



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final.  
Desmanicomialización y Derechos Humanos.

Ensayo

Autora: Fink, Karina.

Legajo: F-5031/8

DNI: 35717171

Docente responsable: Santanocito, Gisela.

## **Índice**

Resumen y palabras claves.....	3
Introducción.....	4
Desarrollo.....	6
Conclusión.....	18
Referencias bibliográficas.....	21

## **Resumen**

El presente ensayo tiene como objetivo reflexionar sobre las lógicas que subyacen en los dispositivos sustitutivos/alternativos al manicomio, dirigidos a usuarios del servicio de Salud Mental en proceso de externación, a partir de la información relevada en la investigación *Cruzar el muro, desafíos y propuestas para la externación del manicomio* (CELS, 2015). Se parte de la noción de que el proceso de resubjetivación continúa luego del alta hospitalaria y de la salida de la institución, por lo que cobra especial importancia atender a las respuestas y las formas que toman los vínculos sociales en los dispositivos de externación, para que efectivamente tiendan a procesos desmanicomializantes, tal como se propone en la ley Nacional de Salud Mental. Este trabajo se sitúa desde una perspectiva epistemológica crítica que cuestiona la psiquiatría clásica en la comprensión de la Salud Mental. En este marco, se desarrollan los ejes salud y vivienda, como derechos necesarios para la construcción de políticas públicas en Salud Mental con perspectiva integral y de derechos humanos. A partir del recorrido realizado, se arriba al entendimiento de que no es posible disolver la lógica manicomial de manera inmediata y que no se acaba con el cierre del manicomio. En el camino de sustitución del manicomio, se plantea la coexistencia de lógicas manicomiales y prácticas alternativas en Salud Mental.

## **Palabras claves**

Desmanicomialización - Lógica manicomial - Salud Mental - Derechos Humanos

## Introducción

En el marco de la desmanicomialización, se proponen prácticas concretas con el fin de garantizar los derechos humanos de los usuarios y usuarias externados de servicios de Salud Mental. Galende (2008), en su libro *Psicoanálisis y Salud Mental*, investiga sobre la desmanicomialización institucional y subjetiva, donde plantea que la institucionalización tiene efectos duraderos en la persona, más allá de que esté viviendo fuera del hospital. “Entonces desinstitucionalizar es lograr estos cambios en la subjetividad que permitan que estas personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir fuera del hospital” (p. 10).

Es decir, la desmanicomialización no solo tiene que ver con un cambio epistemológico, sino que también, como marca Galende (2008), requiere cambios en los modos en que construimos el imaginario social. No hay posibilidades de desmanicomializar si la población y la sociedad en su conjunto no acompañan este proceso.

El presente ensayo abordará la temática de la desmanicomialización. Para ello, se historizarán las lógicas manicomiales y procesos de producción de prácticas alternativas. En este sentido, la ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) plantea que se deben garantizar los derechos humanos de los usuarios y usuarias de servicio de Salud Mental. A los fines de proteger estos derechos, decreta, en el capítulo 5, la creación de un Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 39: El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos. (p. 9)

En consonancia, con lo propuesto por la ley, surge la necesidad de pensar en dispositivos sustitutivos al encierro, que se constituyen en el marco de la externación de los usuarios y usuarias de hospitales monovalentes, con el fin de garantizar sus derechos. Aquí, surge la complejidad que conlleva la lógica manicomial, que se intenta sustituir. En referencia a esto, Carcovich (2017) dice que lo manicomial como

lógica emergente en las prácticas "(...) hace referencia a tres instancias que deben estar presentes para su persistencia: el juicio de peligrosidad, la necesidad de control y vigilancia de lo anormal y la idea de irreversibilidad y cronicidad del padecimiento psíquico" (p. 84). Resulta que, producto del largo tiempo que la sociedad convivió con el manicomio, dicha lógica sigue estando implícita o explícitamente en muchas de las respuestas que se dan con el fin de garantizar los derechos humanos, en el marco de la ley de Salud Mental, así como también en los dispositivos de externación.

A propósito de lo manicomial, Galende (2012) plantea que el proceso de resubjetivación continúa luego del alta hospitalaria y de la salida de la institución, por lo que cobra especial importancia atender a las respuestas y las formas que toman los vínculos sociales en los dispositivos de externación, para que efectivamente tiendan a la desinstitucionalización. Podemos pensar el proceso de resubjetivación como aquello que busca sobreponer las cuestiones subjetivas en pos de la recuperación de la identidad de estas personas.

En lo que respecta a la práctica del psicólogo, es fundamental en el trabajo interdisciplinario, ya que, como trabajadores de la Salud Mental, debemos garantizar que se escuche y se tenga en cuenta el sujeto. Aquí radica la diferencia de dejarlo en el lugar de paciente, de pasividad, o bien, darle un lugar activo, de usuario, salir de la respuesta asistencialista que se enmarca en las lógicas manicomiales, tal como propone la ley de Salud Mental. Entendiendo a la Salud Mental, como argumenta Galende (1990) en su libro *Psicoanálisis y salud mental*, como una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, tenemos en cuenta su historia y la dimensión conflictiva de la experiencia humana, se propone al sujeto la comprensión de su malestar psíquico y su participación en el proceso de atención.

En este sentido, el presente trabajo se propone como objetivo reflexionar sobre la lógica que subyace en los dispositivos sustitutos/alternativos al manicomio, dirigidos a usuarios de Salud Mental en proceso de externación, que se crean con el fin de garantizar el derecho a la salud y a la vivienda digna, desde una perspectiva de Salud Mental, enmarcada en la actual ley Nacional. Para ello, se tendrá en consideración la información relevada en la investigación *Cruzar el muro, desafíos y propuestas para la externación del manicomio* (2015) realizada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). A partir de lo expuesto, se intentará

responder el interrogante ¿cómo pensar dispositivos de externación sin continuar reproduciendo lógicas manicomiales?

## La lógica manicomial no se termina con el cierre de los manicomios

Para comenzar, se hace necesario reflexionar acerca del manicomio y de las lógicas que de este se desprenden.

El nombre de manicomio se lo debemos a Esquirol, que es un poco el padre de la psiquiatría moderna. Esquirol consideraba que casi la totalidad de los trastornos mentales eran formas de manía: de allí viene manicomios, el lugar donde se aloja la manía. (Galende 2008 p.400).

Resulta importante destacar cómo lo referido al manicomio obedece también a una construcción del discurso imperante de la época, donde prevalece un orden específico en torno al fenómeno de la locura, producto de una transformación sobre la mirada para entenderla como enfermedad mental. Es en este sentido, que Foucault (2005) plantea en su libro *El poder psiquiátrico* cómo se constituye la psiquiatría del siglo XIX, como construcción moderna. Hasta el siglo XVIII, decir que alguien era loco, atribuirle locura, siempre era decir que se engañaba. De esta manera, lo que caracterizaba a la locura era un sistema de creencias. En el siglo XIX, en cambio, lo que caracterizaba al loco era la insurrección de la fuerza, el hecho de que en él se desencadenaba cierta fuerza. Desde esta concepción de locura de la época, el poder psiquiátrico establece cierto orden, cierta disciplina, cierta regularidad aplicadas, incluso, en el interior mismo del cuerpo. Estos elementos son necesarios, según Foucault (2005), para dos cosas:

Por un lado, para la constitución misma del saber médico, pues, sin esa disciplina, sin ese orden, sin ese esquema prescriptivo de regularidades, no es posible hacer una observación exacta. La condición de la mirada médica, su neutralidad, la posibilidad de ganar acceso al objeto, en suma, la relación misma de objetividad, constitutiva del saber médico y criterio de su validez, tiene por condición efectiva de posibilidad cierta relación de orden, cierta distribución del tiempo, el espacio y los individuos. (...) En segundo lugar, este orden disciplinario, (...), es al mismo tiempo condición de la curación permanente; vale decir que la misma operación terapéutica, esa transformación sobre cuya base alguien considerado como enfermo deja de estarlo, sólo puede llevarse a cabo dentro de la distribución reglada del

poder. La condición, entonces, de la relación con el objeto y de la objetividad del conocimiento médico, y la condición de la operación terapéutica, son iguales: el orden disciplinario. (p. 17)

En este sentido, se puede observar cómo el sujeto es tratado de objeto, siendo el orden disciplinario la justificación para la objetividad. En referencia a esto, es importante lo que marca Foucault (2005) cuando dice que la instancia médica funciona como poder mucho antes de funcionar como saber. El saber psiquiátrico se inscribe dentro del campo médico y, a la vez, gana su autonomía como especialidad.

Siguiendo lo desarrollado por Foucault (2005), se plantea analizar las relaciones de poder propias de la práctica psiquiátrica. ¿De qué forma estos enunciados siguen presentes en la sociedad, en las instituciones y en las prácticas en Salud Mental?

En consonancia con lo antes mencionado, Galende (2008) habla del manicomio como "(...) símbolo de un modelo de atención en Salud Mental que arrasa la subjetividad, es una institución que remeda la estructura de los campos de concentración y vulnera los derechos humanos fundamentales" (p. 395). Se puede afirmar que el manicomio instaló en la sociedad el imaginario de la locura, el cual interviene en "(...) los modos tradicionales de pensarla y abordarla, insisten las representaciones que dieron origen al asilo, el saber psiquiátrico y la disciplina criminológica, encargados de la investigación de las anomalías del instinto, su actividad mórbida asociada al crimen (...)" (Cracovich, 2017, p. 82).

Es decir, cuando se construye este imaginario social, estos valores propios de la psiquiatría, tal como lo plantea Galende (2008), se reflejan también en los modos espontáneos en que las personas piensan sus padecimientos. De esta manera, la idea de peligrosidad se impone, el loco se convierte en peligroso por la aparición de esta ecuación que se construye entre locura y encierro, aparece la noción de encierro y la atadura como forma de contención, propio de la psiquiatría. De ello se desprende lo que dice Cracovich (2017), lo manicomial como lógica aparece cuando "(...) el juicio de peligrosidad, la necesidad de control y vigilancia de lo anormal y la idea de irreversibilidad y cronicidad del padecimiento psíquico" (p. 84) dominan la escena de las prácticas en Salud Mental.

En síntesis, se pueden enumerar los principales elementos que constituyen la lógica manicomial y las representaciones que de ellas se desprenden. En primer

lugar, la idea de peligrosidad, que se asocia a la necesidad de control y vigilancia. Por otro lado, la idea de cronicidad e irreversibilidad, por lo que se supone un cuadro permanente. Por último y no menos importante, la idea de enfermo asociada al lugar de pasividad y quedando así colocado en el lugar de objeto. Se cree indispensable, para pensar en las lógicas sustitutivas/alternativas a las lógicas manicomiales, reconocerlas y trabajarlas para no caer en la complejidad de seguir reproduciéndolas, en particular, la idea de pasividad del sujeto.

### **El movimiento de desmanicomialización en Argentina. Reformas en Salud Mental**

En lo que respecta a Salud Mental, Stolkiner (2005) la define como un campo de prácticas sociales, por lo que es necesario comprender la historización de su configuración, la cual no se puede reducir a la psiquiatría.

La finalización de la Segunda Guerra Mundial y las décadas siguientes -en particular la de 1960- constituyen un periodo histórico fundamental en la reformulación de la atención de la salud mental y del cuestionamiento del hospital psiquiátrico como efector de salud. (Faraone y Valero, 2013, p.37).

El cuestionamiento del hospital psiquiátrico se define, según Gerlero y Ausburger (2012), como la primera fase de la reforma en Salud Mental a nivel internacional.

(...) Argentina resultó pionera en América Latina, fundando en 1957 el Instituto Nacional de Salud Mental, un organismo descentralizado y autárquico destinado a asesorar al gobierno en la formulación de políticas públicas; y en crear antes de los años '60, en el Hospital Lanús, el primer servicio de Psicopatología en un hospital general. (p.44)

La segunda fase, según las autoras, corresponde al periodo 1991-2001 marcado por la Declaración de Caracas, creada por la OPS en 1991 (Gerlero y Ausburger, 2012). Esto implicó un cambio en cuanto a la descentralización en los programas nacionales y provinciales. La tercera fase de la reforma se ubica en la

llegada del nuevo milenio. Allí se puso el foco en la integración de la estrategia de atención primaria, con el fin de lograr mayor accesibilidad de las personas a los servicios, además de la capacitación de los profesionales.

Retomando la segunda fase, es en ese periodo, donde se comienzan a sancionar leyes vinculadas a la Salud Mental en diferentes provincias del país. Río Negro, Santa Fe y Córdoba fueron las primeras, en el año 1991, mientras que San Juan lo hizo ocho años después y luego Buenos Aires, en el 2000. Entre Ríos promulgó la ley en 1994. Gerlero y Ausburger (2012) desarrollan cómo estas leyes provinciales van tomando diferentes posiciones con respecto al sufrimiento psíquico.

En primer lugar se destaca, por su posición única en el conjunto de los textos legislativo, la ley de la provincia de Río Negro que desconoce la utilidad terapéutica de la claustración o reclusión de las personas en el hospital psiquiátrico y prohíbe la construcción de nuevas unidades en el sector público o privado, que no se adecuen a los principios de promoción sanitaria y social de las personas con trastornos mentales establecidos en su cuerpo normativo, sustituyendo así la táctica del encierro por la atención comunitaria. (p. 54)

En cambio, la ley de la provincia de Entre Ríos, propone la desinstitucionalización progresiva. Mientras que San Juan, Santa Fe y Buenos Aires, proponen transformaciones del hospital psiquiátrico. En lo que respecta a la provincia de Córdoba, la misma no hace referencia al cierre, sustitución o transformación del hospital monovalente.

La ley de Río Negro, por su parte, fue tomada como antecedente para la sanción de la ley Nacional de Salud Mental 26.657 en 2010, la misma establece un marco de referencia y regulación para todas las provincias.

La ley Nacional de Salud Mental se presenta discursivamente como un cambio de paradigma que incluye, por un lado, la prohibición de crear nuevas instituciones monovalentes en salud mental, y por otro, la eliminación de los usos irracionales de la medicación. Estos dos aspectos forman parte del posicionamiento de la Ley en defensa de los derechos

humanos de las personas con padecimiento mental. (Faraone y Valero, 2013, p.41)

El contexto internacional acompañó y posibilitó la sanción de dicha ley. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, sancionada en 2006 por la ONU, fue ratificada en 2008 en Argentina, ayudando a crear un marco legal que protege los derechos humanos de las personas con padecimiento mentales, promoviendo una visión integral. En este sentido, la Ley 26.657 habla de personas con padecimiento mental,

(...) concebir a las personas por su padecimiento, mental o cualquier otro, sugiere que ese puede ser un momento particular en el que alguien necesite de atención y tratamiento específico, sin que eso implique una definición en la lógica del ser. (Moreno, 2020, pp. 135-136).

En consonancia con esto, Stolkiner (2020), en el Congreso Políticas integrales, DD HH y encierro, plantea que la incapacidad a ejercer es incapacidad del ser. A partir de la ley, se produce un cambio, determinando la capacidad del sujeto. En el capítulo 2, la ley 26.657 plantea que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

ARTÍCULO 5°- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de la evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

En este sentido, la ley define a la Salud Mental como "(...) un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (2010, artículo 3°). A partir de esto, se puede inferir que la noción de incapacidad quedó puesta en jaque, en pos del reconocimiento de la capacidad de las personas. En consecuencia, se crea un sistema abierto de cuidado continuo, donde el diagnóstico se limita a un momento determinado.

Desde un enfoque basado en los derechos humanos, la ley 26.657 implica un cambio de paradigma que se ve reflejado al referirse como usuario del servicio de Salud Mental, dejando atrás la concepción de paciente. “Los usuarios se constituyen como actores sociales que intentan diferenciar su voz de la de los profesionales y familiares, marcando la importancia de hablar en nombre propio.” (Moreno, 2020, p.137). A partir de esto, se enfatiza en la importancia de la terminología utilizada, ya que a menudo se confunden o se toman como sinónimo los términos paciente y usuario, cuando en realidad tienen connotaciones y significados diferentes.

### **¿Qué implica hablar de sustitución a las lógicas manicomiales?**

La ley de Salud Mental representa un cambio de paradigma, como mencionamos anteriormente, que tiene como objetivo principal la desmanicomialización, brindando un marco legal para que esto sea posible, a través de prácticas sustitutivas. Sin embargo, pensar en la sustitución de las lógicas manicomiales conlleva la complejidad de que éstas se sigan reproduciendo y, a su vez, el desafío de superar la cuestión del poder médico hegemónico.

Tal como lo desarrolla Tagliamonte (2021), pensar en dispositivos sustitutivos/alternativos implica seguir teniendo como referencia al manicomio. Por lo cual es fundamental dejar de pensar en algo a reemplazar, para poder avanzar hacia la creación de prácticas que promuevan la disolución de las instituciones totales. Por otra parte, se abre la cuestión de si hablar de sustitutivo o alternativo es lo mismo. Para esto, Tagliamonte (2021) cita al Diccionario de la Real Academia Española.

Alternativo:

Que se dice, hace o sucede con alternación.

Capaz de alternar con función igual o semejante.

Cada una de las cosas entre las cuales se opta.

Efecto de alternar (hacer o decir algo por turno)

Efecto de alternar (sucederse unas cosas a otras recíproca y repetidamente).

Sustitutivo:

Dicho de una cosa: Que puede reemplazar a otra en el uso. (p. 125)

Es decir, hablar de dispositivos sustitutivos implica pensar en algo opuesto al manicomio, como aquello a sustituir, tal como lo describe la definición, reemplazar una cosa por otra en el uso. En cambio, pensar en dispositivos alternativos implica que, “(...) lo alternativo delinea más bien un horizonte de coexistencia mientras que referirnos a lo sustitutivo implicaría cambiar una modalidad por otra” (Donato, 2021, p.125).

A partir del contexto socio-histórico-político actual, se abre la necesidad de pensar en prácticas alternativas al encierro -en el marco del proceso de sustitución-. Se hace referencia a prácticas que puedan coexistir con la posibilidad de una internación, en casos donde no es posible prescindir de la misma, teniendo en cuenta, tal como propone la ley de Salud Mental, que las internaciones deben ser el último recurso y lo más breves posible, dentro de hospitales generales. ¿Es posible pensar en prácticas alternativas que puedan convivir con la internación psiquiátrica bajo estas condiciones?

Para problematizar la pregunta planteada, conviene ubicar que resulta un desafío superar la cuestión del poder médico hegemónico. Se parte de la noción de dispositivo que propone Foucault (1976), como una red de relaciones de saber/poder donde se procesan tanto las prácticas discursivas como las no-discursivas, cuya función es responder a un acontecimiento o urgencia. Es posible decir que, en los dispositivos alternativos al proceso de internación, se producen relaciones de saber/poder entre los trabajadores de Salud Mental que intervienen en el desarrollo de los mismos.

Siguiendo con Foucault (1976), las relaciones de poder atraviesan nuestro cuerpo disciplinario y disciplinado, generando así las relaciones sociales, que se encuentran constituidas por la circulación de discursos de verdad. De esta manera, estamos sometidos a la producción de la verdad desde el poder, ya que el poder impone su verdad, obtiene liderazgo y sofoca otras verdades a través de diversas formas. Foucault (1980) afirma que “(..) existe un sistema de poder que intercepta, prohíbe, invalida ese discurso y ese saber” (p.114). Los intelectuales forman parte de ese sistema de poder; puede incluirse en este grupo a los trabajadores de la Salud Mental, por lo que es importante analizar los discursos que estos generan.

La ley Nacional de Salud Mental (2010) postula que la atención debe realizarse desde un abordaje interdisciplinario:

ARTÍCULO 9° -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.

La interdisciplina nace desde una perspectiva de los problemas como demandas complejas, tal como plantea Stolkiner (2005), donde se hace imposible intervenir desde una sola disciplina. La interdisciplinariedad no es una teoría unívoca, se trata de un posicionamiento, en el cual se debe reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Siguiendo la idea de la autora, el desafío es no caer en una multidisciplina, donde cada disciplina aborda la parte que coincide con su objeto. La interdisciplina, en cambio, se trata de un trabajo sostenido, colaborativo, donde cada disciplina se debe ensamblar con las otras en un producto común.

Un equipo interdisciplinario no posee una jefatura sino una coordinación, cuya función fundamental es operar en interface, facilitando la articulación entre los distintos enfoques disciplinarios. Así sucede, entonces, que la pugna por el poder en estos equipos es una tensión móvil que se resuelve de manera permanente en la tarea, de modo que el liderazgo se delimita en relación al problema específico. (Stolkiner, 2021, p.256).

En consonancia, retomando la idea de poder de Foucault, el principal desafío es superar el discurso médico hegemónico, ligado a la psiquiatría clásica y a las lógicas manicomiales, tendientes a la medicalización, dejando al sujeto en el lugar de objeto, que se encuentran aún vigentes y que tienen que ver con la cuestión del saber. Desde la concepción médica hegemónica, el saber está en el médico, es decir en el profesional. En cambio, en la propuesta de Salud Mental, el saber está en el sujeto y para que esto sea posible, debemos considerar al sujeto como un semejante, tal como lo plantea Galende (2006), donde su deseo sea considerado y se posibilite la escucha.

### **Prácticas alternativas al manicomio y derechos humanos**

Pensar en dispositivos alternativos al manicomio nos lleva a reflexionar sobre la forma en que se garantizan los derechos humanos. La ley de Salud Mental plantea que se deben garantizar los derechos humanos. Pero ¿cómo garantizarlos, sin caer en el asistencialismo?

La investigación *Cruzar el muro, desafíos y propuestas para la externación del manicomio* (2015) realizada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), se propuso conocer los dispositivos sustitutos al hospital monovalente constituidos para personas en proceso de externación o alojadas en dispositivos intermedios. El estudio buscó analizar desde qué lógicas son puestas en marcha estos dispositivos, con el fin de vislumbrar las formas de atención que reciben los sujetos. Esta investigación recorre y analiza, con una perspectiva crítica, el cambio en el orden jurídico que genera la ley Nacional de Salud Mental, dejando al descubierto las diferencias que la misma adquirió en diferentes provincias de nuestro país. Dicha investigación indaga cómo se garantiza o intenta garantizar el derecho a la vivienda y el derecho a la salud integral, entre otros, de usuarios externados del manicomio.

(...) una política de desmanicomialización, sostén de los procesos de externación implica la responsabilidad de los Estados en trazar una política pública dirigida a resolver las necesidades habitacionales de las personas con discapacidad psicosocial, que les permite elegir en condiciones de autonomía e igualdad su lugar de residencia. Para eso se debe garantizar que la política de financiación o subvención sea suficiente, adecuada y prioritaria. (CELS, 2015, p.56)

La Salud Mental, como política pública, puede pensarse actualmente como una política de inacción por parte del Estado sobre este tema, que no promueve a la Salud Mental en su agenda. Es necesario que se tome como una problemática social que exige la acción por parte del Estado y sus actores. En Argentina, el ejercicio del derecho a la salud, por ley, corresponde a las provincias, son las únicas habilitadas para legislar, lo que explica por qué existen diferencias en la implementación de la ley Nacional de Salud Mental a lo largo del país. La apuesta, en este sentido, sería ¿cómo generar condiciones para construir criterios compartidos entre las provincias para la implementación de la ley Nacional?

La investigación del CELS (2015) expone la diferencia que se puede encontrar en las diferentes provincias con respecto a los avances de la implementación de la ley de Salud Mental. Esta investigación se realizó a partir de la experiencia de 266 personas vinculadas a dispositivos de externación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. En lo que respecta al derecho a la vivienda:

Entre las personas usuarias entrevistadas de Córdoba, una proporción elevada manifestó vivir en casa de un familiar. La provincia no tiene políticas que apunten a la solución de la vivienda y en muchos casos la familia es la opción forzada para no terminar en la calle o en el hospital. Muchas personas usuarias se ven obligadas a vivir conforme a esta modalidad por no contar con otras opciones. (CELS, 2015, p.60).

En el caso de Mendoza, en cambio:

La única política de externación ofrecida por el programa de sostén externo del Hospital El Sauce es la opción de vivienda de hogares privados con el hospital tiene un convenio. Esta faceta vulnera gravemente la autonomía de las personas usuarias que acceden a esos espacios. (CELS, 2015, p.60).

Esto último abre otro dilema, la de los hogares, casa de medio camino, casa de convivencia, “La organización de los hogares lejos de fomentar la autonomía, reproduce un funcionamiento manicomial” (CELS, 2015, p.60). En esta investigación, entienden las casas de medio camino, casa de convivencia o también llamado hogares, como dispositivos intermedios entre el tratamiento dentro del hospital y la sociedad, que tienen como objetivo dar respuesta a las necesidades de los usuarios de instituciones monovalentes, que se encuentran en proceso de externación y no cuentan con un grupo familiar que los aloje. “Algunos de los dispositivos residenciales ligados más directamente al hospital no suelen ser percibidos por las personas usuarias como dispositivos de externación ya que se organizan con reglas estrictas, mediados por un fuerte control de actores del hospital (...)” (CELS, 2015, p.59). De esta manera, están muy lejos de cumplir con el objetivo de las casas de medio camino, que es la desmanicomialización o desinstitucionalización, a través de la búsqueda de la autonomía.

Otro problema que se desprende del acceso a la vivienda es la dificultad para conseguir garantes, que puede deberse en muchos casos a los, “(...) obstáculos en el acceso a la vivienda ligado al estigma de la discapacidad psicosocial en el imaginario social, lo que reduce las oportunidades de acceder a lugares integrados a la comunidad” (CELS 2015 p. 60) La desmanicomialización no solo tiene que ver con un cambio epistemológico, sino que también, como marca Galende (2008), requiere cambios en los modos en que construimos el imaginario social. No hay posibilidades de desmanicomializar si la población y la sociedad en su conjunto no acompañan este proceso.

Desde esta perspectiva, se vuelve indispensable lograr modificar la representación que la sociedad tiene de la locura, ligadas a las lógicas manicomiales. Por lo que toda práctica de desmanicomialización implica deconstruir las producciones institucionales y los imaginarios sociales compartidos. Para ello, es necesario crear y sostener prácticas alternativas en el marco de un proceso de sustitución de lógicas manicomiales.

Si aceptamos que los sistemas simbólicos son productos sociales que producen el mundo, que no se contentan con reflejar las relaciones sociales sino que también contribuyen a construirlas entonces debemos admitir forzosamente que es posible, dentro de ciertos límites, transformar el mundo transformando su representación (Bourdieu y Wacquant, 1995, p. 22)

La investigación del CELS (2015) plantea que “(...) es llamativa la diferencia en la apropiación subjetiva de las casas alquiladas por cuenta propia, ya sea individual o grupal, de aquellas gestionadas directamente por los profesionales del hospital” (p.59). Esto conduce a reflexionar sobre la importancia de fomentar la autonomía, teniendo en cuenta el deseo del sujeto, en lo que respecta a las intervenciones que los trabajadores de la Salud Mental llevan adelante, buscando la implicación de los usuarios en el proceso de atención en general, dejando atrás la idea de paciente, que recibe asistencia de manera pasiva.

El proceso de resubjetivación continúa luego del alta hospitalaria y de la salida de la institución, por lo que cobra especial importancia atender a las respuestas y las formas que toman los vínculos sociales en los dispositivos de

externación, para que efectivamente tiendan a la desinstitucionalización como desarrolla Galende (2012). Es por esto que se vuelve imprescindible “Revertir la pasividad propia del rol de ‘paciente’ en sujetos que cuentan con largas historias de institucionalización desde edades tempranas es un desafío mayúsculo” (CELS, 2015, p.22). Para ello, es fundamental que el equipo de trabajo apunte a que los usuarios logren revertir la pasividad.

El proceso de externación está cargado de dificultades, ansiedades y esperas. La comprensión de profesionales y allegados, y un trabajo profesional orientado a sostener la voluntad de vivir afuera resultan cruciales. Este nuevo proyecto de vida en libertad debe ser trazado en un plan con etapas concretas, que resulten factibles. De este modo, se refuerza la percepción de los avances y las etapas siguientes pueden parecer inalcanzables. (CELS, 2015, p.124).

En suma, se considera que el desafío de garantizar el derecho a la vivienda de los usuarios externados del servicio de Salud Mental está atravesado por varios factores. En primer lugar, la cuestión presupuestaria, que, como se marcó anteriormente, exige la acción por parte del estado y la necesidad de que sea una política pública, que no solo dependa exclusivamente de las provincias. En segundo lugar, la organización de los hogares, que tal como muestra la investigación, está muy lejos de fomentar la autonomía como propone la ley, ya que se organizan con reglas estrictas, mediados por un fuerte control. En tercer lugar, se puede ubicar el estigma de la discapacidad, que no solo limita el acceso a la vivienda, sino que está presente en todos los ámbitos y que abre la necesidad de pensar en acciones que contribuyan a que la sociedad en general modifique la representación social de la locura, ligada a las lógicas manicomiales.

Por otro lado, tomando la situación de la salud integral de los usuarios externados, interesa mencionar que, en materia de derecho a la salud, se parte de “(...) la necesidad de superar las prácticas propias del modelo médico hegemónico, que proporciona y erige como científico un código de objetividad (...)” (CELS, 2015, p.50). Desde este modelo, “(...) la salud mental es un comportamiento estanco e independiente, donde queda desdibujado el cuerpo que enferma y pertenece a un

sujeto, no a un 'mental' o a un 'loco' simplemente" (CELS, 2015, p.50). A partir de esto,

La investigación permitió identificar respuestas discriminatorias y una tendencia a la segregación de esta población que obstaculiza su atención en centros de salud de la comunidad. (...) Los obstáculos suelen ser frecuentes en la vía administrativa, y en ocasiones, pueden ser superados a partir del esfuerzo del equipo interdisciplinario. (CELS, 2015, p.48).

Stolkiner (2021) propone que la Salud Mental se aborde desde una perspectiva comunitaria, enfatizando la importancia de la participación activa de la comunidad en general, que busca transformar la forma en que se aborda la Salud Mental, pasando de un modelo medicalizado y hospitalocéntrico a uno más integral y comunitario. La salud integral es un enfoque que se entiende como una interrelación entre los aspectos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y comunitarios, siendo esta un derecho humano fundamental que se debe garantizar. En este sentido, se considera que el campo de la Salud Mental es un subcampo de la salud general, tal como lo postula la autora.

Es indispensable lograr un cambio de paradigma en el sistema de salud en general, donde la Salud Mental deje de ser estigmatizante y pensada en términos de lógicas manicomiales. Como se planteó anteriormente, no hay posibilidades de desmanicomializar si la población y la sociedad en su conjunto no acompañan este proceso. Los trabajadores de la salud son un eslabón fundamental en esta cadena. Esto abre el interrogante de qué acciones se pueden llevar adelante para que una práctica sea realizada desde una noción de salud integral y derechos humanos.

## Conclusión

“Considerar la subjetividad en Salud Mental, (...), es entender al paciente como un semejante y considerar esta doble relación del hombre entre su libertad y la determinación de la vida”

Emiliano Galende.

Lo desarrollado por Galende refleja adecuadamente la perspectiva de este trabajo, porque hace foco en la importancia de considerar la subjetividad en el proceso de atención en Salud Mental. Tal como describe Carcovich (2017), a partir de la ética del psicoanálisis, se busca favorecer la emergencia subjetiva, para que el sujeto no quede en el lugar de objeto. Desde esta ética, se intenta fomentar en todo el equipo interdisciplinario que se tenga en cuenta el sujeto en el proceso de atención.

En consonancia, decir que, a partir de la ley de Salud Mental, la incapacidad se terminó, y que las personas son capaces, como plantea Stolkiner (2020), permite crear un sistema abierto de cuidado continuo, donde fomentar la autonomía se vuelve indispensable. El proyecto de autonomía no se presenta como un estado acabado del ser, tal como plantea Castoriadis (1997), sino más bien como una elaboración singular que se construye en la interacción con el mundo.

Desde este enfoque, los trabajadores de la Salud Mental son los actores principales en promover el lazo social en aquellos usuarios externados, poniendo el foco en la autonomía del sujeto. Tal como plantea Stolkiner (2001), “la concreción de estrategias colectivas y la construcción de discursos alternativos solo es posible en el lazo social” (p.7), entendiendo al lazo social como aquellos vínculos con otros sujetos que propician el sentimiento de pertenencia a través de la conexión emocional y relacional.

El presente trabajo tuvo como objetivo discernir bajo qué lógica funcionan las prácticas en Salud Mental. A través del análisis de la investigación *Cruzar el muro, desafíos y propuestas para la externación del manicomio* (2015) realizada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)., en adhesión a lo que se plantea en la conclusión, se puede decir que las propuestas alternativas a la lógica manicomial tienden a la segregación y a la incapacidad, a pesar de estar enmarcadas en la ley de Salud Mental vigente.

Después de analizar los argumentos presentados, se considera que el foco no solo se tiene que poner en la evaluación de las prácticas alternativas a la lógica manicomial, sino también en los imaginarios que subyacen en la población. Para garantizar los derechos de los usuarios externados del sistema de Salud Mental, no solo se hace necesario un presupuesto adecuado, sino también profesionales de la salud que fomenten la autonomía del sujeto en pos de una incorporación a la sociedad.

De esta manera, se cree necesario trabajar en Salud Mental, promover la no estigmatización de los sufrimientos psíquicos, desterrando los principales elementos que constituyen a la lógica manicomial y las representaciones que de ellas se desprenden. En primer lugar, la idea de peligrosidad, que se asocia a la necesidad de control y vigilancia, tan presentes en nuestra sociedad. En segundo lugar, la idea de cronicidad e irreversibilidad, por lo que se supone un cuadro permanente. La misma está muy lejos de la noción que busca promover la ley de Salud Mental; la evaluación del padecimiento mental es tomada como una situación particular en un momento determinado. Por último y no menos importante, la idea de enfermo asociada al lugar de pasividad y quedando así colocado en el lugar de objeto, que se relaciona directamente con la forma de atención que reciben los mismos.

Este nuevo paradigma abre la difícil tarea de tener en cuenta la subjetividad, el caso por caso, dándole un lugar a la escucha del sujeto, un lugar activo, en pos de su tratamiento, donde las prácticas alternativas al manicomio tengan como objetivo principal terminar con la pasividad de los usuarios en lo que concierne a su Salud Mental y a su vida en general, donde no solo se vuelve indispensable poder proteger sus derechos humanos, sino que además poder atender a las formas en que estos se garantizan.

Por otra parte, en el desarrollo del presente trabajo integrador final surge la importancia de cómo se nombra, no sólo al padecimiento en sí, sino también al sujeto de este. Este aspecto es fundamental en el cambio de paradigma, para comprender su significado y relevancia, es necesario entender el impacto de la denominación. A partir de esto, se enfatiza en la importancia de la terminología utilizada, ya que a menudo se confunden o se toman como sinónimo los términos paciente y usuarios. En este sentido, paciente hace referencia a un sujeto que ocupa un lugar pasivo en el proceso de atención, usuario implica hablar de un lugar activo, que hace uso del servicio de Salud Mental.

Frente a esto, el principal desafío es superar el discurso médico hegemónico, ligado a la psiquiatría clásica y a la lógica manicomial, tendientes a la medicalización, dejando al sujeto en el lugar de objeto, que se encuentran aún vigentes y que tienen que ver con la cuestión del saber. Desde la concepción médica hegemónica, el saber está en el médico, es decir en el profesional. En cambio, en la propuesta de Salud Mental, el saber está en el sujeto y para que esto sea posible, debemos considerar al sujeto como un semejante, tal como lo plantea Galende (2006), donde su deseo sea considerado y se posibilite la escucha.

A partir del recorrido realizado, se arriba al entendimiento de que no es posible disolver la lógica manicomial de manera inmediata y que no se acaba con el cierre del manicomio. Es nuestra responsabilidad como trabajadores de la salud, que se conozcan y garanticen los derechos a la Salud Mental. Para que esto sea posible, debemos construir y luchar por políticas públicas integrales de Salud/Salud Mental.

## Referencias bibliográficas

- Bourdieu P. y Waquant L. (1995). *Respuestas-Por una Antropología Reflexiva*. Ed. Grijalbo, México.
- Castoriadis, C. (1997). *El imaginario social instituyente*. Biblioteca Omegalfa.
- Carcovich, P. (2017). La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general. *Barquitos pintados*. Experiencia Rosario.
- Centro de estudios legales y sociales (CELS). (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. [https://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar\\_el\\_muro\\_Web.pdf](https://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf)
- De Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud*. Brasil. Lugar Editoriales.
- Donato, W. (2021). *Indagaciones en Red*. Glosa Ediciones.
- Faraone, S. y Valero, A. (2013). *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. Editorial Siglo XXI
- Foucault, M. (1980). *Un diálogo sobre el poder*. Editorial Siglo XXI
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Galende, E. (2006). *Consideraciones de la subjetividad en salud mental*. Congreso Catalán de Salud Mental Barcelona. <https://fccsm.net/wpcontent/uploads/2016/10/consideraci%C3%B3nsubjetividadesm.-egalende.pdf>
- Gerlero, S. y Ausburger, A. (2012). *La Salud Mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos*. Laborde Editor.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 Congreso Argentino 25 de noviembre de 2010. Promulgada por la presidenta de la nación, Dra Cristina Fernández de Kirchner, el 2 de diciembre de 2010. Publicada en el Boletín Oficial N° 32041 el 3 de diciembre de 2010.
- Moreno, T. (2020). *Paciente, sujeto, usuario. La palabra de la ley en la constitución del campo de la Salud Mental*. En Barquitos Pintados. Experiencia Rosario. N° 4
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. [https://docs.google.com/file/d/0B0dPFenW8ezWNjY1MTY3MzctYjUwYy00N2FjLTgwMGQtZWVmYjNIMWRmYTY2/edit?resourcekey=0-h2\\_65NZ3Bjkpe5Om3wYbUA](https://docs.google.com/file/d/0B0dPFenW8ezWNjY1MTY3MzctYjUwYy00N2FjLTgwMGQtZWVmYjNIMWRmYTY2/edit?resourcekey=0-h2_65NZ3Bjkpe5Om3wYbUA)
- Stolkiner, A. (2020). Congreso Políticas integrales, DD HH y encierro.
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Editorial Noveduc.

Tagliamonte, A. (2021). *Versiones posibles de un horizonte común. Problematización del cierre del manicomio a partir de algunos señalamientos clínicos. Indagaciones en Red*. Glosa Ediciones.