al desmontaje de lo manicomial a través de la construcción de una lógica sustitutiva que Incluya la dimensión subjetiva y la trama vincular en los procesos de salud.

Dispositivos sustitutos a la lógica Manicomial: entre subjetivación y potencia

Los sectores sociales hegemónicos que cuentan con el poder y los medios necesarios, tienden a imponer su discurso en el cual se cruzan saber y poder,

convirtiéndose en la única forma permitida de interpretar la realidad. Al determinar los parámetros de normalidad de forma unívoca, muchos colectivos de personas quedan por fuera de éstos, molestando, y recibiendo el mote de enfermedad.

Los dispositivos en el campo de salud Mental han definido determinados modos de producción de subjetividad. Una de ellas es la producción de subjetividad alienada, aislada y maltratada por no encajar con lo considerada normal en la sociedad de su tiempo.

Se han construido muchos edificios para recluir, controlar y protegerse de las personas con padecimiento mental consideradas peligrosas.

Aquellas personas que sufrieron internaciones prolongadas aparecen con una subjetividad vaciada por un sistema que desintegra sus lazos afectivos, que sobremedica y anula la creatividad. Han sufrido la estigmatización a causa de diagnósticos que los sitúan como enfermos eliminando posibilidades de desarrollo y potencias subjetivas.

En tiempos de apertura democrática se dio a conocer la realidad cruenta que se vive al interior de los hospicios. Ante la imperiosa necesidad de suplantar este modelo por uno distinto numerosos profesionales han concentrado sus esfuerzos en la implementación de un modelo sustitutivo. En este sentido, han surgido una serie de Dispositivos Sustitutivos a la lógica Manicomial que vienen a romper con la objetivación disciplinaria de los usuarios.

En una entrevista publicada en la revista *Ornicar*, N° 10, en julio de 1977 y retomada en su libro *Saber y verdad* de 1985, ante la pregunta por el sentido del concepto "Dispositivo" Michel Foucault nos dice:

Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. En segundo lugar, lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. Así pues, ese discurso puede aparecer bien como programa de una institución, bien por el contrario, como un elemento que permite justificar y ocultar una práctica, darle acceso a un campo nuevo de racionalidad. Resumiendo, entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes. En tercer lugar, por dispositivo entiendo una especie -digamos- de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante. (p.127 y ss)

El término Dispositivo hace hincapié al acontecimiento, algo que incide y genera efectos subjetivos. Se constituye como un conjunto de enunciados, discursos, prácticas, instituciones modos de ser y estar en el mundo,

16

En el sentido Foucaultiano del término, destaca su poder transformador y estratégico en el entramado social. Un dispositivo es aquello que produce subjetividad, esa red que se teje entre distintos elementos heterogéneos.

Desde esta perspectiva, se aborda la salud mental desde la potencia, pensando a los sujetos como seres activos, con capacidad de crear y transformarse.

El arte como alternativa en la emergencia del Sujeto

Los dispositivos sustitutos a la lógica manicomial desarrollan una forma distinta de acercamiento a los sujetos con sufrimiento subjetivo. Constituyen espacios privilegiados para pensar el abordaje de la salud mental y la creación de lazos, cuyas bases discursivas e ideológicas son afines a los cambios paradigmáticos que se vienen gestando desde la última parte del siglo XX.

Se configuran como espacios de subjetivación en donde alojar y escuchar la voz del sujeto. Desde esta lógica se busca facilitar las vías para la libre expresión de los sujetos con todas las herramientas posibles devolviéndoles así el protagonismo al permitirles manifestarse y expresarse.

El Arte aparece en estos dispositivos como una herramienta privilegiada para la libre expresividad y de desarrollo de la creatividad. Es aquella herramienta que permite el despliegue de un lenguaje que no se circunscribe a la palabra, sino que amplía y habilita líneas de fuga creativas, conectando desde lo humano.

Al conectar con otros en el proceso creativo se logra colectivizar algo del malestar individual, abriendo la posibilidad a una transformación dialéctica, a partir de los movimientos internos que se van produciendo.

La creatividad como proceso subjetivo complejo es un recurso humano prácticamente inagotable. Se constituye en herramienta transformadora, liberadora y subjetivante. La creatividad es una potencia que tenemos en muchos aspectos dormida, por ello es importante el ejercicio que permite ponerla en marcha. (Bang, C, 2013, p. 116)

El sujeto en este proceso creativo va transformándose, recuperando su capacidad de simbolización y conectándose con su dolor desde otro lugar. Esto le permite plasmar algo de ese malestar fuera de sí, haciéndolo visible al mundo exterior.

Al mismo tiempo, se van tejiendo entramados afectivos, generando redes de contención en un reconocimiento mutuo, a partir de la escucha y la mirada de un otro que sostiene.

Una reacción de particular relevancia en los contextos del arte es la empatía. Cuando un sujeto se comunica o expresa su sentir, genera efectos también en otros. Fernando Ulloa conceptualiza desde una perspectiva psicológica y social el concepto de "Resonancia íntima". En su labor con numerosas personas, descubrió que al nombrar la angustia del otro uno se identifica con el dolor, hace lazo y colectiviza su angustia.

Si logramos nombrar con cierta justeza el matiz emocional de quien nos demanda, posiblemente los efectos han de reflejarse en un diálogo que empieza a adquirir un animoso entendimiento mutuo. Que no existía de entrada; avanza entonces la impresión de algo distinto y auspicioso que comienza a suceder. (Ulloa, F., 1995, p. 238)

Algo del otro resuena en uno mismo, se produce una conexión con el malestar del otro, logrando un registro. Nombrar el matiz del afecto genera efectos en las subjetividades. Algo del otro hace que uno pueda reconocerse e investir ese decir desde el interés, dando lugar a la resonancia.

La libre expresividad a través del arte facilita decir, cualquiera sea el lenguaje utilizado, se producen despertares ante el decir del otro que produce cambios internos al investir colectivamente ese pesar.

Ulloa llamaba “actos de habla” a la escena en la cual las palabras se tornaban con un peso mayor debido a la mirada en conjunto y daba lugar al surgimiento de lo nuevo.

Se trata de algo que Freud mencionó como “Memoria perlaborativa”. El prefijo remite a aquello que se extiende en el tiempo, perdura, pervive. Es una memoria que estaba perdida hasta que algo la vuelve a hacer presente, “a propósito de”. En la numerosidad social, el efecto per estimula a que lo reprimido, en forma de ocurrencia, surja y entonces empieza el pensamiento crítico: empiezan a debatirse esas cosas que todos veían cada día sin advertirlo. (Ulloa, F. 2007, p.1)

El arte a modo de metáfora expresiva, favorece procesos de movilización y plasmación de emociones que permanecían quietas y silenciadas. La creatividad puesta en juego da lugar a un proceso en el cual a partir de un sufrimiento propio de la historia del sujeto surge algo nuevo, distinto. La libre expresividad favorece así la creación de una realidad en la cual el sufrimiento tenga un lugar donde alojarse.

Los malestares pueden plasmarse de distintas maneras utilizando los diferentes lenguajes del arte y su camino libre a la simbolización. Materializando y externalizando el dolor se van trasmutando a sí mismos, evocando vivencias y emociones que quedaban ocultas sin interrogación alguna bajo la categoría de enfermedad.

El Arte contra la lógica manicomial, posibilita además la recuperación del contacto con el afuera. El sufrimiento mental es abordado de manera inclusiva y social promoviendo la desestigmatización de las personas con sufrimiento subjetivo.

La locura estuvo recluida y marginada en las instituciones asilares durante mucho tiempo, con lo cual ganar visibilidad en la sociedad que se habita al mostrar lo que se hace permite ir deconstruyendo algo de ese imaginario que todavía impregna el campo social.

El arte posiciona a todos por igual y permite el reconocimiento de la diferencia sin necesidad de anularla. Al reconocer la riqueza en la heterogeneidad, se habilita al otro en tanto tal, en su singularidad subjetiva.

La inclusión de procesos de creación colectiva en prácticas comunitarias de salud permite a sus integrantes abandonar el lugar de individuos aislados, cuya posibilidad más cercana de satisfacción de necesidades vinculares y afectivas está mediatizada por el consumo, como ocurre cada vez más en los centros urbanos. (Bang, C, 2013, p. 116)

La construcción de la subjetividad es a través de lo colectivo. El hacer conjunto como proceso, aloja y habilita el poder ser y estar presente junto a otros. Al mismo tiempo. se genera una interpelación a las significaciones sociales de peligrosidad o irracionalidad que recaen sobre la locura, favoreciendo que éstas se vayan desdibujando.

Significaciones imaginarias: un nuevo lugar social para lo diferente

A partir del primer tratado de nosografía psiquiátrica presentada por Pinel en 1802, surgieron numerosos tratados destinados a detectar, clasificar y encasillar a las personas en diagnósticos estancos que desplazan la singularidad clínica de los sujetos. Así, fueron cosificados y escondidos bajo la etiqueta de enfermo mental,

Las connotaciones que se desprendían de conceptos tales como enfermedad mental o locura llevaron a procesos de estigmatización generando actitudes sociales negativas de rechazo y discriminación.

Al desarrollar estrategias de participación en donde las personas con

sufrimiento mental recuperen visibilidad en el espacio social se contribuye a la formación de un

18

nuevo imaginario social donde el sufrimiento mental ya no se esté excluido de la sociedad.

Paulo Amarante (2016), principal referente de la reforma brasilera en Salud mental postula la necesidad de un cambio en las relaciones sociales con las personas que se llaman “Locas” aduciendo que la situación más importante a cambiar es la forma en que la gente piensa y lidia con lo diferente.

La idea de la enfermedad entre paréntesis puede ser entendida como 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 que, en este caso, es la experiencia vivida por los sujetos. De esta forma, la enfermedad entre paréntesis no significa la negación de la existencia de la enfermedad, en otras palabras, no significa el rechazo de aceptar que exista una experiencia que pueda producir dolor, sufrimiento, diferencia o malestar; es la negación de la experiencia que la psiquiatría, por convención, denominó enfermedad mental. La estrategia de poner la enfermedad entre paréntesis representa, al mismo tiempo, una ruptura con el modelo teórico conceptual de la psiquiatría, que adoptó el modelo de las ciencias naturales para conocer la subjetividad y terminó por objetivar y cosificar el sujeto y la experiencia humana. (p.36)

Visibilizar la presencia de un sujeto que sufre, en su experiencia singular y única, evitaría el libre acceso de los procesos de psicopatologización que obturan un sufrimiento propio de lo humano, y transforman a los problemas concretos de la existencia en etiquetas diagnósticas.

La atención debiera pensarse entonces como lugar de alojamiento y cuidado, en donde se restituyan los lazos sociales de las personas y su autonomía para la vida en sociedad. Ampliando el campo de la salud mental e incluyendo nuevos actores que den cuenta de las múltiples dimensiones de los sujetos.

El psiquiatra, sostiene que el cambio en la sociedad se trabaja en dos niveles. Uno a nivel del discurso, conceptos y concepciones; empezando por dejar de referirse a la locura como ligada a lo peligroso o irracional. Y, por otro lado, en la inclusión de los pacientes en actividades y proyectos sociales y culturales, como por ejemplo grupos artísticos. Esto va cambiando las concepciones de cómo estar en el mundo y de cómo asumir lo que pasa en él.

La dimensión sociocultural es, por lo tanto, una dimensión estratégica, y una de las más creativas y reconocidas en los ámbitos nacional e internacional dentro del proceso brasileño de reforma psiquiátrica. Uno de los principios fundamentales adoptados en esta dimensión es el compromiso que la sociedad tomó al involucrarse en la discusión sobre la reforma psiquiátrica con el objetivo de provocar al imaginario social y reflexionar sobre la temática de la locura, de la enfermedad mental, de los hospitales psiquiátricos, a partir de la propia producción cultural y artística de los actores sociales (usuarios, familiares, técnicos, voluntarios). (Amarante, P., 2016, p.39)

El proceso de desmontaje de la lógica manicomial sólo es posible en la medida que se construya una lógica sustitutiva capaz de interpelar los prejuicios que derivan del modelo paternalista y tutelar. En este sentido es fundamental la existencia de dispositivos ubicados en el espacio social que amplíen alianzas con la sociedad, articulando los recursos existentes y ampliando sus vínculos con el exterior.

Se requieren espacios de cuidado y contención donde prime la dignidad

humana y se promuevan procesos de subjetivación y empoderamiento. Formar una red de contención en pos de la emancipación de los sujetos con el objetivo de construir su autonomía e independencia.

En cuanto a los profesionales de la Salud Mental, resulta imperioso adoptar una postura crítica como ejercicio cotidiano. que cuestione los sesgos de este modelo que

19

continúa operando tanto a nivel discursivo como práctico y siguen reproduciendo esta lógica.

Para producir cambios reales es fundamental la participación social y política de todos los actores involucrados. Se trata de un desmontaje y no un perfeccionamiento de la lógica manicomial. Una lógica sustitutiva debiera suplantar definitivamente y no convivir silenciosamente como alternativa.

Conclusión

A lo largo de este escrito se intentó dar cuenta cómo las concepciones en torno a la locura y su modo de abordaje fueron transformándose desde una perspectiva basada en lógicas de segregación para dar apertura de la salud mental como un

derecho.

La ley Nacional de Salud Mental N 26.657, con su espíritu desmanicomializante viene a proponer una lógica sustitutiva que brega por recuperar la dignidad y el protagonismo de los usuarios mediante la atención basada en una red asistencial comunitaria.

Pasados 10 años de la aprobación de la ley, el objetivo central previsto para el corriente año en Argentina no pudo alcanzarse en forma definitiva y el núcleo duro de la lógica manicomial aún sigue en pie.

Los datos demuestran como 42 hospitales públicos monovalentes y muchos otros privados siguen en pie detentando la mayor parte presupuestaria destinada a Salud Mental y hegemonizando aún el campo.

Si bien a lo largo del territorio argentino se encuentran múltiples experiencias por parte de trabajadores y usuarios con intención sustitutiva, todavía no se ha logrado erradicar lo manicomial en cuanto lógica.

Los distintos modelos de gobierno que han transcurrido a lo largo de este tiempo han demostrado cómo sin una política nacional cuyo diseño e implementación estén basados en una perspectiva integral que priorice la erradicación del manicomio como eje central no es suficiente para superar el paradigma médico hegemónico.

En la etapa de gobierno Neoliberal que atravesó el país desde el año 2015, el discurso político se ha servido del cierre de los manicomios para encubrir una política de ajuste presupuestario, achicamiento de Estado y corrimiento del mismo de su rol de garante de derechos esenciales.

En este sentido no se puede desconocer el carácter político de la problemática. Para poder erradicar la lógica manicomial no basta con cerrar el manicomio si esto se traduce en desasistencia, precarización, y desmantelamiento de lo público en donde debiera garantizarse el acceso a este derecho esencial.

Este proceso de transformación paradigmática, debe ir acompañada de apertura, que dé lugar al armado de dispositivos en red de atención comunitaria en donde se trabaje a nivel social con los imaginarios propios de la lógica de segregación y encierro.

La lógica manicomial no se circunscribe a un espacio físico. Tiene que ver con lógicas implícitas en prácticas sociales de exclusión, de silenciamiento, medicalización. Es decir, prácticas de objetivación de los sujetos.

Lo sustitutivo consiste en un cambio de posición más amplio que incluye a usuarios, trabajadores y a toda la sociedad.

Frente a la avanzada del Neopositivismo médico que busca de la mano de la industria farmacológica, reubicar a la locura en el ámbito individual favoreciendo procesos de medicalización y patologización que renuevan las lógicas objetivantes; la salud en cuanto derecho, se perfila como una potencia transformadora y generadora de lazos sociales.

Al incluir a los usuarios y a sus familias en proyectos colectivos que incluyan la creatividad y el arte como herramientas propias del hacer se recupera un lugar en el espacio social que se les fue negado por largo tiempo. Reforzando espacios de subjetivación donde se aloje y se favorezca la emergencia del sujeto en sus múltiples lenguajes creativos. Encontrando un lugar propio en el espacio público, alzando su voz de la mano con otros y haciéndose visibles.

El campo de Salud mental es un campo de lucha y de conflicto donde se mezclan intereses económicos e ideológicos. Si bien el marco legal implementó un cambio de paradigma asistimos a una convivencia paradigmática que aún hoy resiste ser sustituida.

desde una perspectiva de derechos, es necesario un ejercicio crítico constante que cuestione los modos tradicionales de abordar la SM y problematice las representaciones y significaciones que se esconden detrás de los discursos y las prácticas tanto en los trabajadores como en la comunidad.

Sin perder de vista la importancia de la presencia del Estado en la toma de decisiones que se plasmen en cambios reales en la vida de las personas con padecimientos mental.

Asistimos a la configuración de un nuevo marco y condiciones legales que favorecen otro escenario en salud mental. Conciernen a todos transformar el lugar social de la otredad en la sociedad y generar otro modo de tratar al semejante, esta vez, acogiendo las diferencias.

A lo largo de su historia, todas las sociedades crean determinadas interpretaciones sobre los hechos, personas y cosas. Todas buscan dar sentido a las cosas y sensaciones que ven, viven o temen. Estas interpretaciones y sentidos se transforman en representaciones colectivas, pues pasan a ser, por medio de un proceso natural, compartidas de una forma semejante por los componentes del grupo social. La psiquiatría contribuyó mucho a que la sociedad entendiera que “el loco es peligroso”, que “el lugar del loco es el hospicio”, que “el enfermo mental es irracional”, que “el enfermo mental...” ¿Usted se puso a pensar en cuántos prejuicios existen sobre las personas con problemas mentales? (Amarante, P., 2016, p.38)

Referencia bibliográfica

- Amarante, P. (2009). “*Superar el manicomio*”. Salud Mental y Atención Psicosocial.” 1°. C.A.B.A. Topia
- Bang, C. (2013), “Estrategias comunitarias en promoción de la salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas” en *Psicoperspectivas* 13 (2) 109. UBA Conicet. Recuperado en <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Bang, C. (2013) Estrategias comunitarias en (promoción de) salud mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Topia. N 69. p. 28. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/estrategias-comunitarias-promoci%C3%B3n-salud-mental-una-pr%C3%A1ctica-posible-abordaje> Barrera I. & Marangoni A. (2020) Argentina: Manicomios: un problema nacional. Revista Nodal: Noticias de América Latina y el Caribe Recuperado de: <https://www.nodal.am/2020/07/argentina-manicomios-un-problema-nacional/>
- Carpintero, E. (2019) El Derecho a la Salud tiene un límite en la desigualdad social. Editorial Revista Topia #87. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/derecho-salud-tiene-un-limite-desigualdad-social>
- Congreso Nacional Arg. Ley Nacional de Salud Mental n° 26657 Argentina Ministerio Nacional de Salud 2010.

Foucault, M. (1996) *La vida de los hombres infames*. Cap. 12. La evolución de la noción de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal. Buenos Aires. Altamira.

Foucault, M. (1985) *Saber y verdad*. Ediciones de la Piqueta. Madrid, España.

Galende E. (1997) *De un horizonte incierto*. Cap. 1 "La nueva configuración de Salud mental". Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires. Editorial Paidós.

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

Moreno, T. (2011) "Paciente, sujeto, usuario: dime cómo nombras y te diré quién eres. La palabra de la Ley y la constitución del campo de la Salud Mental" en *Actas de jornadas de investigación "La reflexión colectiva y la producción de conocimientos"*. Facultad de Psicología Rosario, Argentina.

Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. (2019) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: argentina.gob.ar/salud.

Romano, N. C. (2012). La clínica en las instituciones hoy: Entre la escisión del yo y estrategias de subjetivación. Rosario. UNR Facultad de Psicología. Secretaria de ciencia y tecnología.

Stolkiner, A. (2013) *Los sufrimientos: 10 psicoanalistas, 10 enfoques*. Cap. "Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental". Cap. "Medicalización, subjetividad y sufrimiento subjetivo, y algunas reflexiones sobre el Psicoanálisis". Psicolibros.

Stolkiner, A. (2012) Infancia y medicalización en la era de "la salud perfecta". Propuesta Educativa Número 37. Vol. 1. Recuperado de: http://propuestaeducativa.flacso.org.ar/wpcontent/uploads/2019/12/dossier_stolkiner.pdf

Ulloa, F. Página 12. Diálogos: "La ética del deseo debe balancearse con la ética del compromiso". 23 de abril de 2007. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-83921-2007-04-23.html> Ulloa, Fernando. *La novela clínica psicoanalítica-Historial de una práctica*. Primera parte. Cap.16 "La ternura como fundamento de los derechos humanos". Parte III: "Cultura de la mortificación y proceso de manicomialización" *Novela clínica psicoanalítica*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1995

Ulloa, Fernando. "Sociedad y crueldad" Art. *Psicología Educativa II*. Facultad de Psicología. U.N.R. 1999.