

Trabajo Social y Salud Mental. Aportes posibles para pensar procesos de desinstitucionalización en salud

Por Camila I. Giménez

Camila I. Giménez. Licenciada en Trabajo Social. Jefa de Residentes del Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El presente trabajo retoma la experiencia de rotación de tercer año de la Residencia de Trabajo Social durante el período 2023-2024 en un Hospital Monovalente de Salud Mental para mujeres ubicado en la Provincia de Buenos Aires, Argentina; con la particularidad de verificarse la rotación por las salas de internación prolongada que albergan a una población con extrema vulnerabilidad social y en un dispositivo de externación ubicado al interior de las mismas.

En este documento se buscará recuperar los interrogantes, reflexiones y espacios de discusión que surgieron en mi rotación por dicha institución, así como discusiones que se fueron gestando en esos años como parte del sistema de Residencia, lo que incentivó la posibilidad de repensar algunas puntas analíticas provenientes del movimiento de Salud Mental Comunitaria.

Durante mi tránsito por este espacio comencé a preguntarme: ¿cómo es que se construyen intervenciones profesionales para acompañar procesos de externación a personas con años de institucionalización en un Monovalente desde una perspectiva de derechos?, ¿qué estrategias de intervención se establecen desde la institución manicomial para garantizar externaciones con perspectiva de derechos humanos?, ¿qué miradas priman en relación a los procesos de desinstitucionalización al interior de una institución total? Estos interrogantes se plasmaron en este escrito, cuyo objetivo es analizar las intervenciones profesionales en el acompañamiento de personas con internaciones prolongadas en instituciones totales y, de manera más particular, como parte de equipos de trabajo que promueven procesos de externación, con el propósito de recuperar la discusiones de los movimientos de reforma de las últimas décadas en relación a la desinstitucionalización en el campo de salud.

Se trata de un ensayo reflexivo basado en el diálogo entre teoría y práctica a partir de una revisión bibliográfica exhaustiva sobre los movimientos antiinstitucionales que se vienen gestando durante las últimas seis décadas en respuesta alternativa al modelo manicomial y asilar que se instituyó como modalidad y forma de abordaje de la Salud/Salud Mental. Para el alcance del mismo se hará uso de una metodología con diseño cualitativo e interpretativo, sustentado desde diversas técnicas de recolección y construcción de conocimiento y realizando una revisión de registros propios de mi transitar por el campo de la salud.

El trabajo se organiza en cuatro apartados. Se da inicio con las primeras aproximaciones teóricas sobre la locura en el campo de la filosofía y se describe brevemente el proceso en el cual es asociada al encierro y exclusión con el advenimiento del sistema capitalista.

En el segundo apartado se desarrolla cuando la locura es integrada al campo de la medicina con las categorías de enfermedad mental y trastorno, incorporándose en los procesos de medicalización de la vida.

En un tercer apartado se esbozan las diversas experiencias antiinstitucionales que se forjan en el campo de la Salud Mental retomadas de la literatura clásica para dar lugar a las experiencias argentinas. Y en el último apartado se recuperan las intervenciones profesionales en el acompañamiento de personas con internaciones prolongadas en instituciones totales y en equipos de trabajo que promueven procesos de externación desde una perspectiva de Salud Mental Comunitaria de derechos humanos. Por último, se esbozan las reflexiones finales.

Aproximaciones teóricas hacia la Locura como Enfermedad

A la hora de responder a la pregunta de qué entendemos por Salud Mental, es necesario dilucidar los sistemas clasificatorios que se fueron elaborando alrededor de este concepto. Se torna imprescindible conocer las diversas miradas que forjaron los interlocutores con los que nos vamos a encontrar en este campo de conocimiento y práctica.

Si elaboramos una revisión histórica, encontramos que uno de los primeros en escribir sobre “la locura” fue Foucault (1967), quien en su literatura tan extensa nos trae “Historia de la locura”, escrito que reconstruye -entre otros elementos- cómo nace la experiencia clásica de la locura (siglo XVI y XVII en Europa) y cómo ésta se encuentra asociada al surgimiento del hombre moderno y el lugar que va ocupando la razón. La historia de la locura es, planteado de la manera más sintética posible, la reconstrucción del objeto “locura” en tanto “lo otro” de aquel hombre moderno que, en su otredad, delimita a la “mismidad”, aquello que fue reconocido como propio de la humanidad en la modernidad.

Para responder a qué es Historia de la Locura, Foucault hace la pregunta arqueológica, la pregunta por el saber, por las condiciones históricas en las cuales tuvo lugar la construcción de ese objeto llamado locura a lo largo de las diferentes epistemes; entendiendo a estas últimas como las reglas de formación de los discursos que se establecen entre dos mutaciones del saber, entre lo mismo y lo otro, desde que son las que contienen y designan las líneas de demarcación donde delimitar lo otro sirve para construir a lo mismo, a lo aceptado frente a lo peligroso (Foucault, 2008).

Foucault nos ayuda a diferenciar y, a su vez, recuperar los diversos enunciados que dieron origen a la concepción de la locura como enfermedad, ya que la misma no siempre estuvo asociada a la enfermedad, ni al diagnóstico, ni a la medicina, y mucho menos al campo de la salud. Para buscar reconstruir esos enunciados encontramos que fueron variando los códigos del ver y del hablar, las grillas de lo visible y de lo enunciable, la forma de la mirada y la palabra (Foucault, 1967). Estos discursos, caracterizados por ser heterogéneos, dispersos y diversos entre sí, tienen una regularidad que permite pensarlos juntos en su dispersión. En la Edad Media (siglo V y XV) y el Renacimiento (siglo XV y XVI) europeos, la locura era liberada *-I-*, asociada a los ritos y a la sacralidad, y el mecanismo de segregación estaba vinculado a los leproarios (como estructura y espacio social de exclusión que se sostiene). Luego, es en la Edad Clásica cuando la locura reemplaza a la lepra en tanto figura de otredad y asimismo es silenciada y se la asocia al encierro como mecanismo de

control de los cuerpos. Este silenciamiento se refuerza con la idea de que la locura es un pensamiento incorrecto, se hace imposible como pensamiento y, como mencionamos con anterioridad, la que domina es la razón (Foucault, 2005).

Así, se va perdiendo la sacralidad y la locura ya no es una cuestión religiosa sino social. Es en 1656 cuando se produce “el gran encierro”, un movimiento de reforma que trae consigo una reorganización administrativa de diversas instituciones ya existentes, que se unen bajo una agrupación única, el Hospital General, que tiene como función acoger, cuidar la subsistencia de los que están; se reconoce como una instancia de orden, no médica, que tiene que ver con una nueva sensibilidad ante la miseria y los deberes de asistencia (Foucault, 2005; Galende, 2008; Amarante, 2017; Foucault, 2021).

Tomando la historia como mapa que nos guía en la comprensión de la locura y su abordaje actual, el surgimiento del Hospital General coincide -indudablemente- con el surgimiento del modo de producción capitalista que trae como imperativo ordenador al Trabajo -2-, tanto para prevenir la mendicidad y la holgazanería como para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo. En este sentido, la moral y la economía no se encontraban disociadas. Va apareciendo la figura del encierro como técnica política que se va transformando en una técnica general de control y normalización de los cuerpos con el eslogan “dócil políticamente y útil económicamente” (Foucault, 2021). En esta línea, la moral es la que establece la lógica, es esencial para la estructura y entra en la escena social. Esta era clásica aportó la idea de una ética del trabajo, esto es que el trabajo puede hacer desaparecer la pobreza, la miseria y es capaz de moralizar. Trabajar es un beneficio ético y también lo es para la sociedad.

Estos argumentos, tomados de una perspectiva histórica y crítica de época, se podrían sintetizar y materializar en algunas líneas argumentativas derivadas de autores que sacan a debate, dentro del gueto político anticapitalista, el tema de la locura (Vegas, 2010; Amarante, 2017)

...cuando toda la realidad es espectacular, rechazar el espectáculo significa estar fuera de la realidad. Quien rechaza doblegarse ante el código de la mercancía está loco. Rechazar doblegarse ante el dios de la mercancía significa ser encerrado en un manicomio (...) el manicomio es la racionalización más perfecta del tiempo libre. La suspensión del trabajo sin traumas para la estructura mercantil. La ausencia de productividad sin negación de la productividad. El loco no necesita trabajar y, al no trabajar, confirma la sabiduría del trabajo como contrario a la norma (Vegas, 2010: 100-101)

En su normativización de la vida de los individuos el capitalismo impone sus condiciones de normalidad y error. Y es aquí donde aparece la idea de encierro y exclusión de lo inútil, la locura en su conversión de utilidad. El loco es el resto de esta operación, el pobre. Esto nos lleva a la mirada contemporánea de la locura, es decir a la introducción de la corriente psiquiátrica que se fue incorporando y apoyando en el campo de la medicina. En el siguiente apartado se hará foco en la construcción de diagnósticos que vienen a generar ciertas torsiones en términos de epistemes y tratamientos.

De Enfermedad Mental a Trastorno: la libertad es un valor si el encierro es un castigo

Entrado el siglo XIX, con la corriente positivista en auge, la psiquiatría (Pinel, Esquirol, Kraepelin) asume la tarea (y el deseo) de fundar un conocimiento basado en la posibilidad de

ubicar al sujeto sufriente en el lugar de un objeto natural. Se piensa que la enfermedad mental, conceptualizada como hecho natural, podría ser el camino al progreso de los conocimientos y así descubrir sus causas, lo que llevaría a una comprensión definitiva del problema de la locura. Ya constituido el espacio social diferenciado de la locura, de lo otro, con la operación de diferenciación ligada a la institucionalización de un determinado ámbito social, se abre la posibilidad de convertir a aquellas personas en objeto de conocimiento (Pinel, en Galende, 2015).

Se instituye un espacio -el manicomio- y una figura médica representada en el médico asilar, que es el primer médico que añade a sus funciones el poder civil, dado que es “un funcionario con poder de legislar y de policía sobre los sujetos considerados enfermos” (Galende, 1990:122). El mismo se puede comparar con un médico militar, al que a su condición de médico se le agrega el grado en la jerarquía de la institución. Allí preexiste una relación social instituida que confiere a la figura médica un poder reglamentario especial (real) hacia lxs enfermxs -3-, encontrando su respaldo en las transferencias que genere hacia ellxs. Esta instancia médica con legitimación jurídica, nos dice Galende, resulta eficaz ya que anuda una red de poderes libidinales complejos que convierte al psiquiatra en un soporte privilegiado de transferencias. Así, “la imbricación del poder jurídico (sobre alienación-internamiento-segregación) y las potencias libidinales (transferencias) produce en la figura del psiquiatra y la institución asilar un poder específico” (Ibidem, 1990:122), construyendo de ese modo un poder absoluto en el mundo de lo tangible e intangible que puede controlar y dominar a la locura.

Es en el terreno francés y con la Ley N° 1838 (de 1838), que se organiza la psiquiatría como disciplina de lo mental. Se organizan un conjunto de prácticas médico-psiquiátricas dejando atrás el tratamiento moral de la enfermedad mental para dedicarse en su totalidad al tratamiento paternalista. De modo institucional, la locura adquiere la forma de asilo médico. El aislamiento se legitima ya no como segregación y custodia sino como tratamiento médico; es un momento histórico de constitución de un nuevo sector social, el de la medicina mental, hegemonizada por la psiquiatría como disciplina médica, produciéndose una nueva concepción del daño subjetivo: la locura pasa a tener estatuto [sic] de enfermedad (Galende, 1990; Galende, 2008; Galende, 2015).

Tanto el concepto de enfermedad mental como el de trastorno están arraigados a la medicina, a la captura del campo médico y, concretamente, mediante el proceso de medicalización el espacio hospitalario emerge como único posible de intervención. Es decir que el hospital se convirtió en la principal institución médica; esto es, la medicina se lo apropió. En contrapartida, la medicina se volvió un saber y una práctica predominantemente hospitalaria, lo que fue moldeando la medicina hegemónica occidental que implicaba “una relación con la enfermedad como objeto abstracto y natural y no con el sujeto de la experiencia de la enfermedad” (Amarante, 2017, p.18).

Resulta interesante la traslación de la noción de enfermedad mental a trastorno, lo que abre el abordaje de cada vez mayores cuestiones de la vida que son capturadas por el campo médico. Partiendo de la noción de trastorno mental es que la psiquiatría, como práctica política, conforma y “encuentra nuevos nichos de control social que instituyen innovaciones al proceso de medicalización, redefiniendo la significación de lo normal o lo patológico (siempre en términos de anormalidad) y las terapéuticas, específicamente las de encierro institucional” (Faraone, 2013, p.32). Es así que, acompañando el encierro físico en las infraestructuras preparadas para ello, se fue consolidando una lógica manicomial conformada por un conjunto de prácticas y saberes que traspasan la estructura física en sí, que sostienen el aislamiento, la patologización y medicalización en instituciones disciplinarias con fines de “cura”.

Siguiendo a Faraone (2013), la noción de trastorno mental reubica al campo de la Salud Mental, tanto sus estrategias como sus prácticas, en una nueva dimensión de la medicalización de los

problemas sociales, la cual no es nueva en este campo. Pero es a partir de la definición de este término que adquiere mayor relevancia en procesos farmacologizantes, tomando así ya no sólo la enfermedad como objeto de intervención sino a la salud en general.

Hacia modelos antiinstitucionales: literatura clásica y de basamento

La tríada compuesta por Foucault, Goffman y Basaglia sienta las bases para una crítica de la enfermedad mental y brinda los elementos analíticos necesarios para avanzar hacia la institucionalización de prácticas nuevas, alternativas y sustitutivas de las existentes.

Por su parte, Goffman (1970) y Foucault (1967) insisten en el proceso de exclusión y en la producción científico-institucional del enfermo mental que, como bien lo visibilizan Colucci et. al. (2006) en sus análisis, ponen en evidencia las técnicas disciplinarias existentes que tienen por objetivo individualizar al paciente y transforman así su cuerpo útil y dócil para la ciencia, la institución y la sociedad (Ibidem: 150).

Estos autores nos brindan aportes para pensar la historia de las instituciones y la historia de la racionalidad que opera en estos espacios en los que desplegamos nuestras prácticas profesionales. Foucault, más interesado en mostrar y analizar la relación entre un conjunto de técnicas de poder y las formas, nos trae “Historia de la locura”, que mencionamos en apartados anteriores, el cual echa las bases para el desarrollo de un pensamiento crítico en el ámbito de las ciencias humanas, a partir del cual, la superación del análisis existencial se cumple como resultado de la experiencia institucional, esto es que la experiencia dentro de las instituciones nos proporciona un marco adicional que permite una comprensión más completa y compleja de la existencia humana (Colucci et. al, 2006; Foucault, 2021). Goffman, con un análisis vinculado al funcionamiento de las instituciones, nos brinda la categoría de “instituciones totales” -4-, cuyo modelo principal es el asilo psiquiátrico, definido como

lugares de residencia y trabajo en las que un número de individuos que comparten la situación de enfermo, aislados del resto de la sociedad durante un tiempo, en general muy prolongado y sin fecha ni razones ciertas para la salida, participan, en su condición de internados, de los rituales y ceremonias cotidianas que formalmente dirige un supuesto, y no siempre conocido, curador (Goffman, 1970, citado en Galende, 1990, pp. 109).

Son caracterizadas, principalmente, por la ruptura de las barreras que en la vida separan los ámbitos del dormir, trabajar y distenderse, es decir que todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad. Éstas absorben todo tiempo e intereses de las personas, expropiando la totalidad de sus necesidades, las que pasan a ser administradas mediante “la sistematización burocrática del funcionamiento del conjunto (...) que implica la existencia de un conjunto de normas formales estrictas y un grupo de funcionarios que encarnan la autoridad” (Ibidem: 110). Existen diversas instituciones totales y grados de lógicas totalizadoras, el extremo de ellas es, siguiendo a Pavorini (1994), el aniquilamiento.

Frente a los rasgos fundantes del modelo de atención manicomial y sus implicancias, argumento que se viene desandando en este escrito, es a mediados del siglo XX que se van gestando las primeras propuestas críticas al gran encierro.

Las primeras experiencias pueden sintetizarse en tres:

- la anglosajona, con las comunidades terapéuticas en Inglaterra, mediante las cuales se empieza a ensayar para arbitrar nuevas lógicas de trabajo con el corrimiento y rompimiento de las jerarquías institucionales por los tiempos de entreguerras y el surgimiento de nuevos padecimientos;
- la francesa, con la psiquiatría del sector, con la creación de servicios con distribución territorial por fuera del hospital psiquiátrico, que se inscribe en el marco de la política de salud de ese momento;
- la italiana, con la psiquiatría democrática, que centra el problema en la abolición de la institucionalización psiquiátrica. Si bien esta última propuesta se extendió por el mundo, fue limitando sus objetivos a la externación del paciente y al cierre de los manicomios.

Este último movimiento es el que pudo sostenerse y perdurar en el tiempo, y centra su reflexión alrededor del pasaje del paradigma de exclusión al de la integración social del enfermo mental, reforzando la idea de que este nuevo camino de inclusión debería proceder sobre dos vías paralelas, por un lado, la liberalización del hospital psiquiátrico y por el otro, la creación de una red de servicios extrahospitalarios que conlleva una reorganización territorial (Colucci, 2006). Se sostiene que si “estas propuestas extrahospitalarias no van acompañadas también por una simultánea destrucción del hospital psiquiátrico como espacio cerrado, forzado e institucionalizador, la acción quedará invalidada por la existencia del manicomio, que continuará actuando como una fuerza amenazante”(Basaglia, 1979, en Colucci, 2006, p. 126).

Asimismo, en este movimiento de reformas y con Basaglia (2019) como exponente principal, la responsabilidad del psiquiatra consiste en volver a discutir su propia autoridad que mantiene al enfermo en su papel de excluido. Basaglia, en sintonía con Foucault, se preocupaba de que la lucha contra el manicomio pudiera llevar a exportar la psiquiatría al exterior, multiplicando sus intervenciones en la vida cotidiana aunado a los procesos de medicalización, farmacologización y biologización de la salud. Es por ello que el movimiento sumó aristas a sus conceptualizaciones, considerando a la abolición del hospital psiquiátrico como "un momento absolutamente necesario, imprescindible, pero en sí mismo insignificante, dado que el problema del control social se ha desplazado ahora hacia fuera del hospital, cobrando un alcance por completo nuevo y distinto" (Ibidem, 123).

En esta línea de análisis, el hospital psiquiátrico se convierte en uno de los laboratorios en el que se experimenta el poder normalizador, por lo que el problema lo constituyen las técnicas y procedimientos de exclusión. Entonces Basaglia suma al concepto de institución total de Goffman, aclarando que las instituciones totales tienden a abrirse,

“pero en una sociedad totalmente institucionalizada, bajo el control de técnicas totalizadoras (...) las nuevas técnicas sobre las que se basa la rehabilitación de la enfermedad mental, centrada en la comunicación controlada (...) en la manipulación del grupo, son exportadas como nuevo medio de manipulación de las masas" (Basaglia, 1979, en Colucci, 2006, p.129)

Dichas reflexiones van aportando más dimensiones al abordaje de la enfermedad mental, los efectos de estas lógicas institucionales sobre las personas y las posibles prácticas sustitutivas a la asilar que nos lleva a repensar en la categoría de desinstitucionalización.

Intervención profesional y procesos de des/institucionalización

Este trabajo analítico se posiciona desde la categoría de desinstitucionalización, entendiendo a ésta como una deconstrucción de los sistemas instituidos en el campo de salud y la creación de nuevas instituciones para el abordaje de las problemáticas de nuestras sociedades actuales. Este concepto bajo foco de reflexión tendría en principio dos sentidos muy diversos. Por un lado, se asocia a procesos de deshospitalización y transinstitución, categorías hermanas que no necesariamente conllevan una restitución de derechos entendidas como política de externamiento, asociadas a acciones administrativas de reducción de camas en procesos de externación y a nuevas formas de internamiento. Por otro lado, se asocia al sentido de abolición de las formas e instituciones de control social y se fundamenta en la perspectiva antipsiquiatría (Rotelli et. al., 1987; Faraone et. al., 2013; Faraone et. al., 2015).

Esta última corriente entiende las experiencias de desinstitucionalización de manera pendular. Siguiendo a Faraone, es necesario que exista un Estado de Derechos. Lo político asume que ese concepto tenga un significado con avances y retrocesos en la lucha por instalar un nuevo marco de atención que tenga como base la defensa de los Derechos Humanos. En la actualidad, en el suelo argentino se puede ver cómo existen diversas experiencias reformadoras que cimientan las coordenadas de partida para transicionar de un modelo manicomial a un modelo de Salud Mental.

Entre los años 1983-1989, con la vuelta de la democracia, se crea la Dirección Nacional de Salud Mental como producto de los lineamientos impulsados por la creación del “Plan Nacional de Salud Mental”. En ese momento histórico, la misma motoriza un convenio con el Estado italiano para generar espacios de formación para profesionales con el objetivo de comenzar una transformación estructural en la arena de la Salud Mental Comunitaria. Desde el área gubernamental se promueven tres procesos simultáneos en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Río Negro, lo que instituyó procesos que organizaron el área y promovieron la apertura de programas participativos a nivel nacional. De esas tres experiencias, la desarrollada en la provincia de Río Negro fue la que pudo sostenerse en el tiempo (Faraone, 2013; Faraone, 2013; Stolkiner, 2015).

Entendiendo que para lograr una línea más analítica es necesario retomar los antecedentes, encontramos que el movimiento rionegrino es el que a fines de los 80 y principio de los 90 del siglo pasado promueve el primer cierre de manicomios (Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Allen) y promulga la primera Ley Provincial (N° 2440) de “Promoción sanitaria y social de las personas con sufrimiento Psíquico”, primera norma en la región en impulsar la reforma psiquiátrica, motivando un cambio profundo en la respuesta del Estado a las personas con sufrimiento mental -5-. Esta experiencia retoma el concepto de “desmanicomialización”, considerando que el proceso de transformación de las modalidades de atención y abordaje en Salud Mental excede el cierre de los manicomios, lo que resulta necesario pero insuficiente; es necesario desmanicomializar las cabezas (Elvira, 2021). Esta categoría, que en un principio estuvo asociada al cierre de salas, pone en el centro de análisis la sustitución de lógicas manicomiales, lo que implica sustituir estas lógicas en las prácticas.

En la actualidad, en la provincia de Buenos Aires nos encontramos con la coexistencia de instituciones manicomiales con prácticas sustitutivas que se refuerzan en la Ley Nacional de Salud

Mental (26.657/2010). Entre ellas, podemos ubicar el “Programa de Buenos Aires libre de manicomios” (RESO 2805/2020), documento base para el armado de planes de adecuación de los neuropsiquiátricos en la provincia, con su Ley provincial que adhiere a la nacional (14.580/2014). Y en esta línea se encuentran tanto el “Programa de Rehabilitación y Externación Asistida” (P.R.E.A.) del Hospital “José A. Esteves”, como los dispositivos de Centros de Día dentro del monovalente, espacio en el cual tuve la oportunidad de acompañar trayectorias de externación.

Luego de haber retomado brevemente la historización de la locura y las respuestas que se fueron creando para abordarla, me centraré en los elementos que nos brinda la Salud Mental Comunitaria. Esta perspectiva/enfoque invita a pensar a lxs usuarixs como sujetos de derechos y propicia la creación de espacios de generación de nuevas racionalidades en el abordaje del padecimiento, espacios forjados sobre una perspectiva que resignifique la producción de cuidados en salud e intensifique la accesibilidad al prever nuevas trayectorias de sentido no hospitalocéntricos y al jerarquizar la participación de la comunidad usuaria como una voz privilegiada en la detección de problemáticas y construcción de sus respuestas, para poder dar algunas coordenadas a la pregunta central de este escrito, de cómo construir intervenciones profesionales para acompañar procesos de externación a personas con años de institucionalización en un monovalente desde una perspectiva de derechos.

Si bien en la Ley de Respaldo Nacional se refuerza la idea de que las internaciones como indicaciones terapéuticas no pueden prolongarse con el fin de resolver problemáticas sociales o de vivienda (26657/2010, art. 15), al interior de las salas de larga estadía de los hospitales monovalentes se puede ver esta contradicción, el vínculo estrecho entre locura y pobreza. Aquí podemos ubicar una tensión y es que el problema de la institucionalización no tiene que ver meramente con lxs usuarixs o con el manicomio sino con la estructura social en su totalidad (Basaglia, 2008). Entonces pensar en prácticas desinsitucionalizantes nos llevaría a pensar en la conjunción de dimensiones y actorxs.

A continuación desarrollaré algunos lineamientos que desde mi experiencia profesional permiten -o por lo menos intentan- construir prácticas desinsitucionalizadoras en el marco de acompañamientos de procesos de externaciones a personas con varios años de residencia en un monovalente. Las mismas son el poner en el centro a la persona y sus proyectos, estar a disposición y generar un espacio diferenciado, dirimir poder para restituir salud y comprender que no existe una comprensión absoluta de la locura.

Poner en el centro a la persona y sus proyectos

A la hora de trabajar desde una perspectiva de derechos humanos con historias de tanto padecimiento de salud mental, resulta indispensable trabajar con la dignidad de la persona, mediante actos en salud (Merhy, 2021) que tomen la autonomía como un eje vertebrador de las prácticas. La pregunta -y piedra angular que puede orientar y dar elementos a nuestras intervenciones en salud mental- es pensar quién cuenta con autonomía plena y total sobre su vida y decisiones. A la hora de trabajar con grupos de externaciones, la autonomía en las prácticas que hacen a la vida cotidiana son puestas en evaluación para la construcción de proyectos viables según los proyectos de vida de cada persona. Estos resultan una apuesta, ya que son diversos los determinantes que atraviesan estos procesos de externación, más aún con tantos años de institucionalización, lo que requiere volver en reiteradas ocasiones al contexto, a la historia de vida, los proyectos vigentes y deseos de las personas. En un cambio de sentidos, la autonomía es puesta,

y se convierte, en un proceso -un camino a transitar- y no en una meta a alcanzar, logrando así poner en suspensión a la maquinaria manicomial.

Poner en el centro a la persona significa crear -sostener en el tiempo- intervenciones profesionales enmarcadas en los derechos humanos, lo que se sustenta en la capacidad de construir posibilidades de enunciación con esx otrx.

Estar a disposición y generar un espacio diferenciado

En contraposición a prácticas estandarizadas y protocolizadas, generar espacios con formato de “dispositivo” da lugar a la producción de trabajo vivo en acto (Merhy, 2021) y una clínica política (Sousa Campos, 2001). Son miradas que aportan elementos en la posibilidad/necesidad de construir actores sociales que discutan en la arena política, ya que como venimos desarrollando en este escrito, todo acto es político en términos de instalación de ciertas problemáticas en el campo médico, lo que da lugar también a las resistencias. Esta construcción de actores involucra a las personas con las que trabajamos, pero principalmente a lxs profesionales que pugnan contra lógicas manicomiales, en el espacio de una clínica ampliada, que entienda el sujeto en su contexto, que actúe sobre su malestar y al tiempo sobre la alienación social que lo provoca o potencia, entendiendo que no es patrimonio de los psiquiatras y los psicólogos sino que es una clínica que exija del equipo en pos del empoderamiento de los sujetos atendidos.

Generar un espacio diferenciado a los lugares que habitan estas personas en los hospitales psiquiátricos no es sino tomar en cuenta el deseo de las personas y, en el caso de que no aparezcan en lo inmediato, ir buscando con ellxs aquello que genere un bienestar en su día a día, lejos de imposiciones, de objetivos profesionales e institucionales para cumplir con la tarea. Es estar dispuestxs, presentes, para y cuando las personas nos convoquen, convirtiéndonos en conectorxs, posibilitadorxs, facilitadorxs de aquello por lo cual la persona nos habilita a trabajar.

Asimismo, implica trabajar con el derecho a la privacidad de las personas (26657/2010: art.7) que se encuentran atravesadas por prácticas desubjetivantes propias del manicomio, produciendo que las personas no puedan registrar nada como singular y propio. Contemplar espacios para resguardar la privacidad, como por ejemplo buscar espacios individuales para tener entrevistas, hace la diferencia en relación a su habitar estas instituciones en la que la despersonalización, desorientación y apartamiento de los códigos compartidos con la comunidad son acciones persistentes. Hacer salidas al centro, tomar el colectivo, buscar un lugar para merendar, que hagan alguna compra, supera la mera asistencia en las salidas y esta mirada restituye derechos.

Dirimir poder para restituir salud

En todo el mundo los hospitales psiquiátricos se han ocupado de cubrir problemas sociales de las personas que alojan y controlan. Recuperando análisis de apartados anteriores, la pobreza y la locura tienen un nexo indiscutible, lo que nos permite considerar la existencia de relaciones de poder al interior de los mismos y preguntarnos si es posible construir nuevas relaciones de poder que consideren a la persona por fuera del diagnóstico y resquebrajar así lo tan instituido sobre la “invalidez de lxs locxs”. La respuesta tiende a la afirmación, siempre y cuando podamos pensar otra forma de hacer salud, volver a pensar en salud (Spinelli, 2016), lo que implica crear prácticas fundantes en el territorio, en las instituciones, con la población, sin recetas ni respuestas construidas, más bien con la pregunta como guía en la acción, en la praxis, para superar de este

modo el fracaso del pensar sin actuar y actuar sin pensar. Es en esta coconstrucción que se podrían sostener otras relaciones de poder que no dejan de ser asimétricas en una institución médica, pero que puedan permitir y habilitar la palabra, en la búsqueda de superar las relaciones de opresión y vivir con la contradicción. Recuperando las palabras de un filósofo francés que retoma a Nietzsche, no es la contradicción la que mata al hombre, sino la oposición (Fernandez Savater, 2020).

No existe una comprensión absoluta de la locura

En diversos momentos históricos, han existido diferentes representaciones de la locura, enunciados que han tenido y tienen implicancias prácticas, subjetivas y sociales sobre las personas que portan esos significados. Si comprendemos la locura y los padecimientos subjetivos desde una perspectiva antropológica, sociológica y política, vemos que estos siempre suceden entre dos o más individuos, ya que el conocimiento y la interpretación de un acontecimiento ocurren entre al menos dos partes. Bajo esta mirada, todo padecimiento vuelve al contexto, al conjunto y a la comunidad; ello nos involucraría a todos y nos invitaría a repensar las categorías con las que conceptualizamos, vemos los diagnósticos y nos posicionamos en el armado de estrategias de acompañamiento a los sujetos.

Considerando los movimientos que buscan romper con el tan perpetuado modelo asilar, es necesario desmontar el manicomio social, el cual trasciende los muros de los neuropsiquiátricos y cimienta sus bases en el capacitismo y el cuerdismo, ejes rectores de la normalidad en nuestras sociedades actuales.

Con ansias de recuperar la dimensión de sujetos históricos, tomamos la noción de salud como defensa y producción de la vida frente a instituciones totalitarias que descalifican y despersonalizan toda trayectoria, sostenidas por eufemismos que pretenden "sanar, curar y rehabilitar" esas vidas y enmascaradas en posibles proyectos de externación como solución.

Al ocuparnos de los sujetos en su experiencia (y poner la enfermedad entre paréntesis) es que recuperamos la dimensión histórica, su vínculo con la existencia o no de proyectos de externación en los que se vieron involucrados, su relación con espacios comunitarios, con los tiempos de las ciudades y con el retorno a espacios socioafectivos (como ejemplos). Poder escuchar y considerar estos elementos al acompañar los procesos de externación de la mano de políticas públicas de externación, nos permitiría evitar la generación de prácticas totalizadoras fundamentadas en frases como "hoy hay una política, es necesario que esto salga". Comprendemos que los tiempos de las personas, las instituciones, los equipos de trabajo y las políticas públicas no siempre coinciden. Esto nos exige a estar alertas para no perpetuar los mecanismos de exclusión ya bien conocidos y mencionados a lo largo de este escrito.

Reflexiones finales

Escribir sobre la locura en tiempos modernos implica necesariamente historizar sobre las conceptualizaciones y enunciados que la configuran. Por ello, en este trabajo se ha intentado construir un hilo histórico sobre las prácticas, instituciones e implicancias subjetivas de los diversos modelos de atención en salud que podemos encontrar en la actualidad, con un enfoque particular en el campo de la Salud Mental.

En principio pudimos vislumbrar dos modelos vigentes para pensar la locura y el padecimiento humano, en primer lugar, uno que la comprende como objeto natural sobre el que se debe intervenir

con el fin de devolverle su racionalidad y en el que los mecanismos de abordaje se fundamentan en la exclusión y segregación. En el otro extremo se ubican corrientes que ponen en tensión el modelo anterior trabajando, por un lado, en la inclusión social y generación de espacios dignificantes, subjetivantes y restitutivos de los derechos vulnerados de personas con una larga historia de institucionalización, como también invitando a reflexionar sobre la mirada de la locura como enfermedad o trastorno plausible a ser diagnosticado, protocolizado, estandarizado, creando normativas que sustenten estas miradas arraigadas en la Salud Mental Comunitaria, sin considerarlas como un fin en sí mismo sino proponiendo una participación y militancia activa por parte de lxs profesionales de la salud.

Como bien fue recuperado en el escrito, estas experiencias de reforma se ven materializadas en nuestra provincia bajo la forma de instituciones manicomiales con prácticas sustitutivas, lo que nos llevaría a replantear los ejes del movimiento de la psiquiatría democrática italiana que bien recuperamos en nuestros suelos, no con el afán de replicarla como receta sino para repensar nuestros territorios y para ver las posibilidades que existen de iniciar/potenciar una tarea en pos de desarticular, recrear o desmontar el manicomio psiquiátrico y más aún el manicomio social que atraviesa nuestras vidas.

Consecuentemente, es desde estos procesos de desinstitucionalización que podemos pensar y actuar, actuar y pensar, y así armar intervenciones profesionales que se refuercen y resguarden en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010. Para ello debemos elaborar estrategias de intervención colocando en el centro a la persona con su dignidad y autonomía, trabajando en sus proyectos pensados desde la lógica de los procesos; hacerlo en forma conjunta, estar a disposición y generar un espacio diferenciado con la persona trabajando en la construcción del derecho a la privacidad y en la generación de espacios desubjetivantes. Por otro lado es necesario dirimir poder para restituir derechos en el armado de nuevas relaciones profesionales-pacientes desde que la relación que se da en una institución de salud es asimétrica. Debemos recuperar las voces de las personas con el propósito de eliminar relaciones de opresión y tener presente en cada momento que no existe una comprensión absoluta de la locura, para poder desplazar la enfermedad del sujeto y verlo así en su universo de significantes, historias, sufrimientos, alegrías, deseos, con la mirada puesta en los tiempos singulares de cada persona.

Con ansias de recuperar la dimensión de sujetos históricos, resulta necesario retomar la noción de salud como defensa y producción de la vida, frente a instituciones totalitarias que descalifican, despersonalizan, produciendo así trabajo mortífero.

Notas

-1- En las sociedades feudales, la locura era percibida como “quimera del mundo”, a la que “sólo se la separaba en sus formas extremas o peligrosas, su lugar era la naturaleza: se recomendaba el viaje, el reposo, alejarse del mundo de la ciudad” (Galende, 1990, p.125).

-2- En el período de manufactura en Europa (siglo XVI a XVIII), el gran encierro, la división manufacturera del trabajo y la razón cartesiana construyen al hombre moderno.

-3- En este escrito se utiliza la “x” para incluir las disidencias y una perspectiva de géneros - diversidades al documento. Con el propósito de trabajar sobre (y en contra) el binarismo y cissexismos que estructuran nuestra cultura, ya que el lenguaje tiene la fuerza de ser performativo.

-4- En nuestras sociedades pueden caracterizarse en cinco grupos: aquellas destinadas a cuidar a las personas incapaces e inofensivas; a cuidar a las personas que incapaces de cuidarse a sí mismas constituyen una amenaza involuntaria para la comunidad (hospitales psiquiátricos); a proteger a la comunidad contra quienes constituyen internamente un peligro y que no proponen como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos; aquellas destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral que se justifica por estos fundamentos instrumentales; y los denominados “refugios del mundo” que con frecuencia son espacios de formación de religiosos (Goffman, 1970, citado en Galende, 1990).

-5- Con la coexistencia de espacios y movimientos reformadores como: Radio “La Colifata”, Comunidad Popular “Peña Carlos Gardel”, Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos (Asociación Argentina Madres de Plaza de Mayo), entre otras.

Bibliografía utilizada

- Amarante, P. (2017). *Caminos y tendencias de las políticas de salud mental y atención psicosocial en Brasil*. En: Salud Mental y Atención Psicosocial. Colección Salud Mental Colectiva 7, Brasil: ed. Fiocruz.
- (2022). *Por una psiquiatría en defensa de la vida*. Revista Salud Colectiva, Volúmen XVIII. Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4194>
- Ardila-Gómez, S.; Hartfiel, M.I.; Fernández, M.A.; Ares Lavalle, G.; Borelli, M y Stolkiner, A. (2016). *El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales*. Revista Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2016.v12n2/265-278/es/>
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Editorial: Barral. Buenos Aires.
- Basaglia, F. (2019). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Editorial: Topía, 2ª ed. Buenos Aires.
- Cáceres, C.; Druetta, I.; Hartfiel, M. y Riva Roure, M.R. (2009). *El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales*. Revista Argentina de Psiquiatría: Vertex. Volúmen XX: 299 - 307. Editorial: Polemos. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec138.pdf>
- Carballeda, A. (2008). *Problemáticas sociales complejas y políticas públicas*. En Revista de la Universidad Icesi. Cali. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rece/n1/n1a11.pdf>
- (2010). *La intervención social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales*. En VI Época. Pp. 46-59. Ciudad de México. UNAM. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/23881>
- (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Revista Argentina de psiquiatría: Vertex. Volúmen XXIII: 38 - 45. Editorial: Polemos. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/issue/view/101/115>

- Cazorla Palomo, J. y Parra Ramajo, B. (2017). *El cambio en los modelos del trabajo social en salud mental: del modelo rehabilitador al modelo social*. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, N°24: 43-54. Universidad de Alicante. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72137/6/Alternativas_24_03.pdf
- CELS (2015). *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Ed. CELS. Argentina.
- (2022). *La transformación de los manicomios una experiencia de trabajo en el Hospital Melchor Romero con perspectiva de género*. Equipo de Salud Mental CELS. Centro de Estudios Legales y Sociales. Buenos Aires.
- Colucci, M. Pierangelo, DI (2006). *El Laboratorio de la Libertad*. Cap. IV: en BASAGLIA, FRANCO.105-160. Editorial: Nueva Visión, Buenos Aires.
- Chiarveti, S. (2008). *La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente*. En Revista Argentina de Clínica Psicológica. Volúmen XVII: 173- 182. Buenos Aires. Disponible en:
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_2/chiarveti_la%20reforma_en_salud_mental_argentina.pdf
- Cohen H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar editorial.
- Desviat, M. (2016). *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Editorial: Grupo 5. Colección Salud mental colectiva, N° 9. Madrid, España.
- Dimenstein, M. (2013). *La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental*. CS No. 11, 43–72, enero–junio 2013. Cali, Colombia. Disponible en:
https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1566/2037
- Elvira, M. (2021). *Desmanicomialización con participación comunitaria: la experiencia del Centro Cultural Camino Abierto*. Editorial Topia: Colección Fichas para el Siglo XXI. Argentina.
- Faraone, S. (2013). *Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones* En Salud Mental y Comunidad. UNLA (Pp. 29-40). Disponible en:
<https://revistas.unla.edu.ar/saludmentalycomunidad/article/view/4992>
- (2015). *Reformas estructurales, contexto nacional y procesos de transformación en el campo de la salud mental*. En Faraone, s. Bianchi, E. y Giraldez, S. (comp). *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales*. UBA. Sociales. Argentina. (Pp-63-78)
- Faraone, S.; Valero, A; Torricelli, F.; Rosendo, E.; Mendez, M. y Geller, Y. (2012). *Accesibilidad y Derechos Humanos: Análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego*. En Revista de Salud Pública Volúmen 3 N° 12. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:
<https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/336/271>

- Faraone, S. y Valero A. (comp) (2013). *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Edición Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires.
- Faraone, S.; Valero, A.; Bianchi, E. (2015). *Salir del pantano. Violencias, infancia y equipos de salud: claves para pensar dispositivos y acciones en salud mental*. Derecho y Ciencias Sociales. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica.
- Faraone, S.; Bianchi, E. y Giraldez, S. (2015). *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- Faraone, S. y Barcala Alejandra (2020). A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordinadas para una cartografía posible. Editorial Teseo.
- Fernández - Savater, A. (2020). *Habitar y Gobernar. Inspiraciones para una nueva concepción política*. Editorial: NED ediciones, 1ª ed. Argentina.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires. Editorial: Fondo de Cultura Económica.
- (2008). *La arqueología del saber*. Buenos Aires. Editorial: Siglo XXI.
- (2021). *Historia de la Locura en la época clásica I*. Foucault Michel Breviarios. Editorial: Fondo de Cultura Económica, 3ª ed (FCE Argentina) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- (2021). *Historia de la Locura en la época clásica II*. Foucault Michel Breviarios. Editorial: Fondo de Cultura Económica, 3ª ed (FCE Argentina) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Editorial: Paidós, 1ª ed. Buenos Aires. Argentina.
- (2008). *Psicofármacos y Salud Mental*. Editorial: Lugar Editorial, 1ªed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Editorial: Lugar Editorial, 1ªed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Garcés Trullenque, E. (2010.) *El Trabajo Social en salud mental*. Revista Cuadernos de Trabajo Social. Volúmen XXIII: 333-352. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406899>
- Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayo sobre la sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial: Amorrortu, 1ª ed. Buenos Aires. Argentina.
- Lehmann, P. (2013) *Alternativas a la psiquiatría*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Volúmen XXXIII. N°117: 137-150. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n117/10.pdf>
- Ley Nacional 26657 Argentina (2010). Con su Decreto Reglamentario 603/2013. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485/actualizacion>
- Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Editorial: Grupo 5. Madrid, España.

- Merhy, E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. 1a ed revisada. Universidad Nacional de Lanús, Remedios de Escalada.
- Pierri, C. (2016). *Muerte en manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J.A. Esteves -entre los años 1957 y 1971* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús.
- Rotelli, F., De Leonardis, O. y Mauri, D. (1987). *Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Volúmen II. No 23. Disponible en: <https://discapacidadesiquica.cl/wp-content/uploads/2022/07/Desinstitucionalizacion-otra-via.pdf>
- Sabin Paz M; Biaggio M. (2023). *Reflexiones sobre la desinstitucionalización de mujeres del Hospital Dr. Alejandro Korn Melchor Romero: aportes al proceso de transformación manicomial*. Equipo Salud Mental CELS. Centro de Estudios Legales y Sociales. Buenos Aires.
- Spinelli, H. (2016). *Volver a pensar en salud: programas y territorios*. Revista: Salud Colectiva, 12(2) pp 149-171. Remedios de Escalada. Buenos Aires. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976>
- Stolkiner, A. (2015). *Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria*. En el libro *¿Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Comp. y Edición Leonel Tesler, Ed Colihue, Buenos Aires.
- Stolkiner A; Ardila S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Revista Argentina de psiquiatría: Vertex. Volúmen XXIII: 57 – 67. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/195112>
- Valero, A. S. y Faraone, S. (2013). *Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina)*. Delito y Sociedad, Revista de Ciencias Sociales. Volúmen I, N°31,: 93- 111. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/DelitoYSociedad/article/view/5635/8384>
- Vegas, N. (2010). *Enajenadxs. Salud mental y revuelta*. Editorial Pedaleadorxs del infierno. Buenos Aires.