



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Facultad de Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**TÍTULO:** “Desmanicomialización, dispositivos sustitutivos y lazo social”

**MODALIDAD DE PRESENTACIÓN:** Ensayo

**AUTOR:** Vazquez, Florencia

**LEGAJO:** V-5109/8

**DOCENTE O GRADUADO/A RESPONSABLE:** Chidichimo, Mariana

**AÑO 2020**

## **Agradecimientos**

A los docentes, en particular a Mariana que supo acompañar y contener a lo largo de todo el proceso transcurrido en este año tan particular.

A mi familia, amigos y amigas que son pilares fundamentales.

A mis compañeros de militancia.

A la Universidad Pública.

## Índice

Resumen .....	1
Introducción .....	2
La manicomialización de la vida: de instituciones totales y mortificados .....	4
Desmanicomialización: un movimiento instituyente .....	6
Argentina: psicoanálisis y política como herramientas para la contribución a la salud mental .....	9
De Río Negro como experiencia precursora a la sustitución de las lógicas manicomiales, a Santa Fe .....	11
Dispositivos sustitutos a las lógicas manicomiales y sus posibles efectos sobre el lazo social .....	13
Conclusiones .....	15
Referencias bibliográficas .....	17

## **Resumen**

El presente Trabajo Integrador Final parte de una serie de experiencias suscitadas a lo largo del tránsito por la Carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario y tiene por objetivo reflexionar sobre la desmanicomialización, los dispositivos sustitutos al manicomio y el lazo social. Se aborda desde una historización del proceso de desmanicomialización desde una mirada internacional y su recepción a lo largo del territorio argentino. La desmanicomialización es tomada aquí fundamentalmente como categoría política en tanto sirve para pensar, a la vez, la reforma psiquiátrica y la transformación del modelo de atención. Así también, busca poner en tensión los conceptos de poder disciplinario, individuo peligroso, mortificación e instituciones totales en el marco de las teorizaciones realizadas por Foucault y Goffman. De igual manera, los aportes de Basaglia y Ulloa, indispensables para poder pensar el movimiento antipsiquiátrico en Argentina. A partir de estas referencias fundamentales, el lazo social fue indagado en una doble vertiente. Por un lado, aquel que resulta de la Institucionalización, la cronificación como efectos subjetivos de la institución total manicomial, que se encuentra fragmentado, y por el otro, cómo los intentos de restituirlos parten de los lineamientos de la desmanicomialización. Para finalizar se recapitula lo trabajado a la luz de considerar a la salud mental como una construcción colectiva que implica necesariamente resistencia.

**Palabras clave:** desmanicomialización - dispositivos sustitutos - lazo social - salud mental

## **Introducción**

El presente Trabajo Integrador Final es resultado de ciertos interrogantes -que aún no están respondidos acabadamente- que surgieron a partir de experiencias suscitadas durante el cursado de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario y pretende abonar a las discusiones actuales.

Dichos interrogantes tienen que ver con la pregunta por la caracterización y funcionamiento de las instituciones totales, cómo operan las lógicas manicomiales y cómo éstas atraviesan el entramado social-cultural, la efectiva (o no) implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Esto se plantea desde una insuficiencia a la hora de responder sólo desde la formación teórica, es decir a partir de aquellos conceptos trabajados en las cátedras del Área Social Comunitaria. Sucede que quienes han tenido la oportunidad de acceder a alguna práctica organizada por agrupaciones estudiantiles pueden tener otro acercamiento, tal como es mi caso.

Situación que deja en evidencia la enorme vacancia acerca del tema en el plan de estudios y acercamientos en el territorio concretamente. ¿Por qué solamente tenía que surgir como un espacio extracurricular, desde un espacio político, cuando esto debería abonar a nuestra formación partiendo desde el plan de estudios?

A partir de la lectura de varios autores tales como Foucault y Goffman que teorizaron sobre las instituciones totales, su funcionamiento, las dinámicas, el poder y la vida dentro de las mismas, se me presentaban cada vez más interrogantes acerca de cómo es nuestro rol como actores sociales y profesionales trabajadores de la salud.

El trabajo en territorios con la comunidad, en los barrios, los procesos grupales, los aportes pichonianos nos quedan en los textos. Así continuamos con los desarrollos interesantísimos ocurridos en nuestro país, como son los de los psicoanalistas que resistieron momentos críticos de Argentina; en particular mencionar a Ulloa para poder pensar nuestra historia, nuestras luchas que se entran en los discursos, en la sociedad, en las instituciones. Pudiendo articular más tarde, estos conceptos con lo que nos presenta Salud Pública y la Salud Mental. Discutiendo en teóricos, prácticos, pero sin prácticas.

Entonces, ¿por qué recién en sexto año de la carrera un estudiante puede tener un acercamiento al campo en las Prácticas Profesionales Supervisadas? Entiendo a la instancia de aprendizaje no como un proceso de aplicar la teoría en la práctica sino que éstas se dan de manera dialéctica: el conocimiento parte de la realidad que conocemos.

Resultaron insumo de este trabajo experiencias acontecidas en diferentes dispositivos sustitutos durante el cursado académico que funcionan como disparadores. La construcción de estos espacios parece tener efectos sobre los lazos que las lógicas manicomiales, sus prácticas, sus discursos sumadas las condiciones sociales, económicas y políticas, fragmentan. Es por esto que este trabajo intenta exponer algunos ejes para seguir pensando esta cuestión.

En primer lugar poder realizar un acercamiento a lo que implica la existencia de los manicomios y la reproducción de sus lógicas en la sociedad. ¿Cómo son estas instituciones y qué funciones tienen? ¿Qué tipo de lazos producen éstas? ¿Qué pasa con los usuarios que se hallan viviendo dentro? ¿Cuáles son los factores que refuerzan el malestar y la locura?

Por otro lado, poder situar la desmanicomialización como movimiento necesario. ¿Qué pretende un paradigma desmanicomializador y qué efectos tiene esto sobre los usuarios, trabajadores, profesionales y la comunidad toda?

Además, poder ubicar algunos antecedentes a nivel internacional, con experiencias previas suscitadas en otros países, y en Argentina. De esta manera, poder articular la historia que tiene nuestro país y nuestro pueblo anclada a la lucha por el fin de los manicomios. En este sentido, resulta necesario ubicar algunas legislaciones que enmarcaron y enmarcan nuestras prácticas y estrategias de intervención y acción. Dentro de éstas últimas, atendiendo específicamente a los dispositivos sustitutivos resta preguntarnos ¿sustitutivos a qué?

En última instancia intentar dilucidar los posibles efectos de la desmanicomialización sobre el lazo social y que resulta el primer supuesto del que parto, el cual es el motor para realizar el presente Trabajo Integrador Final.

Es menester aclarar que esta escritura se propone en un sentido ensayístico y en tanto tal, busca generar aportes críticos e instalar interrogantes que permitan no formular ideas acabadas, sino propiciar las discusiones que hoy resultan vitales y necesarias para pensar de manera integral la salud mental. Así mismo, pensar colectivamente el horizonte futuro de lo que aún nos resta por hacer para la transformación de nuestra realidad, de la salud mental y nuestro rol como futuros psicólogos.

## **La manicomialización de la vida: de instituciones totales y mortificadxs.**

Pensando acerca de cómo funcionan las prácticas dentro de una concepción psiquiátrica clásica, dentro de un paradigma asistencial e individual, podemos entrever que los usuarios son considerados como objetos de intervención, es decir pasivos. Éstos no deciden en absoluto respecto de sus tratamientos, por ende mucho menos si quieren estar internados o no. Las internaciones se producen en lugares especializados y son prolongadas; los usuarios aquí se encuentran aislados. Muchas de las personas que se encuentran en los hospitales no llevan días de internación, sino años, décadas. Si decimos que son objeto de intervención, nos referimos a objeto de psiquiatrización y medicalización. Son concebidos a partir de un diagnóstico fijo y estático, donde la causalidad es solamente orgánica, biológicamente dada; este rótulo será el que determine su identidad y funcionamiento psíquico. Entonces, desde esta perspectiva el sujeto es solo depósito de una cantidad incontable de psicofármacos para calmar aquellos. Si el objetivo es el control de los síntomas, lo que se logra en estas circunstancias es la anulación del sujeto; su capacidad de modular las palabras, el ritmo de su marcha, su atención, su voluntad motora. En definitiva nos encontramos con la cosificación de los sujetos (Cohen y Natella, 1995).

Resulta interesante plantear, tomando a Foucault aquello que expresa respecto del poder disciplinario, el cual se caracteriza ante todo por una captura total o exhaustiva del cuerpo, el comportamiento, el tiempo y los gestos del individuo. Es un procedimiento de control y vigilancia constante en donde se tiende a que este poder tenga un carácter virtual y se haya convertido en acto (Foucault, 2005). Comulgando con estos postulados, lo asilar y la creación de psiquiátricos tiene el objetivo puesto en controlar, vigilar y castigar a estos individuos peligrosos para la sociedad.

Siguiendo en esta línea, con los aportes que realizó el filósofo acerca de la noción de individuo peligroso, interesa recapitular el concepto de *cuerpo social* entendido como una realidad biológica y un terreno plausible de intervención médica. De esta manera, la figura del médico debía ser la de técnico de ese cuerpo social y la medicina una higiene pública (Foucault, 1996). Así es como la psiquiatría interviene como reacción a los peligros sociales. El hombre peligroso se encuentra inscripto en la institución psiquiátrica pero pareciera que al instalar un adentro y un afuera, el que está afuera no sólo se siente seguro de que no convivirá con los locos sino que al encontrarse allí no forma parte de ese adentro enfermo; la seguridad de que no es loco por estar del otro lado de los muros.

Según Goffman, estas instituciones se manifiestan como simples asilos sin esperanza, y el hecho de residir allí implica la humillación por la vigilancia y la reglamentación, el alejamiento de la vida civil y familiar, la estigmatización después de su salida -en el mejor de los escenarios- (Goffman, 2001). Las personas se encuentran aisladas, privadas de su libertad; su vínculo con el mundo social se halla coartado dentro de estos muros de cemento que nunca contribuyeron a la cura de ningún padecimiento mental.

¿Cómo sería volver al mundo laboral, social para un loco? Esto suponiendo que cuente con el privilegio de tener un medio familiar al cual volver o un trabajo, cuando sabemos que la mayoría de la población no lo posee. Las personas son objeto de una primera opresión, que es ejercida por un sistema capitalista basado en condiciones desiguales, de exclusión y violencia, que justamente las oprime, ¿Cómo no impactaría esto en la producción de subjetividad? Es aquí donde creo que debemos detenernos a pensar si estas condiciones de desigualdad y el sufrimiento, inherentes

al capitalismo, son los que contribuyen a la locura. Por supuesto con la consecuente construcción de un imaginario social -y prejuicios- para concebir como solución o práctica de “salud mental” el encierro, y así perpetuar a las personas como objetos de estas violaciones.

En este sentido, Basaglia (1970) expuso que hay una diferencia en los efectos entre quienes son ricos y quienes son pobres. No es lo mismo, ya que los primeros tienen evitada la deshistorización y no son etiquetados como peligrosos: “el poder deshistorizante, destructivo e institucionalizante a todos los niveles, propio de la organización de los asilos, se ejerce únicamente sobre quienes no tienen más elección posible que el hospital psiquiátrico” (Basaglia, 1970, p.140). Me parece importante poder retener una cuestión que Basaglia nos permite pensar: estas instituciones de la violencia son producto de una primera violencia en un sistema que reproduce relaciones entre dominantes y dominados, opresores y oprimidos. Las consecuencias de esta lucha de clases se reflejan en las condiciones de desigualdad de oportunidades, éstas atraviesan las subjetividades y refuerzan la enfermedad y la locura.

Dicho todo esto, ¿cómo podemos pensar un posible lazo social cuando éste, de entrada, ya es imposibilitado por el encierro en una institución total, donde el sujeto ve coartado su vínculo con el exterior, con el medio familiar, social y sufre por esto una pérdida de la libertad, de su propia identidad? Su identidad se ve modificada al asimilar aquellos comportamientos que están reglados y normativizados por las instituciones, por la vigilancia que se ejerce dentro de éstas y el control hacia estos sujetos “peligrosos”.

No podemos dejar de pensar en los resultados de un sistema desigual: subjetividades producidas en un malestar que refuerza la enfermedad y el sufrimiento. Al decir de Ulloa (1995), existirían procesos previos, o estaciones manicomiales previas, como la encerrona trágica, la protoescenamanicomial que terminan en la vida dentro del manicomio. Supone una sociedad anónima de mortificados en donde algunos terminan dentro del manicomio y otros no, pero no por eso están exentos de permanecer bajo lógicas manicomiales o bajo un empobrecimiento subjetivo. Ulloa refiere a la manicomialización como una forma clínica terminal del maltrato y la mortificación. Plantea que un sujeto mortificado (referido a lo mortecino) se encuentra fatigado, sin viveza, asténico, con desadueñamiento corporal. Esto conduce a que en estas condiciones disminuya el accionar crítico y que el sujeto asuma un estado de queja que no se convierte en protesta. “El manicomio, institución de maltrato por excelencia, inspira desalmados, cuerpos apátridas de vida” (p. 243). Esa encerrona trágica, que es causa de la mortificación, se manifiesta con los sujetos mediante lo siniestro, como aquello que está desprovisto de lo familiar.

Dentro de este paradigma y siguiendo esta concepción del sufriente mental como peligroso y el monovalente como el lugar destinado o preparado para la curación, las internaciones resultan ser la respuesta. En vez de potenciar aquellas capacidades del sujeto, se tiende a la mortificación de éste y a un deterioro, que conduce a una cronicidad institucional.

## **Desmanicomialización: un movimiento instituyente**

El concepto de desmanicomialización está propuesto en pos de repensar en conjunto las lógicas y las prácticas que se desarrollaron anteriormente, por lo que no debe limitarse a pensar el establecimiento o sus muros. Pensar la desmanicomialización como un proceso o movimiento que repudia, intenta desarmar, ir contra aquellas lógicas manicomiales. Es decir, derribar o desarticular los muros manicomializadores tanto los de cemento como aquellos ideológicos cimentados sobre representaciones sociales de la locura. Lo cual no es sencillo, porque como ya describí anteriormente, las lógicas manicomiales son reproducidas por todo un sistema excluyente, con sus condiciones que marginan aquellos cuerpos que no son productivos o no pertenecen a lo que una sociedad instala como norma, y son concebidos como peligrosos.

Entonces ir contra estas lógicas es luchar también para transformar la realidad. Frente a estas condiciones de marginalidad, de tutela asilar, de condiciones indignas de quienes se encuentran institucionalizados es que surge este movimiento de la desmanicomialización como denuncia y ruptura a estos discursos, técnicas, dispositivos que sostienen la cultura de la mortificación y la locura.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, se empieza a legislar desde y por una mirada de derechos humanos y en una ética en los procedimientos con personas. El movimiento desmanicomializador se fue sedimentando a partir de la década del 60. Con el antecedente de la Revolución Francesa (1789), los ideales difundidos en la época, el aporte del marxismo en referentes intelectuales y sus posiciones teóricas, las diferentes revoluciones en el mundo, el mayo del 68. El cuestionamiento al sistema capitalista opresor y las relaciones de poder desiguales, movilizaron la militancia de sectores populares, así como la movilización obrera, la movilización estudiantil, etc, produciendo cambios culturales con la organización colectiva.

Así fue como la crítica a las instituciones modernas también implicó el cuestionamiento de las prácticas dentro de los hospitales: las técnicas utilizadas, el electroshock y lobotomías. Un cuestionamiento a la psiquiatría como disciplina al servicio del control social e individual, que etiqueta y medicaliza la vida de los sujetos con efectos deshumanizantes. Y, como si fuera poco, la privación de derechos básicos de las personas: como tenerlas hacinadas, aisladas, marginadas, siendo todas ellas objeto de estudio de una medicina positivista, y consideradas como un peligro social.

Tal como dice Vainer (2000) “se veía a la psiquiatría como instrumento de las necesidades del sistema imperante, que creaba y mantenía las enfermedades mentales. Por eso los anti-psiquiatras se proponían luchar no sólo por los pacientes psiquiátricos, sino junto y por oprimidos del mundo” (p.1). Con este contexto como fundamento comienzan a cuestionarse las instituciones y con ellas los manicomios, la concepción de la enfermedad mental. En diferentes partes del mundo comienza a dispersarse el movimiento desmanicomializador.

La psicoterapia institucional en Francia surge aproximadamente en los años cuarenta, en un clima de posguerra, con Tousquelles, Oury, Deleuze y Guattari. Basada en el psicoanálisis y orientada a lo colectivo, esta práctica no consistía exclusivamente en ir contra las instituciones sino que se proponía conocer el funcionamiento interno y ver cómo éstas sacan a la luz la dinámica (Volco, 2001). Un ejemplo de estas instituciones es la clínica fundada por Tousquelles, donde quienes se encontraban internados se manejaban libremente y los terapeutas eran elegidos por la

transferencia que había con ellos y no, dados o impuestos de antemano. Un funcionamiento dentro de la institución que se concebía de manera diferente, respecto de los horarios, organización de salas, etc.

En Inglaterra es David Cooper quien introduce el término antipsiquiatría, y la creación de comunidades terapéuticas. Un ejemplo de estas era Villa 21 que funcionaba dentro de un hospital psiquiátrico. Cooper luego radicaliza esta posición planteando las comunas político-terapéuticas, pensándolas para la Argentina, ya que éstas no eran comunidades terapéuticas tradicionales. Estas últimas tenían que ver con la lógica psiquiátrica clásica y Cooper precisamente buscaba destituir las prácticas que se desprenden de dicha lógica. El término comuna le permitía introducir la noción política; serían casas donde vivirían hasta 15 personas dentro (Vainer, 2000).

Franco Basaglia, fue un referente de la psiquiatría democrática y la izquierda en Italia, psiquiatra italiano, pionero en el movimiento antipsiquiátrico. Es Basaglia quien propugna la ley 180 con el cierre de los manicomios en Italia, permitiendo la salida de los internos y pensándolos como ciudadanos. Influida por la izquierda, funda un proceso de lucha contra estas instituciones que son, para él, instituciones de violencia. Teniendo en cuenta principalmente aquello que sucedía con los locos privados de su libertad y sus derechos, quienes además eran pobres. Lo cual los situaba en condiciones mucho más estigmatizantes y excluyentes.

Entonces, para poder pensar una real reforma psiquiátrica es necesario poder acompañar este proceso con una reforma en lo social, político, cultural, económico y -por la formación de los profesionales- en lo educativo.

Aquí podemos divisar el comienzo de alternativas al manicomio, algunas situadas dentro del hospital y otras que pretenden abolirlo y transformarlo teniendo en cuenta el contexto socio-político. De esta manera, se abren dos cuestiones respecto del mismo tema y planteo los siguientes interrogantes: ¿es suficiente con crear comunidades al interior de los hospitales psiquiátricos? ¿Qué tipo de relaciones reproducen? ¿Es cambiando la dinámica de funcionamiento de estas instituciones cómo se cambian las lógicas asilares? Debemos preguntarnos qué sucede frente a la necesidad de cerrar los manicomios. El cierre de éstos no refiere al recorte de personal ni eliminarla ediliciamente, desde la desmanicomialización se plantea poder utilizar los recursos existentes en los hospitales pero como un lugar donde la salud sea una y no diferenciando la salud de la salud mental. Es poniendo dichos recursos al servicio de la salud pública y para que los usuarios puedan acceder a la salud tal y como lo hace cualquier persona con determinada patología.

En este punto, creo necesario remarcar que tiene que haber una transformación del sistema de salud uniendo esfuerzos hacia lo que implica el acceso a la atención en el hospital general, existe la posibilidad de acceder a través de la atención primaria de la salud a centros de salud, por ejemplo, donde vemos que se implementa este intento de una descentralización y una mejor distribución territorial y cercana a la comunidad de la salud.

De nuevo, la cuestión no es solamente material. Tenemos que plantearnos si creemos que la caída de los muros está saldada con el cierre de los manicomios; sabemos que los muros ideológicos existen y son manicomiales de igual manera. Esta arista de la cuestión implica pensar acerca de las representaciones sociales construidas en base a la locura, sobre los llamados "sujetos peligrosos", tal como explica el apartado anterior. En torno a esto se generan estigmatizaciones, etiquetas y

miedo a este otro que, al ser considerado una alteridad, resulta peligrosa. Un otro que es diferente a mí, y que puede causar daño. Cuestionamos a un sistema que es de por sí excluyente de la alteridad y que contribuye a que ese otro no sea considerado un semejante.

En esta instancia, es importante traer aquí la responsabilidad que tiene el Estado frente al armado de políticas públicas y estrategias que puedan estar a la altura de lo que es tema de todos. Es en este sentido, que del armado de éstas, tienen que ser partícipes quienes conforman los movimientos de usuarios, familiares y trabajadores de Salud Mental que son quienes exigen al Estado poder hacerlo, ya que se trata de poner en el centro “Nada de nosotros sin nosotros”, tal como reza su lema. ¿Qué no estamos haciendo para que esta percepción del otro no me resulte amenazante y pueda ser vista como semejante a mí? Las lógicas positivistas, médicas hegemónicas, la psiquiatría manicomial y la normalización forjaron una sociedad en la cual la diferencia no es asimilada, sino bajo la amenaza y la peligrosidad. Consecuentemente a esto el lazo social se encuentra fragmentado.

Deberíamos pensar cómo desarmar estas lógicas que siguen siendo excluyentes, aún fuera de esos muros; estos muros construidos en base a imaginarios sociales, sus representaciones sociales y las condiciones de existencia que resultan determinantes en la construcción de la locura. Es decir, las lógicas manicomiales sobre las que están las prácticas sociales todas, que funcionan por fuera de estos muros y que nos llevan inevitablemente a tener que realizar un cambio cultural y social.

## Argentina: psicoanálisis y política como herramientas para la contribución a la salud mental

Nuestro país, además de tener una tradición fuertemente psicoanalítica, tiene una historia de lucha muy extensa. Es por esto que Argentina no quedó exenta de este movimiento desmanicomializador y del intento de transformar la realidad. Es en este sentido que se fue configurando y entendiendo a la salud mental como un campo amplio y en constante movimiento que refleja tensiones, conflictos e intereses en disputa.

Es necesario desplegar, al menos como posicionamiento epistemológico, dos aristas respecto de una conceptualización de salud mental. En primer lugar, la salud mental como campo. Galende (2008) sitúa que este es “siguiendo a Bourdieu (1982), un espacio de lucha simbólica por establecer el dominio y la hegemonía de las definiciones, de las interpretaciones, de los valores que están en juego, del reconocimiento social y la legitimación de sus prácticas” (Galende, 2008, p.1). Resulta menester, en segundo lugar, exponer aquí un posicionamiento respecto del concepto de salud en contraposición de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, entendida como un completo estado de bienestar físico, mental y social, planteada así la salud desde una concepción más estática.

Por el contrario, Ferrara (1985) la define como “un continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad” (Ferrara, 1985, p. 10). Una cuestión que quisiera retomar del autor es que lo patológico no se define a partir de la existencia del conflicto sino en la imposibilidad o el bloqueo de su resolución. Como una idea de acción frente a este conflicto, de transformación de la realidad. En tanto que Stolkiner (2012) también cuestiona el carácter a-histórico, individual de la definición de la OMS en posguerra que responde al modelo biomédico hegemónico, situando el término “salud-enfermedad-cuidado”. La autora plantea que la noción de “cuidado” tiene una connotación más amplia, integral que implica relaciones horizontales, simétricas y participativas, descentrando la atención designada exclusivamente en las instituciones y corriendo el eje a las vidas cotidianas, las prácticas de los conjuntos sociales y lxs sujetxs donde se suceden buena parte de las acciones de salud.

Resulta pertinente realizar una breve historización para entender nuestra actualidad. Es preciso remontarnos a los años sesenta con la dictadura de Onganía; la brutal represión en las universidades y la prohibición para los analistas en el ejercicio de la psicoterapia. La organización masiva de estudiantes, más otros sectores que se fueron sumando, dieron lugar a varios procesos de transformación en nuestro país. En consonancia con lo que sucedía a nivel mundial, en Argentina en 1969, con el “Cordobazo”, se abre un camino a la lucha popular marcando el fin de lo que sería la dictadura. Esto tendría efectos en el campo de la salud mental, el cierre de la carrera de psicología, cambios en la práctica de los analistas y varios de ellos detenidos. Unidos a la huelga general, los analistas realizaron un paro, permitiendo entrecruzamiento entre el psicoanálisis y la política. (Carpintero y Vainer, 2019) Sería en vano intentar separar la clínica de lo político, la teoría del contexto socio-histórico. Entender que toda práctica es política es fundamental y hace a la transformación de la realidad social.

En conocimiento de los movimientos que se estaban gestando en el mundo como la reforma antipsiquiátrica, las comunidades terapéuticas, Argentina estaba siendo parte de ese proceso desinstitucionalizador. Abonó a la implicación de los Trabajadores de Salud Mental, ya no sólo como profesionales sino que como trabajadores protagonistas del cambio político y social. Las instituciones más importantes en el momento eran la Federación Argentina de Psiquiatras, la Asociación

de Psicólogos de Buenos Aires, y la ruptura de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Se pensaba la práctica profesional empapada por los devenires que sufría el país políticamente.

El compromiso político de los analistas y este entrecruzamiento entre psicoanálisis y política, permitieron cuestionar las medidas a nivel nacional y también poder enfrentar a los profesionales que sostenían lo manicomial, instaurando otra visión posible de la práctica clínica. De esta manera, los trabajadores de la salud de sectores progresistas intentaron llevar estas alternativas por la línea de la desmanicomialización.

La sanción de la ley nacional 17.102 en 1966, buscó la privatización de los hospitales públicos, tuvo como objetivo desresponsabilizar al Estado nacional de la gestión pública en salud para que lo hicieran desde la provincia y el municipio, hasta estar a cargo de entes privados. (Carpintero y Vainer, 2019). Todos los intentos de la desmanicomialización o la desinstitucionalización, en ese contexto, estaban al servicio de políticas neoliberales con el fin de liberar las camas para reducir el “gasto público” en salud ya que, el hecho de que no haya gente en los hospitales era funcional a las ideas privatizadoras. En este sentido, los intentos hacia una desinstitucionalización no deben ser leídos en términos neoliberales sino que deben tender a la formulación de políticas públicas, en donde la mirada hacia la salud sea integral. La salud mental en contextos neoliberales, privatizadores, donde la salud es una mercancía se ve manicomializada; por eso nuestra lucha es contra estas condiciones de vida que la refuerzan. Desmanicomializar es intentar cambiar la realidad provocando transformaciones culturales y sociales, de lo contrario continuamos reproduciendo lógicas manicomiales.

Luego con la dictadura más cruel de nuestro país, la del '76, y las medidas tomadas como la privatización, el desfinanciamiento de la salud (entendida como objeto mercantilizado y no como un derecho), se vio profundizado. Muchos de los profesionales que abogaron por transformar la realidad se vieron llevados al exilio. De este modo, la dictadura, la represión, tortura y desaparición de compañeros contribuyó a hundir la vida cotidiana en lo siniestro. ¿Cómo pensar la salud mental en ese momento y el lazo si todo estaba bajo la esfera de la represión y la tortura? Ulloa (1987) en *Cuestionamos* cita a Fidel Castro diciendo: “La tortura es absolutamente contrarrevolucionaria en cualquier circunstancia”.

Si nos remitimos a la vida en los manicomios, como situando un paralelo a esta privación de libertad y otros derechos, la tortura es un método que emplean para mantener a las personas bajo control. Supongamos que ya no sean el electroshock (aunque sabemos que sí se sigue administrando) ni los chalecos de fuerza los métodos actuales, sabemos que utilizan de igual modo los chalecos químicos. La farmacología aparece como un nuevo método de control sobre la vida.

Retomando aquello planteado anteriormente sobre la última dictadura militar, esto trajo consecuencias a pesar de los esfuerzos y de los logros que se habían conseguido en el campo de la salud mental. Con la vuelta a la democracia, y en contexto de la declaración de la OMS de la Conferencia de Alma Ata y el inicio del modelo de Atención Primaria de la Salud, sitió la creación de alternativas a las lógicas manicomiales sucedidas en Argentina.

## De Rio Negro como experiencia de sustitución a las lógicas manicomiales, a Santa Fe

Los lineamientos de la Conferencia de Alma Ata dieron lugar a la configuración de políticas en salud pensadas en relación a la Atención Primaria de la Salud (APS). Según Galende: La Atención Primaria es una concepción general de la salud que va más allá de los criterios de una medicina que está centrada en la enfermedad, es una estrategia de organización de los sistemas de atención de la salud, que deberá estar

basada en la integración de las actividades curativas de prevención y promoción de la salud, y la puesta del hospital al servicio de esta estrategia, nunca el centro del sistema. Debe a su vez tener en cuenta que la respuesta a los problemas de la salud no pueden provenir solamente del sistema sanitario, sino que requiere la intervención de dominios sociales, culturales y económicos (Galende, 1990, p. 221).

En este sentido, y partiendo de la APS, las intervenciones deben ser integrales frente a las problemáticas en salud pero esto también supone que estén enmarcadas en políticas públicas que estén destinadas y dirigidas a dar respuesta a la comunidad y paliar las problemáticas en torno a condiciones sociales, económicas; es decir, de mejorar la calidad de vida.

En tanto hablamos de la desmanicomialización, debemos mencionar a Hugo Cohen y Graciella Natella quienes fueron parte y protagonizaron el proceso desmanicomializador de una de las experiencias precursoras sucedidas en nuestro país: la experiencia de Rio Negro. Con la sanción de la ley 2440 en 1991, se intentó pensar estrategias para cambiar el modelo de asistencia tradicional por otro que apunte a uno de salud mental comunitaria. Planteando en sus artículos que se recupere la identidad, dignidad y respeto de la persona y su reinserción comunitaria, y que los equipos determinarán las estrategias necesarias acordes a cada paciente singularmente. Los ejes de trabajo planteados refieren a la descentralización, el trabajo comunitario e interdisciplinario, mantener los vínculos y la reinserción en el medio, en un marco de prohibición de los manicomios.

Resulta paradójico el planteamiento de dichos ejes en un contexto de las políticas neoliberales que caracterizaron los '90 en nuestro país. Poniendo al frente al mercado, desresponsabilizando al Estado y un fuerte individualismo contribuyeron a la fragmentación de los lazos sociales.

Entonces el hecho de que se haya gestado esta experiencia con estos ejes, resultó fundamental para marcar un camino para la implementación de un modelo en salud diferente, comunitario, interdisciplinario y la evitación de las internaciones hospitalarias como estrategia.

Por otro lado, nuestra provincia en el año 2004 volvió a contar con una "Dirección de Salud Mental de Santa Fe" (DSMSF). Según Faraone "la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe tiene a su cargo la regulación y ejecución de acciones, organizaciones y servicios de asistencia en el campo de la salud mental". Faraone destaca que "la dirección es ejercida por un colegiado de gestión: el equipo interdisciplinario de dirección técnica, integrado por el director provincial, asesoría legal, asesoría de capacitación, asesoría de administración y los coordinadores de los diversos programas, áreas o dispositivos" (Faraone, Valero, 2013. p. 75-79). Se organizaron dos equipos de dirección técnica debido al territorio y la población que debía cubrirse, uno al norte en Santa Fe y el otro al sur en Rosario. Esto permitió dar

pie a los dispositivos desinstitucionalizadores y en consonancia con esto, se empezó a dar lugar a la sustitución de las lógicas manicomiales.

Si hablamos de estos lineamientos de la DSMSF en relación a la desinstitucionalización y la desmanicomialización, me parece importante poder dar cuenta de algunas legislaciones. Resulta menester, en un primer momento, mencionar los antecedentes provinciales respecto de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 sancionada en 1991 y reglamentada en 2007. Según Faraone (2012), ésta no determina el cierre de las instituciones psiquiátricas pero sí funda aquellos cimientos fundamentales para la nueva lógica de atención en salud mental en procesos desinstitucionalizadores. Dicha ley ya expresaba que las internaciones sean reducidas y que el paciente no pierda el contacto con el medio familiar y social. La autora expresa que desde su reconfiguración en 2004, la DSMSF “asumió un proyecto de gestión denominado Sustitución de Lógicas Manicomiales. Con este enfoque, organizó la asistencia en salud mental a partir de diversos programas estratégicos, constituyendo ejes clínico-políticos orientados a la construcción colectiva, interdisciplinaria e intersectorial de la salud”. (Faraone, 2012, p. 29).

En un segundo momento, hacer mención de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 sancionada en el año 2010 y reglamentada en 2013. Dicha ley presenta a un sujeto concebido como un sujeto de derechos; está planteado un paradigma desde los Derechos Humanos lo que implica entonces, pensar acerca de las condiciones de los usuarios. Partiendo de estas premisas, el usuario tiene derecho a estar informado respecto del tratamiento, y decidir en él, esto según las normas del consentimiento informado. La internación es el último recurso y en caso de que existan denuncias respecto de internaciones involuntarias, el Órgano de revisión entra en juego aquí. Este último tiene las funciones de controlar el cumplimiento de la ley, supervisar las condiciones de los tratamientos, de las internaciones, la solicitud de informes a las instituciones, velar por el derecho de las personas, realizar modificaciones a la legislación, contribuir a la creación de órganos de revisión provinciales. Con respecto a la modalidad de abordaje, ésta debe ser interdisciplinaria, intersectorial, apoyada sobre los principios de la Atención Primaria de la Salud y debe estar orientada a la restitución del lazo social. Como no pueden abrirse nuevos hospitales monovalentes, los ya existentes deben ajustarse a los principios de esta ley e ir sustituyendo las lógicas manicomiales mediante dispositivos alternativos.

## **Dispositivos sustitutivos a las lógicas manicomiales y sus posibles efectos sobre el lazo social**

En este apartado, que intenta un cierre, propongo presentar los dispositivos sustitutivos, mencionados en la introducción, para poder articular algunas cuestiones que restan pensar. En este punto me pregunto si la existencia de dispositivos sustitutivos supone que haya efectos sobre el lazo social. Ante todo poder situar aquello que, según Barembliit, es un dispositivo: “un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo Radical” (Barembliit, 1992, p.151).

Suponer la vida en los manicomios, para pensar los lazos sociales, implica poner en primer plano lo que sucede del “otro lado”: un “afuera” donde la vida ya está manicomializada, derechos básicos negados tales como son la salud, la libertad, vivienda y comida. Un determinado contexto produce un tipo de subjetividad en particular. Este sistema desigual, y el propio malestar en la cultura, produce no sólo sujetos sufrientes sino que también crea las condiciones para que haya un armado de peligrosidad en torno a éstos. Los somete bajo mecanismos de privación de estos derechos fundamentales, represión y tortura. Lo que inevitablemente trae como consecuencia que los lazos sociales se vean fragmentados, quebrados.

A modo de ejemplo, me resulta importante recuperar consignas grafiteadas por dispositivos sustitutivos que funcionan dentro de un hospital psiquiátrico. Este habla en sus paredes: “Hasta que los muros caigan”, “Arte, lucha, resistencia”. Planteando romper con este adentro y afuera que solo agudiza la exclusión y la locura, la soledad, el poder médico hegemónico, la psiquiatría manicomial, las violaciones vividas durante los años que pasan ahí dentro. Los años que pasan son décadas. Y un afuera que resulta hostil e indiferente.

En estos dispositivos se puede observar un armado de compañerismo y de afecto. Algo de lo planteado en apartados anteriores sobre la alteridad que constituye a este otro como un semejante, como un otro significativo. Es meramente la construcción del lazo. Siguiendo en esta línea, la lógica de la psicofarmacología que acalla subjetividades, las violaciones ocurridas por estas instituciones, hasta el extremo de compañeros internados desaparecidos dentro del hospital, no pueden resultarnos indiferentes. La palabra “lucha”, nombrada tantas veces, efectivamente refleja esa lucha diaria llevada a cabo a través del arte. Remarcando siempre esto: los muros deben caer, pero que desmanicomializar requiere de una construcción colectiva para una posible restitución del lazo social.

Cabe destacar lo que sitúa un momento bisagra en la historia de nuestro país: la sanción de la ley 26.657. Por primera vez se plantea como objetivo central una fecha para la sustitución y cierre definitivo de los manicomios, esto es, para el año 2020; paradójicamente el corriente año de este trabajo. Esta acción implica desarmar las lógicas del poder psiquiátrico, las prácticas sociales que conllevan a la mortificación de los sujetos, de su vida, su subjetividad. Que pueda hacerse un viraje hacia otra forma de hacer y construir la salud mental, implica estar posicionados desde paradigmas desmanicomializadores: en red con trabajo interdisciplinario, intersectorial, en el territorio, comunitario y tejiendo lazos.

En la provincia de Santa Fe, se crearon diferentes dispositivos, con el fin de que sea una propuesta alternativa: los viveros inclusivos, dispositivos de microemprendimientos, “tocadiscos”, centros de día, espacios productivos, residencias

compartidas, entre otros. Permitieron el intercambio entre los vecinos que ya se encontraban asistiendo al centro sanitario, aquellos que no solían hacerlo, y los trabajadores de la salud de los equipos. (Faraone, 2012) Estas redes, las nuevas formas de vincularse y relacionarse, dan lugar a la reconstrucción de los lazos sociales. Entendiendo que en momentos tan duros como los de crisis económicas, sociales, sumado a las ya existentes condiciones materiales de existencia de las comunidades, los lazos se ven mucho más fragmentados. Estos espacios abonan a los momentos compartidos, el encuentro, conocerse con otros, producir objetos y la inclusión de personas no usuarias construyendo entre los actores sociales la salud mental. En este sentido, se intenta poner énfasis en el mantenimiento de los vínculos con el medio social, con el entorno, con la familia y con la comunidad.

Al establecer estas relaciones la responsabilidad pasa a ser de todos; la persona ya no es un objeto pasible de intervención y de ser encerrada sino que estos dispositivos se ponen en funcionamiento en el territorio de la población. Fundamental para pensar la accesibilidad, para paliar otras problemáticas que también hacen a la salud mental. La cotidianidad de los barrios, la violencia en estos, las vivencias de los vecinos, su referencia a los efectores, los vínculos que se van gestando, el lazo social.

En este sentido, resulta interesante la noción de lazo social que expone Carballeda diciendo que es

un mecanismo atravesado por lo simbólico, que da cuenta de la relación entre sujeto y mundo social, es singular y está compuesto por elementos materiales y múltiples significaciones y se hace necesario en la construcción de subjetividad, dado que actúa como mediador en la construcción de diferentes sistemas de significados y valores que nos hacen sujetos (Carballeda, 2018, p.59).

Retomo una frase oída en otro dispositivo sustitutivo “No sólo existe el amor de pareja, están los hijos, los hermanos, lo que hacemos acá; esto es amor”.

Esa frase resulta ejemplificadora de aquello que se construye y sucede en los encuentros, la relación vincular con otros tiene sus efectos para el armado o el reforzamiento del lazo social. Esta construcción y su reforzamiento no puede darse sin la ternura que, tal como la plantea Ulloa, es “el escenario mayor donde se da el rotundo pasaje del sujeto a la condición pulsional humana” (Ulloa, 1995, p.241). En vez de desalmar al sujeto como hace la mortificación, ésta crea el alma.

Tomo este concepto de la ternura como fundamento del sostenimiento de los lazos sociales y creo que es nodal para seguir repensando cómo poder restituirlos, rearmarlos, reforzarlos y construir una salud que sea para y entre todos. El eje que recorre todo lo planteado hasta acá refiere a un cambio de las condiciones en las que vivimos, un cambio cultural, social; una transformación de la realidad. Para esto hay que luchar colectivamente.

## **Conclusiones**

Llegado el momento de concluir me encuentro aún con interrogantes y varias discusiones sin acabar respecto de lo expuesto. La intención de este trabajo reside en poder articular conceptos, prácticas, poner en tensión los discursos y ponerlas a la luz de las discusiones actuales. Intentando pensar cuál es nuestro rol como futuros profesionales, como futuros trabajadores de la salud y agentes de cambio. Entendiendo que es necesario repensar nuestra formación, apostando a construir pensamiento crítico y mirando en retrospectiva el camino recorrido hasta acá con todo el bagaje que traemos de estos años de carrera. Siguiendo entonces con este trabajo en el año donde ya se encuentra vencido el plazo (establecido hace diez años), para el cierre y sustitución de los manicomios en el año 2020, nos resta repensar cuál es el camino a seguir.

Desde un paradigma de la psiquiatría clásica y los preceptos del modelo médico hegemónico, que imparten una medicalización de la vida, observamos que el tipo de lazo social que se configura se encuentra quebrantado, fragilizado. Esto resulta de las representaciones sociales que se sostienen de la locura, desprendiéndose de éstas la estigmatización, la percepción del otro como ajeno, extraño y peligroso. Un otro susceptible de ser encerrado y objeto de intervenciones por parte del poder disciplinario. Esto no puede producirse sin la existencia de políticas que den lugar a planes, estrategias que hacen a la formación de profesionales. Para evitar así, manicomializar las vidas, y reproducir representaciones sociales inundadas de estos sentidos, discursos y prácticas que las sostienen produciendo previas estaciones manicomiales. Resulta pertinente volver a remarcar la necesidad de un cambio político, social, económico, educativo y cultural.

A partir de las legislaciones que enmarcan nuestras prácticas y acciones, podemos intentar seguir construyendo nuevos modos de trabajar y producir saberes para concebir a los sujetos de manera diferente, centralmente desde una perspectiva de Derechos Humanos. Dichas legislaciones, nos abren un camino sobre el cual cimentar nuestras posiciones al respecto. Cabe destacar que la sanción de éstas son producto de luchas incansables del pueblo en su conjunto. En tal sentido, es necesario que nuestros esfuerzos estén dirigidos hacia una transformación de la realidad y las condiciones de vida actuales.

Habiendo dado cuenta de algunos sucesos ocurridos en Argentina, los desarrollos producidos en torno a la construcción de la salud mental (con sus vicisitudes); y siendo éste un país marcado por las luchas frente a la tortura, la mortificación, el silencio y las desapariciones, no podemos hacer caso omiso a la historia que nos atraviesa.

Cuando decimos transformación de la realidad implica revisar y hacernos cargo de qué tipo de formación queremos y cuál es la que necesitamos, qué tipo de discursos nos atraviesan, cuáles son los que reproducimos y poder cuestionarlos. No entender nuestros planes de estudio como meras acumulaciones teóricas, abstractas.

A partir del motor del presente trabajo, que propone problematizar la falta de acercamientos al campo y de la necesidad de prácticas en el territorio, me resulta interesante realizar un posible aporte pensando en acciones y puestas en tensión de los saberes de manera extra muros -de nuestra casa de estudios- y el anhelo de continuar en este camino. Situándonos desde la Universidad Pública, es necesario

entender que nuestra formación y posición (pre) profesional se enmarcan en la toma de posturas epistemológicas, éticas, clínicas y políticas. De esta manera, habiendo mencionado en apartados anteriores, los efectos que la manicomialización produce, tales como la mortificación de los sujetos, el resquebrajamiento y ruptura de los lazos sociales, encuentro como una posible salida restituir, mediante la lucha colectiva entre movimientos populares, profesionales, estudiantes, trabajadores organizados, los lazos sociales.

Mi paso por la universidad, por un movimiento político organizado que intenta transformar la realidad, la lucha por un mundo más justo, las palabras grafitadas en las paredes del hospital hacen eco en este trabajo: “lucha y resistencia”, de eso se trata. Continuando en el camino de la lucha por el cierre definitivo de los manicomios, sosteniendo la ternura como fundamento de los derechos humanos, con el objetivo de construir una salud comunitaria y la transformación de nuestra vida cotidiana.

Al decir de Pichón Riviere: “En un proceso de liberación, la lucha por la salud no es sólo la lucha contra la enfermedad, sino, esencialmente, contra los factores que la generan y refuerzan” (1993, p.86).

## **Referencias bibliográficas**

Barembliit, G. y otros. (1987). *Cuestionamos. 1971: Plataforma Documento. Ruptura con la APA*. Buenos Aires: Ed. Búsqueda

Barembliit, G. (2005). *Compendio de análisis institucional*. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía Editorial

Basaglia, F. (1970). *La institución negada*. Barcelona: Barral Editores.

Carballeda, A (2013). "La intervención social en los escenarios actuales: una mirada al contexto y el lazo social". En *Revista Intervención*. N°3

Carpintero, E., Vainer, A. (2019). "El cordobazo en la salud mental". *Página 12*. 07 de Septiembre de 2020  
<https://www.pagina12.com.ar/197012-el-cordobazo-en-la-salud-mental>

Cohen, H., Natella, G. (1995). *Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Ediciones.

Faraone, S. Valero, A (2012). "Accesibilidad y Derechos Humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego". *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 3, N°12, pp 28-34.

Faraone, S Valero, A (2013). *Dilemas en salud mental*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo

Ferrara, F. (1985). *Conceptualización del campo de la salud. Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.

Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós

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

Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ley N° 10.772. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina. 29 de noviembre de 1991

Ley N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina. 25 de noviembre de 2010.

Stolkiner, A. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina Social/Salud colectiva Latinoamericana. Buenos Aires: Vertex.

Stolkiner, A y Ferreyra, J. (2017). "El cambio es el retroceso". *Página 12*. Visita 16 de Septiembre de 2020.  
<https://www.pagina12.com.ar/13718-el-cambio-es-el-retroceso>

Ulloa, F. (1995). La Novela clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.

Vainer, A. (2000). "El padre de la antipsiquiatría vivió en la Argentina". *Revista Clepios, una revista para residentes de salud mental*, VI (1).

Vainer, A., Carpintero, E. (1999). "El día que hubo huelga de psicoanalistas". *Página 12* Visita 07 de Septiembre de 2020  
<https://www.pagina12.com.ar/1999/suple/psico/99-05/99-05-27/psico01.htm>

Volco, L., (2001). "Un modelo de tratamiento para la psicosis". *Revista Topía*. Visita el 10 de Septiembre de 2020 en  
<https://www.topia.com.ar/articulos/un-modelo-de-tratamiento-de-la-psicosis>

Zito Lema, V., (1993). *Conversaciones con Enrique Pichón Riviére sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco