



*Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Ciencias de la Comunicación*

Tesina de Grado

Licenciatura en Ciencias de la Comunicación

El Dispositivo de Salud Mental:

*Análisis del saber, el poder y la subjetivación en la
coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N°
26.657/10*

Milagros Luján Oberti

milagrosoberti@outlook.com

Dra. Paula G. Rodríguez Zoya

Tutora

Febrero 2019

Oberti, Milagros Luján

El dispositivo de salud mental : análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 / Milagros Luján Oberti. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Carrera Ciencias de la Comunicación, 2020.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-29-1826-6

1. Salud Mental. 2. Comunicación. 3. Análisis del Discurso. I. Título.
CDD 362.2042

La Carrera de Ciencias de la Comunicación no se responsabiliza de las opiniones vertidas por los autores de los trabajos publicados, ni de los eventuales litigios derivados del uso indebido de las imágenes, testimonios o entrevistas.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)

Índice

CAPÍTULO 1: Introducción	3
1.1. Construcción del tema-problema	3
1.2.1. Objetivo general	8
1.2.2. Objetivos específicos.....	9
1.3.1. Hipótesis general	9
1.3.2. Hipótesis específicas de trabajo	9
1.4. Estructura de la Tesina	10
1.5. Justificación y relevancia de las Ciencias de la Comunicación	12
CAPÍTULO 2: Lineamientos teóricos y metodológicos	14
2.1. Perspectiva teórico-analítica	14
2.1.1. Enfoque de las Ciencias de la Comunicación.	14
2.1.2. Filosofía foucaultiana-deleuziana.....	17
2.2. Criterios metodológicos	20
2.2.1. Técnicas de investigación.....	20
2.2.2. Técnicas de análisis	26
2.3. Contexto espacio-temporal.....	27
CAPÍTULO 3: Historia del Dispositivo de Salud Mental.....	31
3.1. Historia de la salud mental a nivel internacional	31
3.1.1. Del Renacimiento a la Revolución Francesa.....	31
3.1.2. Siglo XX y Guerras Mundiales	32
3.1.3. Cuatro modelos reformistas.....	33
3.2. Historia argentina de la locura	37
3.2.1. Modelo Agroexportador y Estado del Bienestar	37
3.2.2. Post Segunda Guerra Mundial. Un nuevo pacto social, intentos de planes y pruebas pilotos.....	39
3.2.3. Experiencias argentinas.....	40
3.3. Actualidad. Contexto neoliberal y la llegada de la Ley N° 26.657	42
CAPÍTULO 4: Dimensión de saber y visibilidad	44
4.1. Introducción	44
4.1.1. Categorías teóricas específicas.....	45
4.2. Regímenes de verdad: paradigmas, discursos y modelos de atención	46
4.2.1. Paradigma de la salud reducida	46

4.2.2. Paradigma de la salud ampliada	54
4.2.3. Paradigma interdisciplinario.....	59
4.3. Principales problemáticas.....	65
CAPÍTULO 5: Dimensión de poder y técnicas de gobierno.....	67
5.1. Introducción	67
5.1.1. Categorías teóricas específicas.....	68
5.2. Técnicas de gobierno.....	69
5.2.1. El diagnóstico: de la Peligrosidad al Riesgo cierto e inminente	69
5.2.2. La internación involuntaria: de la internación a la externación.....	76
5.2.3. La intersectorialidad: del encierro <i>hospitalario</i> a la salida <i>residencial</i>	81
5.3. Principales problemáticas.....	90
CAPÍTULO 6: Dimensión de subjetivación y técnicas del yo	93
6.1. Introducción	93
6.1.1. Categorías teóricas específicas.....	95
6.2. Tecnologías del yo	96
6.2.1. Primer mecanismo de autorreconocimiento: <i>yo-usuario o no usuario</i>	96
6.2.2. Segundo mecanismo de autorreconocimiento: <i>yo-trabajador</i>	98
6.2.3. Tercer mecanismo de autorreconocimiento: <i>yo-comunicador</i>	102
6.3. Reflexiones en torno a la conformación identitaria.....	104
7. Conclusiones	107
8. Bibliografía	115
9. Anexos	122
9.1. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10.....	122
9.2. Guía de pautas de las entrevistas.....	137
9.3. Entrevistas	141
Entrevista 1.....	141
Entrevista 2.....	154
Entrevista 3.....	177
Entrevista 4.....	196
Entrevista 5.....	210
Entrevista 6.....	224
Entrevista 7.....	236
Entrevista 8.....	253
Entrevista 9.....	269

CAPÍTULO 1: Introducción

1.1. Construcción del tema-problema

La presente Tesina toma como tema de análisis y reflexión a la salud mental, entendida como un campo teórico-práctico interdisciplinario, en el cual diferentes procesos históricos y aportes de diversas ciencias han llevado adelante prácticas no unificadas bajo una misma y única directriz. Estas prácticas han tomado distintas orientaciones, algunas veces contrapuestas y otras veces complementarias, en pos de dar respuestas al sufrimiento humano. Han sido parte de este proceso tanto las miradas puramente biologicistas y médicas como los aportes de las ciencias sociales y la antropología, pasando por las ciencias de la salud, el derecho, la política pública, etc. De esta forma, afirmamos que el campo de la salud mental se caracteriza por una complejización multi-dimensional.

En esta Tesina nos ocupamos de problematizar y analizar la configuración contemporánea del campo de la salud mental en la Argentina, considerando que uno de los principales factores que interviene en la reorganización de este campo radica en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10. El abordaje y el análisis realizado en esta investigación nos permiten conceptualizar lo que hemos denominado Dispositivo de Salud Mental, en referencia al complejo campo de discursos, técnicas y prácticas relativas a la salud mental que tienen lugar en Argentina en la actualidad. Particularmente, nos interesa reconocer, mapear y describir las distintas lógicas o paradigmas que rigen las prácticas en salud mental, prestando especial atención a la emergencia, coexistencia y/o tensión entre paradigmas vigentes. Con este propósito, y siguiendo un enfoque foucaultiano-deleuziano, centramos nuestro análisis en tres ejes u órdenes de observación: el del saber, el de las técnicas de gobierno o poder y el de las prácticas de subjetivación, concebidos como dimensiones o vectores del Dispositivo de Salud Mental.

La LNSM es sancionada y promulgada en el año 2010, y reglamentada en 2013. Dicha legislación responde a un contexto mundial que trae consigo un complejo proceso de reforma en el campo de la salud mental argentina. Desde la década abierta en 1980, la reforma psiquiátrica comienza a ser –no sin lentitud ni confrontación– un problema

de agenda para desafiar los saldos negativos históricamente resultantes de la vulneración de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental. En este sentido, la LNSM “aportó contribuciones innegables, actualizó e impulsó el debate sobre la atención de la Salud Mental en la Argentina, ubicando el tema en la agenda pública y estableció un marco de regulación legislativa nacional” (Rosendo, 2013: 42). Lo que se pone en juego, entonces, no es sino un complejo proceso de cambios relativos a las fuerzas institucionales de la *lógica manicomial* establecida. Tales transformaciones incluyen diferentes debates y ensayos de respuestas hacia el interior del campo de la salud mental, los cuales se han efectivizado en diversas legislaciones e instituciones. En países como Italia, Brasil y Argentina, por caso, la tendencia que adquiere más relevancia es aquella vertiente denominada desmanicomialización o desinstitucionalización (Rotelli, 2014). En ese marco, la LNSM “se presenta discursivamente como un cambio de paradigma que incluye, por un lado, la prohibición de crear nuevas instituciones monovalentes de salud mental, y por el otro, la eliminación de los usos irracionales de la medicación” (Rosendo, 2013: 41). Esta irrupción histórica tiene como objetivo superar el *modelo hospitalocéntrico* y pasar a conformar un *modelo comunitario*, esto es: operar un tránsito desde un Modelo Médico Hegemónico hacia un Modelo de Atención Primaria de la Salud (Menéndez, 1992).

Contexto normativo previo. Es parte de nuestra tarea dar cuenta de las normativas previas para comprender la novedad disruptiva de la LNSM. Entre las normativas precedentes, desacatamos las siguientes: Ley Nacional de Salud Mental N° 22.914/83, Ley de Salud Básica N° 153/99, Ley de Salud Mental N° 448/00 y las múltiples legislaciones provinciales con autoridad propia. Si bien es preciso señalar que dichas herramientas legales obturaban y acarreaban algunos antiguos dilemas que son materia de debate en la actualidad, también es menester indicar que las mismas contenían puntos nodales relevantes para la emergencia de la nueva Ley N° 26.657/10. En ese sentido, al analizar las legislaciones de carácter federal encontramos que coinciden en dos objetivos clave, a saber: por un lado, el cierre de los hospitales monovalentes y la prohibición de crear nuevos, la atención de la salud mental en servicios de hospitales generales y la creación de dispositivos alternativos junto al refuerzo de los programas ambulatorios; por otro lado, se apela a internaciones razonables, siendo la misma un recurso terapéutico de carácter restrictivo y sin perjuicio sobre los vínculos familiares, comunitarios y sociales.

Cambios destacables y novedosos. El objetivo principal de la LNSM no es sino la desmantelación de las estructuras manicomiales y la prohibición de futuras instituciones de índole monovalente. Es por ello que se considera que los nuevos espacios para el tratamiento de la salud mental deben estar contenidos en hospitales generales o en dispositivos alternativos. Con respecto a esto, el Artículo 27° de la LNSM declara:

Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

Por otro parte, un primer núcleo de aportes realizado por la LNSM está relacionado a la noción de “riesgo cierto e inminente”, la cual reemplaza a la idea de “peligrosidad”. De esta forma se busca que las internaciones involuntarias queden restringidas a lapsos breves y en hospitales generales (Carpintero, 2011). En línea con esto se crea e implementa el Órgano de Revisión, el cual depende del Ministerio Público de la Defensa, para dar seguimiento y velar por los derechos de los usuarios en periodos de internación. Un segundo núcleo se relaciona con la homologación de derechos, jerarquías y responsabilidades entre las disciplinas (Rosendo, 2013). Así, se reconoce al equipo interdisciplinario, el cual asienta la atención por fuera del ámbito de internación y brinda un marco de abordaje múltiple. En este marco los trabajadores de la salud se reivindicán democráticamente: de ahora en más, aquel con título de grado puede ocupar un cargo de conducción (Carpintero, 2011). Un tercer núcleo remite al hecho según el cual se destaca y problematiza el ingreso de las adicciones como índole de interés y tratamiento en salud mental. Por último, la LNSM combate el histórico lugar pasivo y residual del paciente, promoviendo la legitimidad de su voluntad y brindando las condiciones de posibilidad para configurar una posición participativa y activa a través de la incorporación del concepto de padecimiento mental en reemplazo de la categoría de enfermedad o trastorno mental (Rosendo, 2013). La LNSM, al fin y al cabo, efectiviza un novedoso marco normativo que opera una regulación en torno a discursos no hegemónicos y prácticas alternativas, los cuales se patentizan como diferenciales respecto de los modelos históricamente constituidos en términos de verdad instituida, saber legítimo y poder incuestionado.

*Problemas en la aplicación*¹. En el desarrollo de la investigación detectamos tres problemas que generan como resultado la imposibilidad de la aplicación total de la LNSM y, con ello, el incumplimiento del objetivo de cierre de los manicomios para el año 2020. El primero se relaciona con la dificultad del Estado de implementar las políticas que él mismo ha formulado, mostrando la distancia en la posibilidad de convertir el discurso en práctica (Lareo, 2008). El segundo está relacionado a los motivos por los cuales aún no se puede hablar de una plena implementación de la Ley, lo que también parece dificultoso en un horizonte cercano. En ese sentido, en las entrevistas realizadas para esta investigación encontramos los siguientes enunciados: a) “una cuestión importante respecto a la LNSM y su implementación es que no se crearon las condiciones para que las prácticas puedan ser acordes a todo su planteo” (E3)²; b) “si bien hay instrumentos que empiezan a aparecer, la actualidad está complicada, la coyuntura no ayuda” (E2); y c) “uno puede tener muy buena voluntad y compromiso ético, pero si no tenemos los recursos necesarios, no se puede llevar adelante los lineamientos que plantea la Ley” (E4). En síntesis, actualmente aquello que se presenta como una vacancia es la relativa falta de condiciones de posibilidad para sostener tratamientos por fuera del sistema asilar (externaciones, cooperativas de trabajo, casas sustitutivas, etc.). Tal falta de recursos y voluntades no podría sino estar directamente relacionada con la coyuntura política, social y económica que nos conduce a la siguiente problemática.

La implementación de la LNSM se nos presenta bajo la forma de un proceso de instalación conflictivo, tenso y continuo, el cual ha recibido golpes tales como intentos de modificación de la normativa o reduccionismos cientificistas. A este movimiento lento y progresivo de instalación de la Ley se le han antepuesto procesos y actores que no brindan una vía libre para su avance, sino que apelan y fomentan su retroceso en decretos y disputas. Haremos un breve recuento de estos hechos. En el año 2016 se emitió la Resolución N° 1003/2016 que derogaba la Resolución Ministerial N° 1484 que establecía los objetivos y principios de la práctica hasta el cierre de los manicomios,

¹ Para reconstruir los siguientes vaivenes y problemáticas respecto de la aplicación de la LNSM nos basamos en un relevamiento de notas periodísticas realizado en los siguientes diarios digitales y portales web: Pagina/12, La Izquierda Diario, Infobae, Diario Contexto, El Ojo Digital, Info Blanco Sobre Negro y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Las mismas corresponden al periodo 2016-2018. Esta selección de fuentes y artículos no pretendía realizar un relevamiento periodístico exhaustivo. Los mismos fueron seleccionados por el detalle y la claridad de la información brindada.

² En la Tesina se emplea la inicial “E” seguida de un número para referir a cada una de las entrevistas realizadas, como forma abreviada y anonimizada.

dejando sin efecto el intento de acortar las internaciones y fijar un límite de camas, obstaculizando las externaciones y perpetuando el encierro (*Página/12*, 02/08/16; *Contexto*, 3/08/16; *La Izquierda Diario*, 26/08/16). En mayo del 2017 el Colegio de Médicos bonaerense emite la Resolución N° 912 que busca impugnar la posibilidad de los psicólogos para concursar por cargos de jefaturas reglamentado en el Artículo 13° de la LNSM (*Info Blanco Sobre Negro*, 9/05/17). El 29 de agosto de ese mismo año se solicitó la anulación del Artículo 4°, también de la LNSM, que regula el tratamiento de las adicciones y los consumos problemáticos (*El Ojo Digital*, 30/08/17). Para finalizar ese año, en noviembre de 2017 se dio a conocer un proyecto de reforma del decreto reglamentario de la LNSM que contemplaba una clara visión biologicista y científicista, modificando así la concepción de salud mental y reinstalando los manicomios y el encierro. Tal perspectiva lesionaba el derecho de defensa por parte del usuario, reinstalando la lógica tutelar sobre la voluntad y designaba al Ministerio de Salud de la Nación como máxima autoridad del Órgano de Revisión, en un claro intento de centralización, ya que originalmente dependía del Ministerio Público de la Defensa (CELS, 17/11/17). Uno de los últimos retrocesos se efectivizó durante 2018 mediante el Decreto DNU N° 801/2018 que modifica la estructura ministerial de la Nación, rebajando el carácter del Ministerio de Salud a Secretaría de Salud (*Infobae*, 5/09/18). De esta forma, la Dirección de Salud Mental, como autoridad de aplicación de la Ley, queda en un lugar trunco, sin esclarecimiento al día de hoy. Esta sigue bregando por un presupuesto mínimo que nunca alcanzó el 10% como obliga la LNSM originalmente.

Múltiples problemáticas, múltiples legislaciones. El recuento de los diferentes ataques denota la existencia de una perspectiva política que no comprende a la salud mental como una problemática urgente de la sociedad. Sin embargo, la magnitud y complejidad del campo se vislumbran en cuanto empezamos a tirar de un hilo para encontrarse con una multiplicidad de problemas que no dejan claros los límites de intervención. Tal es así que en reiteradas ocasiones el problema de la “locura” tiene menos que ver con la salud mental que con la vivienda, la discapacidad, la vejez, o el trabajo, lo cual se entrelaza con otras normativas vigentes. Nombramos las siguientes a modo de ejemplo: el Decreto N° 312/10 de cupo laboral para personas con discapacidad social, la Ley N° 26.378 de Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, y la Ley N° 14.263 de la Provincia de Buenos Aires relacionada a la gerontología, sus problemas y cuidados.

Problematización del pasaje de paradigmas. Este complejo escenario brevemente descrito es el que inaugura la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, específicamente en el 2013 a partir de su reglamentación. “El planteo central apuntó a la superación de un modelo eminentemente asistencial y curativo, y la adopción de otro, de tipo comunitario y preventivo” (Rosendo, 2013: 38). En los testimonios y entrevistas realizadas para esta investigación se ponen de manifiesto estas brechas no clausuradas, estas grietas no suturadas ni en el discurso ni en la práctica. Es aquí donde nuestro interés cobra sentido enfatizando los siguientes interrogantes como motores de la investigación: ¿Qué persiste de los paradigmas históricamente configurados? ¿Cuántas lógicas, diversas y divergentes, conviven en un mismo dispositivo? ¿Qué subjetividades se alojan de un lado y del otro, y cuáles sufren las consecuencias? A partir de tales interrogantes nos preguntamos por la diversidad de un campo escindido por la *coexistencia conflictiva* de los modelos de saber-poder presentes en la cuestión de la salud mental: el modelo hospitalocéntrico y el modelo comunitario.

En la inmanencia de este tránsito complejo entre modelos en tensión y cambio de un paradigma a otro, no podrían sino desplegarse múltiples dimensiones que se complementan, chocan o discuten. En ese sentido, entendemos que realizar una contraposición entre tales prácticas y esquemas de inteligibilidad resultaría infértil en la medida en que supone una reducción analítica según la cual se simplifican los vectores que continuamente se entrecruzan, reduciendo su complejidad y especificidad a un cuadro de doble entrada. Es por ello que el análisis, las clasificaciones y construcciones conceptuales que elaboramos en esta investigación respecto a los modelos y paradigmas relativos a la cuestión de la salud mental responden a la voluntad de trazar una demarcación analítica de la temática que nos compete, en función de generar condiciones para una reflexión situada y sistemática, más que con un orden que clausure el debate y las posibilidades de acción.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Problematizar la configuración actual del campo de la salud mental en Argentina en la coyuntura abierta a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10,

considerando los desplazamientos, tensiones, resistencias y novedades emergentes que se producen en este campo históricamente específico, concebido como un dispositivo complejo en el cual conviven antiguas y nuevas lógicas de saber, poder y subjetivación.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Trazar una genealogía de los procesos teóricos y prácticos que antecedieron y generaron las condiciones para la configuración del presente contexto de la salud mental en Argentina.
2. Detectar los elementos de la construcción discursiva del campo de la salud mental actual en Argentina a la luz de las categorías conceptuales de saber, discurso y visibilidad, dando cuenta de los paradigmas socialmente vigentes y la tensión entre los mismos.
3. Examinar las técnicas de gobierno y las lógicas de control que organizan las prácticas en el campo de la salud mental en el espacio-tiempo abierto por Ley N° 26.657/10 que se encuentran en discrepancia.
4. Analizar la configuración de técnicas de subjetivación, en tanto mecanismos de autorreconocimiento y resortes posibilitadores de referencias identitarias, en la coexistencia de paradigmas y prácticas diferenciales de la coyuntura actual del campo de la salud mental.

1.3. Hipótesis

1.3.1. Hipótesis general

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 abre un nuevo campo de disputas que patentiza la coalición de paradigmas que conviven actualmente y comprende avances, retrocesos y mixturas en lo que hace a discursos, nomenclaturas, prácticas y técnicas en salud mental.

1.3.2. Hipótesis específicas de trabajo

- H1. A nivel histórico, la indagación de los procesos teórico-prácticos que dieron como resultado el actual Dispositivo de Salud Mental permite un mejor

acercamiento y comprensión a la luz de la coyuntura en que se suscitan (o no) ciertas transformaciones.

H2. A nivel del saber, el análisis crítico de las discursividades del campo de la salud mental permite reconocer y mapear la coexistencia de modelos o paradigmas que, sin necesidad de contraponerse, se retroalimentan o se contrarrestan, teniendo efectividad en las prácticas y los sujetos.

H3. A nivel del poder, la sanción de la nueva Ley Nacional de Salud Mental abre una brecha que permite plantear tanto rupturas como continuidades con respecto a una forma clásica de codificación y organización de la salud mental propia de las tecnológicas históricas que la atraviesan, y configura un escenario en el cual conviven múltiples elementos de un modelo clásico y de otro emergente.

H4. A nivel de la subjetivación, la especificidad histórica y el actual contexto propiciado por la Ley N° 26.657/10 en Argentina viabiliza un abordaje de la temática desde la perspectiva de las prácticas de subjetivación entendidas como fugas y prácticas que dialogan conflictivamente con las modulaciones hegemónicas del poder y del saber a través de mecanismos de autorreconocimiento e identificación por parte de los sujetos de la salud mental.

1.4. Estructura de la Tesina

La Tesina en su conjunto aborda distintas dimensiones de lo que hemos conceptualizado como Dispositivo de Salud Mental, en referencia a la configuración contemporánea de discursos, técnicas y prácticas en salud mental en Argentina en la actualidad. Este dispositivo contempla continuidades y tensiones entre un paradigma clásico en salud mental que aún se encuentre vigente y otro emergente que comienza a dibujarse a partir de Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10.

En particular, el desarrollo de la Tesina concierne, por una parte, la historia del Dispositivo de Salud Mental y, por otra, mapea la configuración contemporánea de tres grandes vectores que lo constituyen: la dimensión del saber, la del poder y la de la subjetivación. Asimismo, el trabajo consta de los momentos correspondientes a la Introducción y las Conclusiones, así como también brindan los lineamientos teóricos y

elementos relativos a la estrategia metodológica empleada en la investigación. Estos contenidos se organizan de la siguiente manera:

Capítulo 1. Abocado a una introducción general y planteo de la problemática de la temática en cuestión. Está conformado por: (1.1.) Construcción del tema-problema y su especificidad coyuntural; (1.2) Objetivos; (1.3.) Hipótesis que estructuran la investigación; (1.4.) Estructura de la Tesina; y (1.5) Justificación de las Ciencias de la Comunicación como enfoque articulador.

Capítulo 2. Destinado a sistematizar los lineamientos teóricos y la estrategia metodológica, las decisiones de diseño superiores requeridas y las diversas técnicas utilizadas (Valles, 1999). Contempla los siguientes aspectos: (2.1) Perspectiva teórico-analítica y categorías conceptuales; (2.2) Criterios metodológicos; y (2.3) Contexto espacio-temporal. Para abordar los objetivos propuestos asumimos un enfoque comunicacional que analiza discursividades, mapea un dispositivo y realiza un diagnóstico social. En función de ello trazamos un entramado teórico-conceptual que articula Comunicación y Salud Mental, atendiendo particularmente a las dimensiones de saber, poder y subjetividad.

Capítulo 3. Dedicado a la historia del Dispositivo de Salud Mental, a nivel internacional y nacional, desde el Renacimiento hasta la actualidad. Estructurado en función de: (3.1) Historia internacional de la salud mental; (3.2) Historia nacional de la salud mental; (3.3) Actualidad del campo de la salud mental. Tal enfoque resulta fundamental puesto que los intentos de innovación anteriores a la LNSM revelan la importancia del devenir histórico, permitiéndonos comprender la naturaleza política y social de los cambios y malestares sociales que la anteceden. A este respecto no ensayamos una historia fáctica, sino que tratamos de dar cuenta de los factores políticos, económicos y sociales que intervienen y se entretajan en el campo históricamente específico de la salud mental en Argentina.

Capítulo 4. Abocado a la dimensión de saber y visibilidad. Organizado de la siguiente manera: (4.2.1.) Paradigma de la salud reducida; (4.2.2.) Paradigma de la salud ampliada; y (4.2.3.) Paradigma interdisciplinario. Desarrollamos tres regímenes de verdad configurados como paradigmas (discursos, enunciados, nociones, etc.), que a nuestro entender confluyen, complejizan y dinamizan el dispositivo continuamente.

Capítulo 5. Articulado al capítulo previo, aborda el análisis de la dimensión de poder del dispositivo y la nueva organización del gobierno de los otros. Retomamos tres técnicas de poder, tensionadas por polos opuestos que posibilitan un abanico de grises. Las técnicas conceptualizadas son: (5.2.1.) El diagnóstico: de la Peligrosidad al Riesgo cierto e inminente; (5.2.2.) La internación involuntaria: de la internación a la externación; y (5.2.3.) La intersectorialidad: del encierro *hospitalario* a la salida *residencial*.

Capítulo 6. Cierra el análisis triádico del Dispositivo de Salud Mental desde la perspectiva de las prácticas de subjetivación, las cuales dialogan conflictivamente con las modulaciones hegemónicas del poder y el saber. Establecemos un diálogo crítico articulando el cuidado en el gobierno de sí y las relaciones con los otros en un terreno comunitario, al detectar tres técnicas del yo como mecanismos de autorreconocimiento: (6.2.1.) Primer mecanismo de autorreconocimiento: yo-usuario o no usuario; (6.2.2.) Tercer mecanismo de autorreconocimiento: yo-trabajador; y (6.2.3.) Tercer mecanismo de autorreconocimiento: yo-comunicador. La cuestión de la identidad será nuestro punto de llegada y reflexión final.

Por último, en el momento de las Conclusiones (sección 7) retomamos los argumentos desarrollados en los diferentes capítulos para sintetizarlos en un todo estructurado y complejo. Asimismo, enumeraremos algunos temas que hacen al carácter problemático del campo en cuestión, aunque su abordaje excede el desarrollo de la presente Tesina, por lo que nos interesa dejarlos señalados como sendas a transitar en un futuro. Finalmente, cerramos con una reflexión global del tema aquí desarrollado.

1.5. Justificación y relevancia de las Ciencias de la Comunicación

La locura ingresa al campo de las Ciencias Sociales, en parte, a través de la *Historia de la locura en la época clásica* (1961) de Michel Foucault. Desde su emergencia como problema de la sociedad moderna en el siglo XVI ha sido objeto de reflexión teórica y motivo de interés práctico para diversas esferas y disciplinas como la psiquiatría, la medicina, la psicología, la literatura o la pintura. No obstante, es posible advertir que el asunto de la locura ha recibido una atención relativamente marginal en el campo de los estudios sociales, lo que paradójicamente contrasta con la gran relevancia

que esta problemática comporta en términos de relaciones sociales o intersubjetivas. Es por ello que, a continuación, brindaremos algunos argumentos por los cuales las Ciencias de la Comunicación se vuelven pertinentes para el análisis del campo a abordar.

Primero y principal, consideramos a la Comunicación como una ciencia capaz de abordar temáticas complejas desde diferentes enfoques, volviéndose así un centro articulador: “el cruce de los campos y las disciplinas para el abordaje del objeto y el carácter de novedad y de complejidad que ofrecen los estudios sobre la comunicación, la plantean como objeto integrador” (Martini, 1994: 3). Segundo, el enfoque de la Comunicación permite desandar categorías históricas y socialmente construidas. Los esquemas de inteligibilidad y los regímenes conceptuales cruzan transversalmente toda práctica humana, motivo por el cual han sido observados por diferentes disciplinas y, por ende, torna necesario considerar como han sido pensados históricamente (Ford, 2002). Tercero, atendemos a la posibilidad de conformar nuevos sentidos más allá de los instituidos a través de luchas simbólicas en el terreno del signo (Voloshinov, 1929).

La comunicación es un acto de habla, un posicionamiento en el mundo, donde radica la conformación de lo inconsciente, la configuración de ideologías y la confección de constelaciones imaginarias sostenidas en la posibilidad de revertir campos de dominación que obturan subjetividades. La palabra ha llegado a convertirse en material sígnico de la vida interior, de la conciencia, del discurso interno, pero también es el recurso elástico y expresivo en el cual la conciencia pudo desarrollarse acompañando asimismo todo acto ideológico (Voloshinov, 1929). La comunicación es para nosotros, lo que la sociología para Bourdieu: “la sociología debe incluir una sociología de la percepción del mundo social, es decir una sociología de la construcción de las visiones del mundo que contribuyen también a la construcción de este mundo” (Bourdieu, 1987: 133). En otros términos, vemos un mundo de posibles “que vienen a alterar el orden, a intentar hacer posible otra comunicación, para hacer posible otra sociedad” (Magarola, 2011: 24). En este marco, la Tesina se sustenta en la convicción de que es posible dar cuenta de las subjetividades en la medida que la comunicación no es algo que sólo se configura desde afuera, sino que se realiza a través de la continua negociación entre la subjetividad, el poder y el saber. Es por eso que la Comunicación constituye un campo propicio y relevante desde el cual realizar un aporte a la problemática de la salud mental que aborda la Tesina.

CAPÍTULO 2: Lineamientos teóricos y metodológicos

2.1. Perspectiva teórico-analítica

2.1.1. Enfoque de las Ciencias de la Comunicación.

Para dar cuenta de la perspectiva comunicacional que nutre la Tesina, partimos de un quiebre respecto del modelo unidireccional de comunicación, aquel que propone que a un hecho discursivo lo constituyen los siguientes seis factores: destinador (o emisor), contexto, mensaje, contacto, código y destinatario (Jakobson, 1984). En contraposición, afirmamos que quien recibe un mensaje lo reelabora y resignifica, puesto que “en el acto comunicativo se produce una interacción entre varios individuos, interacción del orden de lo simbólico que constituye las diversas instancias de las redes sociales” (Martini, 1994: 3). Así pues, cada acto de transmisión individual se integra a una matriz mucho más amplia concerniente a la comunicación social. Ésta constituye un conjunto de códigos y reglas que la hacen posible, regular y previsible dentro de las relaciones de los miembros de una misma cultura. Por ende, la comunicación social es permanente (Martini, 1994). En ese marco, atendemos a la perspectiva discursiva que se basa en el estudio de la producción de los discursos en el seno de la vida social: la “semiosis social” (Veron, 2004). En esta red de sentidos, los sujetos se constituyen como tales y, al mismo tiempo, se encuentran inmersos como productores de discursos. Entendemos al discurso como aquellas relaciones significantes relacionadas en un tiempo y un espacio que los sujetos producen y reconocen (Verón, 2004). En la medida que el individuo es un actor social que constituye roles a representar, el contexto y el significado adquieren un estatus de análisis fundamental (Martini, 1994).

Otra afirmación nodal de los estudios de la comunicación refiere a que “ningún significado es fijo, ningún elemento es unívoco” (Martini, 1994: 4). Al contrario de la lingüística clásica, apelamos al estudio del discurso que supone un carácter abierto e incompleto de lo social. Las prácticas hegemónicas intentan suturar la apertura constitutiva de lo social, fijando el sentido que totaliza una ideología (Laclau y Mouffe, 1987). Estas fijaciones parciales e incompletas, le brindan carácter precario a lo social, admitiendo posiciones diferenciales o antagonismos que resultan en una lucha ideológica en la superficie del discurso por fijar la significación. Este corrimiento brinda

al significante un lugar de primacía ante el significado. Así pues, el sentido se desliza por debajo de la cadena significante. Estos últimos, en lo fundamental, se articulan y acolchonan cuando encuentran un punto que fija el sentido momentáneamente: “este punto, alrededor del que debe hacerse todo análisis concreto del discurso, lo llamaré punto de almohadillado [...] punto donde llega a anudarse el significado y el significante, entre la masa siempre flotante de las significaciones” (Lacan, 1990: 382). Desde esta perspectiva estudiamos la constitución del sujeto en función de la alteridad y la diferencia, en la inmanencia de una relación de otredad. El sujeto, entonces, se conforma en relación a un otro radicalmente diferente, en un vínculo que lo constituye en tanto tal en su inserción compleja en el mundo social. Aquello que somos, por lo tanto, se compone desde “afuera” hacia “adentro”, y viceversa; motivo por el cual la identidad no es sino resultado de un proceso sobre-determinado desplegado a partir de configuraciones tensas y relaciones complejas (Laclau, 1990; Hall, 2003).

Categorías teórico-conceptuales

En el siguiente apartado describiremos algunos de los conceptos y las categorías teóricas que más relevancia tendrán en el trabajo. Luego, por capítulo, habrá referencias teóricas pertinentes donde se desarrollarán otros conceptos propicios para cada análisis.

Paradigma. Examinaremos el problema de los paradigmas y modelos presentes en el campo de la salud mental a partir de una perspectiva kuhniana. A este respecto recordamos las palabras de Thomas Kuhn cuando describe sucintamente su concepto de paradigma en las primeras páginas de la *Estructura de las revoluciones científicas*: “realizaciones universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn, 1962: 13).

Arcaico, residual y emergente. Retomaremos los conceptos que pertenecen a la teoría culturalista de Raymond Williams. Esto en función de comprender la complejidad de la cultura que se encuentra en las interrelaciones dinámicas, en los elementos históricamente variables y variados. En rigor, lo *residual* refiere a aquello formado en el pasado pero que aún se halla activo dentro del proceso cultural, motivo por el cual se trata no solo de un elemento pasado sino también de un elemento presente, alternativo a lo dominante. Lo *arcaico*, estrictamente, remite a un elemento del pasado que puede ser observable, deliberadamente revivido, que es incorporado por la cultura dominante. Por último, lo *emergente* no son sino nuevos significados, valores, prácticas y relaciones

que se crean continuamente, no como una nueva fase de lo dominante, sino como algo alternativo y de oposición. Es por ello que es preciso estar advertidos respecto al hecho que “las definiciones de lo emergente, tanto como de lo residual, solo pueden producirse en relación con un sentido cabal de lo dominante” (Williams, 1988: 146).

Posiciones subjetivas. Se trata de una categoría que recuperamos de los testimonios y de las nociones emergentes del material de las entrevistas, pero que construimos analíticamente en función de la especificidad de la presente Tesina. En el proceso de construcción de una categoría de análisis, entonces, nos alimentamos de conceptos del campo de la lingüística, las Ciencias de la Comunicación y los estudios culturales. Así, entendemos a las posiciones subjetivas, primeramente, como un acto de enunciación: “la enunciación es esa puesta en funcionamiento de la lengua por un acto individual de utilización” (Benveniste, 1977: 83). En segundo término, la enunciación supone un sujeto del habla que implica cierta posición generadora de discursos que admiten formaciones productivas y subjetivas. Luego, al pensarlas como relaciones de poder, estas posiciones se negocian continuamente “como un sitio de práctica de oposición [...] donde se entiende siempre como algún modo de negociación” (Best, 1997: 1). Por último, la cuestión radica en examinar las posiciones subjetivas en tanto espacio simbólico que implica una negociación con relaciones de fuerza y poder.

Signo, sentido común y lucha simbólica. Recuperamos estas categorías conceptuales como prismas de inteligibilidad a los efectos de comprender que cualquier producto ideológico, o formación discursiva, es parte de una realidad natural o social que “refleja” y “refracta” otra realidad, aquella que está más allá de su materialidad. Posee una significación, reproduce, representa y sustituye algo que está fuera de él: el signo, cuyo carácter es ideológico (Voloshinov, 1929). A partir de esto último es posible indicar que a todo signo puede aplicársele criterios de valoración o acentos valorativos. A la vez encontramos zonas de creatividad ideológica que se encuentran orientadas de una manera particular dentro de la realidad y la refractan a su modo. De esta forma, en el nivel del discurso y la praxis suceden operaciones de sentido que, a través de mediaciones, transforman el imaginario social (Contursi y Ferro, 1999). Es por esto que se conforma un rígido sentido común como una “concepción del mundo absorbida acriticamente por los diversos ambientes sociales y culturales en que se desarrolla la individualidad moral del hombre” (Gramsci, 1993: 9). Estas prácticas y discursos se entran en la red de luchas simbólicas tanto en un nivel colectivo y

simbólico como en el plano político. Es aquí donde podemos encontrar las estrategias que tienden a imponer una nueva construcción de la realidad social, rechazando o aceptando aquello que ya está destinado a nombrar el mundo social (Bourdieu, 1987).

Estigma e institución total. En otro orden de conceptos retomamos el de *estigma* como una construcción mediada y realizada en las relaciones sociales, no como una esencia de la persona. Lo entendemos en términos de lenguaje de relaciones, y no llanamente como un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1998). Y si bien tal categoría no pierde la capacidad de “designar un atributo que arroja un descrédito profundo sobre aquel que lo lleva” (Martini, 1994: 7), aquello que nos interesa no es sino su potencia relacional. Un segundo concepto que utilizamos es el de *institución totalizadora*, entendido como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1961: 13). Tales instituciones, en efecto, son erigidas con el supuesto objetivo de cuidar de aquellas personas que resultan incapaces de cuidarse por sí mismas pero que, además, son una presunta amenaza para la sociedad (Goffman, 1961).

2.1.2. Filosofía foucaultiana-deleuziana

Las dimensiones a partir de las cuales es operativizado el problema abordado en la presente Tesina son aquellas referidas a los vectores de saber, poder y subjetivación, puesto que –siguiendo las claves brindadas por Foucault (1985) y Deleuze (1990)– consideramos que los mismos se encuentran presentes en la configuración compleja de todo dispositivo socio-político y jurídico-institucional. En lo particular, entendemos que los regímenes de saber y poder, junto con los pliegues de la subjetividad, funcionan como vectores históricos que configuran, procesual y relacionalmente, la singularidad del campo argentino de la salud mental a partir de Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10.

Categorías teórico-conceptuales

Dispositivo. A los efectos de examinar el Dispositivo de Salud Mental retomamos el concepto de dispositivo entendido en el sentido en que lo concibe Deleuze (1990) como “máquinas para hacer ver y para hacer hablar”. Esto en la medida en que “si hay una historicidad de los dispositivos, ella es la historicidad de los regímenes de

luz, pero es también de los regímenes de enunciación” (Deleuze, 1990: 156). En ese sentido, los dispositivos se configuran bajo la forma de tales maquinas no porque iluminan aleatoriamente objetos preexistentes, sino por la forma de organizar lo visible y lo enunciable. Cada dispositivo, entonces, comporta cierto registro peculiar de lo visible y lo invisible, puesto que tiene su régimen de luz que hace nacer o desaparecer aquel objeto que no existe sin ella (Deleuze, 1990). En ese marco, conceptualizamos el Dispositivo de Salud Mental como una construcción teórica oportuna dado que se trata de un fenómeno multidimensional que permite abordar la complejidad del mismo, permitiéndonos poner en juego múltiples elementos y nociones que se articulan y configuran entre sí, sin responder a una lógica única. Así, pues, comprendemos que un dispositivo es aquel “conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (Foucault, 1985: 128). A partir de tal definición, por consiguiente, consideramos que es posible pensar los dispositivos en función de la diagramación de una determinada red, la cual se establece gravitando en torno a vectores que confeccionan direcciones diferentes y líneas en tensión que en sí mismas conforman procesos complejos que comportan desequilibrios y re-ajustes continuos (Deleuze, 1990). De esta forma, las tres grandes instancias –saber, poder y subjetividad– trabajadas por Foucault, son aquellas empleadas para analizar la constitución históricamente específica del Dispositivo de Salud Mental que nos compete en la presente Tesina.

Dimensión de saber, poder y subjetivación. Analizamos el Dispositivo de Salud Mental en función de los siguientes lineamientos: a) la dimensión del saber, que comprende regímenes de verdad, visibilidad y de enunciación, los cuales organizan lo visible, lo invisible y lo decible; b) la dimensión del poder, que se entreteje en la inmanencia de los regímenes de saber, implicando asimismo fuerzas que penetran en los demás elementos de un dispositivo al informar positivamente los discursos y las prácticas; c) la dimensión de la subjetivación, la cual constituye una línea que entra en relación con los vectores de saber y poder, en la medida en que se curva, se vuelve y se ejerce sobre sí misma en términos de producción de sujetos, es decir, de subjetivación (Deleuze, 1990).

Poder. En pos de escrutar la dimensión de poder implicada en la diagramación del Dispositivo de Salud Mental, entendemos que el concepto de poder no remite al conjunto de instituciones o aparatos que garantizan la sujeción del sujeto al Estado. En la misma línea, comprendemos que el poder tampoco refiere a la sujeción por la regla, ni a la dominación inmediata ejercida por unos sobre otros. Al contrario, señalamos que “por poder hay que entender la multiplicidad de relaciones de fuerzas inmanentes y propias del dominio en que se ejercen y son constitutivas de su organización” (Foucault, 1977: 112). En esta concepción, el poder, antes que represivo, es productivo. Se trata, entonces, de un campo de fuerzas donde las mismas se transforman, dislocan y refuerzan en juegos inmanentes. En tal campo de fuerzas, en efecto, intervienen relaciones de apoyos y producción, movimiento de corrimiento y conflicto, que configuran la eficacia de las estrategias de poder. La condición de posibilidad del poder, por lo tanto, son los mecanismos móviles de las relaciones de fuerzas que sin cesar inducen a estados de poder siempre locales e inestables. De manera asistimos a cierta omnipresencia del poder, ya que el mismo se produce a cada instante, en todos los puntos de una relación: el poder está en todas partes. Finalmente, suscribimos y resaltamos que “el poder no es una institución y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 1977: 113).

Tecnologías de poder. El análisis de la dimensión de poder lo atendemos mediante la noción de tecnologías de poder. Tal categoría permite concebir al poder como una tecnología plural, como una relación dinámica. Con esta perspectiva procuramos apartarnos de aquellas concepciones restrictivas y negativas del poder para dar cuenta de los mecanismos positivos del mismo: produce efectos de eficacia y amplitud. Se trata del funcionamiento real del poder. Estos procedimientos hay que considerarlos como técnicas con historia propia, desarrolladas sin cesar en el tiempo, que “determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto” (Foucault, 1990: 48). En articulación con las tecnologías del yo, las tecnologías de poder configuran el particular gobierno de los otros que examinamos en el caso puntual del Dispositivo de Salud Mental.

Técnicas del yo. En el análisis de la dimensión de la subjetivación empleamos la categoría de técnicas del yo, comprendidas en sentido foucaultiano como aquel ejercicio

sobre sí mismo mediante el cual el sujeto intenta elaborarse, transformarse y acceder a cierto modo de ser o forma de existencia. Tales técnicas actúan sobre los individuos desde su interior, permitiendo convertirlos en sujetos éticos (Foucault, 2003b). Comprendemos que se trata de una práctica de subjetivación, procedimientos que en cualquier civilización son propuestos o prescritos a los individuos para fijar o transformar su identidad en función de fines, gracias a las relaciones de dominación de sí sobre uno mismo o de conocimiento sobre sí mismo (Foucault, 2003b).

Gobierno de los otros. En la intersección de las dimensiones analizadas (saber, poder y subjetivación), utilizamos la idea de gobierno ya que la misma tiene un sentido amplio que remite a la conducción de conductas, a la formación de modos de vida y a la orientación de las personas. Por otro lado, tal noción confiere una herramienta ineludible para analizar tanto la relación del yo consigo mismo como también las relaciones interpersonales privadas, las interacciones instituciones y sociales, etc., en la medida en que estas se involucran como patrones de guía o mecanismos de control (Gordon, 1991). De esta forma, en un nivel macro y micro, consideramos que las técnicas de gobierno trazan una duplicidad que designa formas de poder ejercidas tanto sobre las personas en su calidad de seres vivos, como sobre los sujetos en su calidad de población.

2.2. Criterios metodológicos

La estrategia metodológica en la que se basa la Tesina consiste en un enfoque cualitativo que nos resulta pertinente para explorar, describir y comprender la producción, tensión y circulación de sentidos (Vasilachis de Gialdino, 2006), en este caso, en el campo de la salud mental. Con tal propósito, el diseño de la investigación plantea la articulación de distintas técnicas de investigación y de análisis.

2.2.1. Técnicas de investigación

Los tres componentes metodológicos principales son la documentación, la observación y la conversación (Valles, 1999: 119). En el presente trabajo hemos decidimos utilizar el primer y el tercer elemento. Esto nos llevó a definir una estrategia metodológica de triangulación en la cual utilizamos: a) técnicas de investigación

documental basada en datos secundarios; y b) entrevistas en profundidad de las cuales obtuvimos datos primarios.

a) Técnicas de investigación documental

En los estudios cualitativos cabe plantearse el uso mínimo o complementario de documentos de todo tipo. No buscamos basar el estudio completo en una evidencia documental, pero si complementamos la investigación con esta estrategia para darle una perspectiva histórica al problema (Valles, 1999: 99). La lectura de la historia y la utilización de viejas referencias es importante, ya que en este sentido “la ciencia social se trata de problemas de biografía, historia y de sus intersecciones dentro de las estructuras sociales” (Valles, 1999: 110). Esta técnica fue utilizada para dos objetivos diferentes, que a su vez comprendían dos fuentes diferentes. Por un lado, (i) la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 y, por el otro, (ii) un corpus específico de textos que facilitó la construcción histórica del dispositivo.

(i) El análisis documental de la LNSM resultó ser troncal y guía de la investigación. Esto no fue fortuito, sino una decisión metodológica ya que esta normativa representa un hecho histórico que abre un escenario diferente para el Dispositivo de Salud Mental, permitiéndonos mapear dimensiones y captar discursividades.

(ii) Para la historización del dispositivo, la investigación documental se mostró como una técnica rica a la hora de ilustrar dimensiones históricas, culturales y comparativas que, como investigadores, planteamos para nuestro problema de interés. Para ello conformamos un *corpus* específico de textos que nos permitió reconstruir a través de diferentes hechos una historia breve y clarificadora del dispositivo.

El corpus se conforma principalmente de los siguientes textos: *Historia de la locura en la época clásica I y II* (Foucault, 1961), *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica* (Galende, 1990), *La Subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto* (Carpintero, 2011) y *La Locura en Argentina* (Vezzetti, 1985). Los mismos se complementaron con el libro *Vivir sin manicomios. La Experiencia de Trieste* (Rotelli, 2014) y *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales* (Faraone, 2013a).

b) Técnica etnográfica: la entrevista

La construcción de datos que sustentan la Tesina se basan en la realización de entrevistas en profundidad ya que entendemos que se trata de una técnica etnográfica que permite el “aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente” (Taylor y Borgan, 1994: 101). En este sentido, una de nuestras intenciones principales fue recoger aquellos datos que se nos escapan a la vivencia directa. A continuación exponemos los criterios empleados para la construcción de la muestra de entrevistados, la guía de pautas utilizada como instrumento metodológico para la realización de las entrevistas y la tabla de composición de la muestra de entrevistados.

(i) Decisiones muestrales de contexto y de casos

Para la construcción de la muestra de entrevistados realizamos una selección intencional de contextos, escenarios e individuos que resulten pertinentes y relevantes al problema de investigación, según consideraciones pragmáticas en base a recursos accesibles y disponibles. Los casos seleccionados que componen la muestra de entrevistados responden a los siguientes criterios: profesionales y efectores que realicen tareas en servicios de salud mental, procedentes de Capital Federal o cercanías a fin de poder acordar encuentros cara a cara para la realización de las entrevistas. Los escenarios o emplazamientos específicos considerados para la selección de casos fueron: hospitales monovalentes, servicios específicos de salud mental en hospitales generales, casas de medio camino públicas y privadas, hospital de noche, asambleas y cooperativas de trabajo.

Los entrevistados fueron agrupados en dos categorías. Por un lado, *informantes clave*, quienes no aportaron información relacionada directamente con los objetivos de las entrevistas, sino que brindaron información local de donde se lleva a cabo el estudio. Por otro lado, *entrevistados especiales*, quienes nos proporcionaron información relevante para los objetivos del estudio, y que fueron seleccionados por la ocupación de una posición única en la comunidad, grupo o institución de estudio (Valles, 1999).

Entendemos que el muestreo teórico el número de ‘casos’ carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada” (Taylor y Borgan,

1994: 106). En este sentido, seleccionamos nueve casos individuales ateniéndonos a los siguientes criterios de selección:

- Heterogeneidad en profesiones, puestos y emplazamientos de trabajo o intervención comunitaria: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, profesores, musicoterapeutas, antropólogos, artistas. Adoptamos un compromiso de variación y tipicidad, que aboga por la multidisciplinareidad, ya que al ser una muestra de diversidad relativa, siempre podríamos seleccionar más casos.
- Dentro de los mismos servicios de salud mental, efectores o emplazamientos, también nos guiamos por la variación, ya que los mismos podrían ser formales o no formales, de internación, externación o de ambulación, individual o colectivo, público o privado.
- Con respecto al trabajo con los usuarios de salud mental, adoptamos el criterio que los entrevistados debían trabajar formalmente, realizar actividades sustitutivas o de intervención comunitaria en contacto con el marco de la LNSM.
- Se requirió por entrevistado conocimiento de la LNSM: momento de emergencia, cambios, propuestas, conocimiento actual de demandas y movilizaciones del campo, a fin de que el diálogo con los entrevistados resultara fructífero y pertinente.

Por otra parte, destacamos que para la construcción de la muestra aplicamos el límite de selección de hasta dos entrevistados como máximo por cada tipo de emplazamiento, ya que los objetivos eran la heterogeneidad y representatividad y no la obtención de un gran número de casos. En el caso de los Hospitales Monovalentes en particular otorgamos a los mismos cierto carácter de excepción ya que están conformados por servicios que varían en cuanto a sus prácticas y objetivos.

Composición de la muestra de entrevistados. Presentamos en este apartado la siguiente tabla de composición de la muestra de entrevistados. La misma se compone de la siguiente información: número de entrevista por orden cronológico de realización (Nº E), formación académica (Formación académica), profesión o tarea ejercida actualmente en su emplazamiento institucional (Profesión o tarea), nombre del emplazamiento institucional (Nombre de EI) y tipo de emplazamiento institucional (Tipo de EI). Esta última categoría será principalmente desarrollada en el apartado 5.2.3.

N° E	Formación académica	Profesión o tarea	Nombre de EI	Tipo de EI
E1	Teatro	Coordinación. Artista y escritor/a	Grupo de Apoyo Mutuo	Comunitario
E2	Psicología	Psicólogo/a	Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda. Servicio de Guardia y Admisión	Hospitalario
E3	Terapia Ocupacional y Psicología	Psicólogo/a	Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda. Servicio de Pre alta y Externación Asistida	Hospitalario
E4	Psicología	Psicólogo/a	Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda. Hospital de Noche y Casa de Medio Camino	Residencial
E5	Musicoterapia	Musicoterapeuta	Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Servicio de Salud Mental	Hospitalario
E6	Terapia Ocupacional	Terapista Ocupacional	Efactor “Residencia Protegida N° 1”. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	Residencial
E7	Psiquiatría	Psiquiatra	Casa de Medio Camino ³ , de índole privada.	Residencial
E8	Trabajo Social y Antropología	Coordinación, investigación y difusión	Asamblea Permanente de Usuari@s de los Servicios de Salud Mental (APUSSAM). Dependiente del CELS.	Comunitario
E9	Trabajo Social	Coordinación. Trabajador/a social	Dispositivo de inserción laboral <i>Movida de Locos</i> (La Plata)	Comunitario

³ No brindamos el nombre de la institución en este caso en pos del anonimato por el que hemos bregado a lo largo del trabajo, ya que se trata de un emplazamiento más pequeño, en cuanto a cantidad de trabajadores y efectores, a comparación del resto de los espacios aquí detallados.

(ii) Construcción del instrumento metodológico

A continuación describimos algunas de las decisiones de diseño clave para la realización de las entrevistas en profundidad. Seleccionamos este tipo de técnica por sus ventajas: la riqueza informativa, intensiva, holística, contextualizada y personalizada; la posibilidad de indagación que permite en derroteros no planeados y por la accesibilidad a la información difícil de observar. Esto a merced de algunas falencias como la falta de observación y la carencia de interacciones grupales (Valles, 1999).

Tipo de entrevista: en profundidad. Las entrevistas que realizamos son de tipo semiestructuradas o estandarizadas no programadas, ya que a pesar de emplear la misma guía de pautas o preguntas para todos los entrevistados, la estandarización del significado de una pregunta requirió una formulación en términos familiares para el entrevistado. Por otro lado, aunque no hay secuencia de preguntas satisfactorias para todos los entrevistados, buscamos conseguir la equivalencia de significados para todos con un mínimo estudio y conocimiento previo de los mismos y un orden de las preguntas y temas a la medida de cada quien (Valles, 1999: 187).

Diseño de la guía de pautas. El instrumento para la realización de las entrevistas fue diseñado teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y comprende treinta y cuatro ítems de preguntas. La guía de pautas empleada se adjunta en la sección de anexos de la Tesina (apartado 9.2.).

Los ejes comprendidos en el instrumento para la realización de las entrevistas fueron los siguientes: a) Formación y campo de trabajo del entrevistado; b) Conocimientos y opiniones respecto a la LNSM; c) Problemas relevantes en torno a los discursos y prácticas en el campo de la salud mental; d) Cambios y tensiones traccionados por la aplicación de la LNSM y e) Interacción, conocimiento y atención de los usuarios del sistema de salud mental con quienes trabajan o comparten en diferentes tipos de emplazamientos institucionales.

Consideraciones éticas de las entrevistas. Cabe destacar que para la realización de las entrevistas en profundidad se tuvieron en cuenta los criterios éticos y usos de la investigación científica. En este sentido, se requirió autorización a los entrevistados para grabar las entrevistas, se les informaron las características que tendría la entrevista y el uso estrictamente académico que se haría de la información obtenida. Asimismo, a los

fines del análisis las entrevistas fueron anonimizadas, omitiendo los nombres de los entrevistados e identificando cada entrevista mediante la forma abreviada “E” seguida del número correspondiente (E1 a E9), según fue consignado en la tabla “composición de la muestra de entrevistados”, expuesta en el apartado anterior.

2.2.2. Técnicas de análisis

En cuanto a las técnicas de análisis retomamos para el presente trabajo dos principios fundamentales de una analítica de las tecnologías y los dispositivos, considerados en el método que desarrolla Michel Foucault: arqueología y genealogía (Castro, 2018).

Arqueología. Recuperando las nociones desplegadas por Michel Foucault en *La arqueología del saber* (1969), señalamos que la misma no se ocupa de los conocimientos descritos según su progreso hacia la objetividad de la ciencia, sino que examina aquella *episteme* donde los conocimientos son abordados sin referirse a su valor racional de verdad o su régimen de objetividad universal. Así, la arqueología es una historia de las condiciones históricas de la posibilidad del saber. Se trata de una disciplina que no trata a los documentos como signos de otra cosa, sino que los examina y describe en tanto prácticas. De acuerdo al método arqueológico la cuestión estriba en operar una reescritura de los discursos en su exterioridad y especificidad (prescindiendo de aquello que los “autores” pensaron, quisieron, etc.) ocupándose de enunciados y formaciones discursivas. Finalmente, la arqueología no tiene por objeto el lenguaje, sino el archivo como existencia completamente acumulada de discursos.

Genealogía. A partir de *Vigilar y castigar* (1975) de Michel Foucault, entendemos que la genealogía es aquella metodología que realiza un análisis de las formas de ejercicio de poder. No se trata de una ruptura, ni de una oposición con respecto a la arqueología: Foucault operaba tanto como un archivista y, al mismo tiempo, con un cartógrafo. Ambas metodologías se apoyan en un presupuesto común: escribir la historia a contrapelo, sin referir el análisis a la instancia fundadora del sujeto o el autor. Es un paso al estudio de las prácticas no discursivas en la que se concibe al saber en términos de estrategia y tácticas de poder. Las luchas en el ámbito del saber y en el diagrama del poder, por esto mismo, no son comprendidas como una oposición término a término que las bloquea, como un antagonismo esencial, sino como un *agonismo*: una relación impersonal de incitación recíproca y a la vez reversible.

El conjunto genealógico, por su parte, pone en funcionamiento tres reglas metodológicas que tendremos en cuenta en la realización de nuestro trabajo, a saber: (i) el principio de discontinuidad (tratar los discursos como prácticas discontinuas, sin suponer que debajo de los discursos efectivamente pronunciados existe otro discurso, ilimitado, silencioso y continuo, que es reprimido o censurado); (ii) el principio de especificidad (considerar que los discursos constituyen una violencia que ejercemos sobre las cosas, y que no hay providencia prediscursiva); y (iii) el principio de exterioridad (no ir hacia el núcleo interior y escondido del discurso, el pensamiento, la significación; dirigirse hacia sus condiciones externas de aparición).

2.3. Contexto espacio-temporal

A lo largo de la presente Tesina no estudiamos un momento empírico delimitado, sino que, en rigor, investigamos una construcción particular en la cual cartografiamos las coordenadas que operan como telón de fondo del problema en cuestión. Nuestro análisis se centra en el período que comienza en el año 2010 con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 hasta la actualidad, donde los avances y retrocesos dan cuenta de la complejidad que abarca la temática. En términos territoriales nos ceñimos a Buenos Aires (CABA) y sus alrededores (La Plata). Ahora bien, en función de delimitar el campo de problemas generales que enmarcan la especificidad de la salud mental, entendemos que existen dos procesos que hacen a la coyuntura histórica que nos atraviesa y comprenden el espacio-tiempo en el cual se encarna el trabajo. Esto es: el neoliberalismo y la cultura contemporánea del malestar y, por otro lado, la emergencia de colectivos y minorías a partir de la caída de los grandes relatos.

Neoliberalismo como conformador de cultura. Llevamos a cabo la investigación en un contexto donde las problemáticas sociales, culturales, económicas y políticas propias de una época neoliberal –suscitada a finales de los años setenta y principio de la década del ochenta del pasado siglo XX–, resultan en la configuración de un horizonte complejo donde observamos cambios, virajes, rupturas y continuidades respecto a los modos de vida, las lógicas de acumulación capitalista y las formas de mediación institucional que componen la sociedad argentina del siglo XXI. En este panorama la salud se vuelve un campo de luchas y tensiones, una arena minada de

conflictos previos y batallas libradas en las posteridades de la Ley Nacional de Salud Mental. En particular, el Dispositivo de Salud Mental conceptualizado y analizado en esta Tesina no podría sino estar íntimamente entramado con los ciclos político-económicos, en un proceso transversal en el cual se relacionan actores institucionales, agentes individuales y líneas de politización colectivas, marcando los ritmos de un escenario donde lo macro-social se entrama con lo cotidiano micro-político y donde lo molar se metaboliza en la singularidad molecular de los cuerpos.

En ese marco entendemos que el neoliberalismo constituye una forma de existencia y un régimen de organización de los cuerpos. El capitalismo neoliberal no es sólo un sistema económico dedicado a la producción global de mercancías y al intercambio transnacional financiero. La actual lógica de (plus)valorización del capital, cada vez más, tiene un terreno fundamental de disputa en el plano de las subjetividades. En lo esencial, la *razón neoliberal* se patentiza como una fábrica de subjetividades (Gago, 2014). Se trata, por lo tanto, de una máquina global de bio-tecno-subjetivación, según la cual se codifican deseos, se modulan afectos, se inducen conductas, se mercantilizan discursos y se formatean modos de vida históricamente específicos. Por eso mismo, comprender lo neoliberal desde una perspectiva estrechamente economicista nos encerraría en una visión insuficiente, ya que consideramos que en el plano material de la producción de las subjetividades reside el meollo de la cuestión para entender la situación actual de la salud mental y los sujetos usuarios de la misma. Pues en efecto, “el nudo del problema se encuentra en la concepción económica del paradigma de la época, que lleva a los sujetos a quitarles su subjetividad y convertirlos en mercancías” (Hall, 1977).

Efectivamente, el neoliberalismo pone en el centro de la escena un abanico de problemas subjetivos y socioculturales: “debemos reflexionar profundamente sobre el neoliberalismo como una forma de cultura que se instaló entre nosotros hace muchos años” (Murillo, 2012: 2). De manera que observamos que las problemáticas que acarrea la producción neoliberal de las vidas recorren todo el campo social y fertilizan el terreno de una *cultura del malestar* (Murillo, 2012; Berardi, 2017). Por consiguiente, entendemos que los interrogantes que gravitan en torno a los temas referidos al neoliberalismo y a la producción contemporánea del malestar individual y colectivo, al mismo tiempo que constituyen un tópico elemental para la comprensión de las

subjetividades actualmente existentes, se perfilan como marcos generales de inscripción del campo específico de la salud mental.

Emergencias de colectivos y minorías. Una comprensión actual de lo neoliberal, en tanto modo de vida acorde a la fase transnacional del capitalismo tardío, global y financiero contemporáneo, creemos que resulta indisociable de las coordenadas abiertas luego del colapso de los llamados “socialismo reales”, tras las crisis y recomienzos del capitalismo en las últimas décadas y, en particular, con la emergencia de procesos de lucha y disputa protagonizados por los llamados nuevos movimientos sociales. Ahora bien, examinar la crisis civilizatoria contemporánea y la actual cultura del malestar no supone sólo pensar en los saldos económicos del neoliberalismo. La crisis del presente se encuentra estrechamente relacionada con el advenimiento de la sociedad postindustrial. Esto, en la medida en que allí se trastocan las estructuras conocidas: la familia y las relaciones de género, los modos de producción y el empleo, las tecnologías y la educación, los cambios en lo simbólico y los esquemas imaginarios, el consumo y la reformulación de identidades, la precarización laboral y la vulnerabilidad de los cuerpos, las migraciones y las megaciudades fragmentadas, los niveles de violencia social, los conflictos interétnicos y clasistas, etc.

Los cambios antes referidos pertenecen a un momento histórico socio-cultural en el cual la puja entre modernidad y posmodernidad, la caída de los denominados grandes relatos, la globalización y la transculturalidad emergen para estallar todo (Butler, 1990; Lyotard, 1991; Ford, 1994; García Canclini, 1995; Ortiz, 1998; Ginzburg, 2016). No obstante, tales movimientos transnacionales también dieron espacio y tiempo, de forma contradictoria y compleja, a la posibilidad de enarbolar procesos de demanda y lucha por los derechos de quienes referimos como minorías, aquí reconocidas como el desocultamiento de voces subalternas y formas de vida deslegitimadas (De Certeau, 1996; Ginzburg, 2016). La lucha por el reconocimiento y la legibilidad se encuentran en el centro de la escena contemporánea. Con tales proceso observamos que las identidades se desplazan a territorios de configuración más amplios que el nacional y a canales de interpelación más complejos que la presunta unidireccionalidad del mercado o el Estado: “el espacio, debido al movimiento de circulación de personas, mercancías, referentes simbólicos, ideas, se encuentra dilatado” (Ortiz, 1998: 56). Así, se confecciona un espectro de posibilidades referenciales que chocan, se refiguran y se acomodan organizando la vida de aquellos sujetos que son engendrados en la

inmanencia de estos mismos procesos. En ese marco, señalamos que “las identidades nunca se unifican, y en los tiempos de la modernidad tardía, están cada vez más fragmentadas y fracturadas; nunca son singulares, sino construidas de múltiples maneras [...] a menudo cruzadas y antagónicas” (Hall, 2003: 17).

Por lo expuesto, una vez que las identidades sociales y políticas han entrado en crisis en su sentido tradicional, una vez que los territorios se ven atravesados transversalmente por procesos de minorización siempre conflictivos, consideramos que es momento para encontrar nuevos modelos teóricos y otros marcos institucionales que alberguen, en su especificidad irreductible, las diferencias que habitan en las sociedades actuales (Ford, 1994). Nuestra indagación en torno al campo de la salud mental en la Argentina contemporánea no podría sino inscribirse al interior de tales interrogaciones y problemáticas.

CAPÍTULO 3: Historia del Dispositivo de Salud Mental

3.1. Historia de la salud mental a nivel internacional

3.1.1. Del Renacimiento a la Revolución Francesa

En el mundo del Renacimiento el loco forma parte del arte. Allí suele ser un personaje habitual, asociado al humor y a la verdad que otros ocultan: El Bosco, Shakespeare, El Quijote, etc. La locura es una conciencia trágica y poética, pero sobre todo, una forma destacada de razón humana. No es sino hasta el siglo XVII que comienza a ser relacionada al encierro y a procesos que la diferencian de la vida social. En 1656, Luis XIV, Rey de Francia, crea por decreto el Hospital General con el objetivo de dar una solución a la ola de enfermedades venéreas y a la lepra que aparecen en Europa. Este acontecimiento es el que Foucault (1961) denomina “El Gran Encierro”.

El “Gran Encierro”, la división manufacturera del trabajo y la razón cartesiana, constituyen al sujeto de la época que performará la idea de locura y la materializará en diferentes dispositivos y procesos, generando el clima para establecer una conciencia social de la exclusión y el encierro (Galende, 1990). Así es que las personas comienzan a ser confinadas en un espacio físico como el hospital general, que no es un establecimiento simplemente médico, sino que tiene funciones policiales y de cuidado.

Durante los años en que se gestan las condiciones de la Revolución Francesa, el ordenamiento social de la locura ya está dado: los locos aparecen naturalmente encerrados. Al instalarse el amor por la razón y la moral burguesa existe un espacio socialmente diferenciado e institucionalizado que posibilita a la locura como objeto de estudio. En ese contexto se asientan nociones del loco como quien se relaciona solo con su animalidad y, por último, aparecen conjuntos dicotómicos reguladores, por un lado la razón, el trabajo, la productividad, la utilidad y la sexualidad reproductiva; y las pasiones sexuales y la vagancia, por el otro (Galende, 1990).

Para 1789, Francia se halla inundada de Hospitales Generales distribuidos por todo el país, en los que está a la orden del día la discriminación del pobre y la internación del loco. Ante este panorama, los reivindicadores de los derechos humanos se encuentran en una contradicción con respecto a la locura (Carpintero, 2011) ya que se

presenta la siguiente tensión paradójica: “la libertad del individuo, derecho inalienable, versus la protección de la sociedad y su razón” (Galende, 1990: 128). El Dr. Philippe Pinel, médico y revolucionario de la época, será quien constituya un cambio radical en la percepción de la locura, ya que para él siempre subsiste una parte de razón en el loco y esta es la fracción humana, hasta de los más insensatos, a la que hay que prestarle atención (Carpintero, 2011).

El aporte principal de Pinel es el “tratamiento moral” de los enfermos mentales sustentado en las grandes figuras de la burguesía en ascenso. Él asume las figuras de la autoridad y el castigo: padre, juez y ley. Sus prácticas se aplican dentro de la institución donde maneja todos los aspectos de la vida de los pacientes bajo una disciplina “paternal”, a la vez que el enfermo crea su propio policía interno que vigila sus pasiones. Pinel escribe el *Tratamiento Médico-Filosófico* de la alienación mental en el que las clasificaciones y descripciones se corresponden con las fuentes filosóficas, políticas y medicas de la época. “Si el personaje del médico puede aislar la locura no es porque la conozca sino porque la domina” (Foucault, 1961: 528).

Este periodo termina en 1838 con la ley que reglamenta el dispositivo clásico de salud mental y puede ser considerado como el momento histórico en el que se constituye un nuevo sector: el de la medicina mental hegemónico por la psiquiatría. “La locura [...] pasa a tener estatuto de “enfermedad”, quedando relegadas las concepciones sociales, religiosas, populares del trastorno” (Galende, 1990: 133).

3.1.2. Siglo XX y Guerras Mundiales

Una etapa importante de cambios y nuevos procesos no será posible hasta después de la Segunda Guerra Mundial y las consecuencias simbólicas y materiales que acarrea para la humanidad. A partir de la finalización de la contienda, las reflexiones sobre el Holocausto y la destrucción masiva del humano por el humano, la Organización Mundial de la Salud recomienda transformar en comunidades terapéuticas los hospitales psiquiátricos, buscando una reducción de gastos luego de la catástrofe. Aunque esto se cumplió parcialmente en algunos países, no deja de constituir un periodo histórico fundamental en la reformulación de la atención de salud mental y el cuestionamiento del hospital psiquiátrico (Rosendo, 2013).

Aquellas iniciativas de renovación de la capacidad terapéutica de la psiquiatría para liberarla de sus funciones de control, coacción y segregación son las responsables de generar una ola de campañas reformadoras en Europa y Estados Unidos: “en este contexto cultural y político, desinstitucionalización era una palabra de orden central” (Rotelli, 2014: 25). Era una búsqueda de socialización de la salud, pues lo que se planteaba era llevar adelante una perspectiva ética, racional y científica para dar cuenta del padecimiento humano (Carpintero, 2011).

3.1.3. Cuatro modelos reformistas⁴

Las Comunidades Terapéuticas en Inglaterra. Durante y después de la Segunda Guerra Mundial, un grupo en Northfield comienza a trabajar con soldados afectados mentalmente y grupos de enfermos para discutir colectivamente sus problemas y hacerlos participar de las decisiones del pabellón. De esta forma se va originando una corriente de psicoanálisis grupal, conocido como Comunidades Terapéuticas. Los tratamientos se denominan “socioterapias” y tienen más que ver con la sociología que con los presupuestos médicos. Ronald David Laing y David Cooper son las figuras famosas de la corriente antipsiquiátrica inglesa y se forman en un ambiente que denuncia los efectos negativos de la psiquiatría institucional (Galende, 1990). Resulta evidente que los psiquiatras no pueden seguir pasando por alto la función social que reclaman los asilos aunque también, más desprestigiada que nunca, sobrevive la vieja psiquiatría.

Algunas de las características de esta experiencia, tal como es sistematizada por Galende (1990), son: uso de todos los recursos de la institución de forma no jerarquizada; libertad de comunicación; análisis de los cambios en términos de dinámicas grupales; creación de espacios terapéuticos grupales y asambleas comunitarias; así como la generación de lugares horizontales de reconocimientos recíprocos como bailes, fiestas y salidas.

En la década de 1940 se implementa en Inglaterra la medicina social y un sistema de cobertura previsional que sirve de modelo a otros países. El impulso de la comunidad que busca la despsiquiatrización hubiese sido imposible sin este contexto social y político. Tal como lo expresa Galende, este movimiento no debe entenderse

⁴ Para la exposición de los cuatro modelos reformistas que aquí se desarrollan nos hemos basado principalmente en el trabajo de sistematización realizado por Emiliano Galende (1990).

como un despliegue o una modernización de la psiquiatría, sino como su crisis. Efectivamente, sobreviven los asilos y manicomios, pero también los nuevos centros, las granjas, las comunidades, etc. que demuestran que “se va redefiniendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo” (Galende, 1990: 146).

La Política del Sector en Francia. La denominada política del Sector se concentra en dos cuestiones clave: por un lado, cómo tratar y crear una institución psiquiátrica que sea participativa y democrática; y, por otro, cómo reinsertar nuevamente la problemática de la salud mental en la sociedad. Aunque es difícil rastrear el inicio de esta ideología se puede afirmar que es previa a la Segunda Guerra Mundial, no obstante el impulso es dado por las consecuencias devastadoras que esta provoca.

Basada en estas dos preocupaciones, la psiquiatría del Sector⁵ comienza a operar en los años cincuenta. Enfrentan un abanico de dificultades que van desde la prohibición de una política horizontal por parte de la burocracia sindical, hasta la presión de este mismo agente por convertir al Sector en un centro financiero y territorial, lo que iba en contra de asegurar una estructura reticular. Al interior de los equipos, las ideas y principios encuentran frentes, entre los pioneros y los nuevos profesionales ingresantes, ya que estos no pueden salir de sus consultorios, horarios y ritos, patentizando así uno de los aspectos clave para la transformación de la Salud Mental: no se puede llevar a cabo sin recursos humanos acordes a ella.

A partir de los años setenta se replantea la idea del Sector estimulado por los cambios en los asentamientos urbanos, la pérdida de lazos, el anonimato de los individuos, la dispersión de sus familias y –como sugiere Tosquelles– la pérdida de peso del ciudadano medio en las estructuras de las relaciones de producción (Galende, 1990: 154). Así es que el hospital psiquiátrico no sufre alteraciones relevantes y los psiquiatras vuelven a sus batas y a sus espacios de poder. Entonces: ¿Falló el Sector? Como vemos a lo largo de la historia y de los diferentes casos, siempre algo se modifica. Esta vez, “quedó establecido que el hospital psiquiátrico, en la sociedad

⁵ Se denomina “sector” ya que se basa en la organización de la asistencia a la salud mental en sectores geográficamente determinados, permitiendo así acercar la atención a la población. Cada sector cubre aproximadamente 70.000 habitantes y en él trabaja un único equipo de profesionales en diversos centros asistenciales. Información obtenida del sitio web Estudio del psicoanálisis y psicología, recuperado de la entrada dedicada al tema "Los primeros movimientos de reforma psiquiátrica: la psiquiatría de sector en Francia". Disponible en: <http://psicopsi.com/MOVIMIENTOS-REFORMA-PSIQUIATRICA-psiquiatria-sector-Francia>

actual, solo puede vivir en el seno de su crisis, pocos piensan que represente una solución moderna al problema de la locura” (Galende, 1990: 155).

La Política de Desinstitucionalización de Italia. El espíritu transformador y democrático de la experiencia francesa e inglesa también se vive en Italia, si bien hay algunas diferencias que marcar. Por ejemplo, la reforma es posterior, data de 1967, existiendo ya un terreno de aplicación en otros países y además persiste un clima que da pie a posibles movimientos del *status quo* de la psiquiatría. Franco Basaglia es el responsable principal de la reforma italiana iniciada en Trieste, Italia, (Rotelli, 2014) pues es quien logra impulsar el cierre de un establecimiento en pocos años y detecta que el enfermo mental enfrenta una doble estigmatización: ser un enfermo por sus problemas psicopatológicos y, a la vez, un excluido social. Asimismo, revela que la psiquiatría se ha encargado de abolir las contradicciones, encubriendo y desplazando el problema sociopolítico que el enfermo y la institución representan hacia una resolución técnico-científica.

Lo antes señalado expone que el problema y la preocupación de Basaglia, después de más de 100 años, sigue siendo la misma de Pinel: dar cuenta de quién era un marginado por la pobreza, un desamparado social, un delincuente o un loco. La decisión, la grieta entre uno y otro es política, aunque se lo proponga como tarea de la ciencia. En este caso, el italiano se compromete con la dimensión sociopolítica del problema del asilo y alerta sobre el encubrimiento de categorías.

A diferencia de la comunidad anglosajona que sostiene la idea de una competencia técnico/profesional para atender al enfermo mental, Basaglia toma la globalidad del enfermo mental en su contexto sociopolítico del que es indisoluble y cuestiona las propuestas de la psiquiatría comunitaria, lo que lo lleva a proponer la desinstitucionalización como vía (Galende, 1990).

La experiencia italiana sigue vigente, no obstante es necesario hacer un repaso de las dificultades internas, los saldos y problemas con los que se enfrenta: la negativa del movimiento de construir teorías alternativas, comprender si la socialización del paciente es suficiente para resolver su problemática subjetiva; el facilitamiento del crecimiento de la industria privada convierte a los Centros Comunitarios en nuevos selectores de clase, la falta de conexión entre los tratamientos psicofarmacológicos, el lugar de estos en las estrategias comunitarias, etc.

La Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos. Desde comienzos del siglo XX empiezan a aparecer en los Estados Unidos movimientos y corrientes que denuncian las prácticas psiquiátricas, tomando mayor fuerza durante la década del treinta. El momento clave se produce luego de la Segunda Guerra Mundial al verse agravados los problemas ligados a lo mental: en la etapa de reclutamiento se verifican rechazos por causas mentales; durante el desarrollo de la contienda se producen bajas vinculadas a tales motivos; y al regresar los veteranos de guerra aumenta la cantidad de consultas y eleva la necesidad de asistencia.

Es en estos años que se funda el “Grupo para el Desarrollo de la Psiquiatría” de la mano de la fundación Menninger y el grupo de Robert Felix, quien será el primer Director del Instituto Nacional de Salud Mental. Su grupo está conformado por psiquiatras y psicoanalistas, quienes tejen redes políticas a partir de diversos proyectos. En los años sesenta implementan medidas de corte humanístico para algunos servicios y buscan la promoción, apoyo y financiamiento de profesionales ligados al psicoanálisis. También se avala el desarrollo de investigaciones de terapias como la familiar y las comunidades experimentales. Se multiplican los psiquiatras, se genera un perfil más dinámico y antialienista, así como se alienta la psicoterapia y la investigación en el campo.

En 1963, el entonces presidente norteamericano John F. Kennedy plantea en el Congreso la necesidad de atender los problemas de la salud y la enfermedad mental, reclamando fondos federales para la aplicación del Programa Federal de Salud Mental basado en la creación de Centros Comunitarios. La ley encuentra muchas dificultades para implementarse y es recién en 1965 –ya Kennedy asesinado– que se aplica en todo el territorio estadounidense con un tinte más general que la propuesta original. El Centro Comunitario de Salud Mental debe estar dispuesto a atender a todos los individuos de la sociedad con la misma dedicación y respeto. Abarca un amplio abanico de problemas de la vida social: delincuentes menores, alcohólicos, etc.

Esta política se basa en dos cuestiones clave: la apertura de Centros Comunitarios y la desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos, para así disminuir internaciones y cerrar hospitales. La expansión de esta estrategia comienza a retraerse con la llegada de Richard Nixon a la presidencia. Finalmente, no hay cierre de instituciones y lentamente algunas comunidades vuelven a convertirse en depositarios

de personas pero a menor costo. No se logra la resocialización, como en los proyectos italianos, por lo que no alcanza a constituirse en una alternativa de vida real para los individuos internados.

Más allá de las dificultades señaladas, la política comunitaria consigue algunos resultados positivos como por ejemplo: a) romper la hegemonía de la institución psiquiátrica junto con la figura de poder del psiquiatra sobre la enfermedad mental; b) transformar la población asistida gracias a la llegada de otros problemas más leves y cotidianos que modifica la visión social de la enfermedad mental logrando más continuidad que rupturas entre enfermedad mental y problemas de la vida; c) generar una conciencia más política vinculada al bienestar general, atenuando las fuerzas de exclusión; y d) por último, cambiar el rostro oscuro de la psiquiatría a través de la expansión de sus políticas logrando mayor penetración de las técnicas utilizadas y ampliando el conjunto de tratamientos ofrecidos más allá de la enfermedad mental. Los dos sistemas (la Psiquiatría Comunitaria y la psiquiatría tradicional manicomial) subsisten de forma paralela. Como pasa en muchos países, la mayoría de las camas de los hospitales psiquiátricos son ocupadas por enfermos llamados crónicos o incurables, y las nuevas poblaciones se conforman de alcohólicos, drogadictos y miembros de clases de menor ingreso. Además, se consolida el empleo de psicofármacos y no se abandonan los métodos clásicos como por ejemplo el electrochoque y la lobotomía.

3.2. Historia argentina de la locura

3.2.1. Modelo Agroexportador y Estado del Bienestar

En la Argentina, la historia de la Salud Mental se desarrolla a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Los avances y retrocesos que se plasman están condicionados por las políticas de turno, las posibilidades económicas y el contexto internacional. En el país, los primeros hospicios datan de 1854, cuando se inaugura el hospital monovalente para mujeres denominado actualmente Hospital Neuropsiquiátrico “Braulio A. Moyano”, y en 1863 se establece el de hombres hoy llamado Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”.

En el periodo comprendido por los años 1880 a 1910 se afirma el dispositivo psiquiátrico francés, de la corriente positivista denominada alienismo, que practica la

curación por medio del encierro y los tratamientos físicos y sociales. El loco era aquel sujeto peligroso que había que apartar de la sociedad. Hugo Vezzetti (1985) sostiene que el dispositivo en torno a la locura y al delito, al que está íntimamente unida, se establece en este periodo. En 1899 se crea la Colonia Nacional de Alienados “Open Door”, de la mano del alienista Dr. Domingo Cabred.

Al tiempo aparecen las primeras cátedras y publicaciones vinculadas a la cuestión y se define el papel de los médicos en estrecha relación con el Estado y, por consiguiente, con el plan político de organización del Estado Liberal y la instauración del Modelo Agroexportador que impulsa, entre otras políticas, la inmigración europea. En el conjunto de las innovaciones acaecidas en este período se verifica el rápido crecimiento de la población en algunas ciudades, causando nuevos problemas sociales y sanitarios. Con ellos vinieron las ideas del “higienismo” con el acento puesto en la prevención de problemas de higiene y salud como epidemias o delitos en el conjunto social.

Con el tiempo se crean nuevas instituciones de asistencia social de grupos vulnerables paralelas a las ofertas de los primeros servicios de internación psiquiátrica privada: los institutos frenopáticos, pauta de la doble estigmatización del loco-pobre. “Mientras los locos pobres tenían instituciones públicas abandonadas, los de mejor recurso tenían confort y comodidad” (Carpintero, 2011: 15).

En la década del cuarenta del siglo XX se afianza el Estado de Bienestar de la mano del Peronismo y aparece un nuevo grupo aliado de los psiquiatras manicomiales: las organizaciones burocráticas sindicales creadas desde el Estado que manejan las obras sociales y defienden las estructuras psiquiátricas asilares (Carpintero, 2011). En estos años el deterioro en los manicomios se mantiene y ocurren algunos hitos de relevancia para la fracción psicoanalista y social más progresista de la época: por ejemplo, echan del Hospital “José T. Borda” a Enrique Pichón Rivere, considerado uno de los introductores del psicoanálisis en Argentina y generador de la teoría de grupos.

Una de las figuras clave de ese momento es el Dr. Ramón Carrillo, Ministro de Salud que entre 1946 y 1952 intenta dar soluciones materiales a problemas como la capacidad hospitalaria o la coordinación de jurisdicciones, lo cual termina en la reformulación e inauguración de nuevos lugares de atención como hospicios con espacios tipo pabellones. Muchas de sus reformas no son bien vistas y no tienen el

apoyo del Gremio Médico ni el de la mayor parte de los psiquiatras ligados al higienismo.

3.2.2. Post Segunda Guerra Mundial. Un nuevo pacto social, intentos de planes y pruebas pilotos

En la década del cincuenta, la situación mundial cambia y “el capitalismo necesitaba reformular un nuevo pacto social en el que se debía asegurar el desarrollo económico” (Carpintero, 2011: 16). Esto significa que el Estado debía velar por la seguridad social y económica de los ciudadanos, lo cual lleva a los países del mundo a ensayar diferentes soluciones para ver cómo resolver este mandato. Estas respuestas alternativas se pueden analizar desde dos perspectivas: una que piensa y busca la solución a los problemas que acarrea la Salud Mental desde una mirada sociológica, con o sin ayuda de la psiquiatría. Otra, puramente económico-capitalista que brinda soluciones y caminos alternos sólo en búsqueda de un gasto público menor en salud. En la Argentina, la recomendación de la OMS se traduce a mediados de la década del cincuenta en tareas enormes por las condiciones desastrosas en las que se encuentran los hospicios (Carpintero, 2011). En 1957 se producen tres hechos clave para el campo de la salud mental: se establece el Instituto Nacional de Salud Mental, se funda el primer servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús (fuera de un Hospital Psiquiátrico) y se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.

Asimismo, desde el psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología institucional y la comunitaria se comienza a cuestionar el manicomio y poner el acento en prácticas comunitarias. Con esto se empieza a mostrar la potencialidad de otros tratamientos terapéuticos (en grupos, con familias, etc.) y se inauguran las primeras residencias. Sin embargo, la estructura manicomial sigue siendo apoyada por los poderes políticos que reprimen y prohíben algunas de las experiencias.

Durante la dictadura cívico militar de 1976 a 1983 se destruyen los servicios de salud mental intervenidos por la burocracia gubernamental para llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional y muchos de estos espacios son utilizados para la desaparición forzosa de personas. Por otro lado, se inicia el afianzamiento de una política privatista en el campo de la salud, produciéndose un desentendimiento del tema por parte del Estado que deja a la salud a merced de grupos privados.

En la transición democrática se intenta generar una política de salud mental para recuperar los espacios devastados. Es un momento en el que se ensayan experiencias alternativas y planes pilotos desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud. No obstante, “debemos decir que la historia de nuestro país es la historia de los planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX” (Carpintero, 2011: 18). En este sentido, “desde la recuperación democrática en 1983 y con el auge de la estrategia de atención primaria de la salud (APS), se constituyó algún grado de consenso acerca de que para mejorar la salud de la población no alcanza con curar la enfermedad” (Lareo, 2008: 107). Así es que se recupera tanto la democracia y, con ello, la discusión sobre las reformas de atención de la salud mental.

En la década de 1990, durante los años menemistas, las recetas neoliberales y la política que beneficia los intereses de las grandes empresas de salud que continúan ejerciendo su poder hasta la actualidad, dejan el saldo de la mala calidad en la atención del usuario, la desresponsabilización del Estado y las privatizaciones (Carpintero, 2011). La exclusión de los servicios de salud de los sectores de menor ingreso y la medicalización del padecimiento subjetivo seguramente sean los costos más altos a pagar. “El proceso de concentración y mundialización capitalista trae aparejado la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población, cuyo resultado es quedar en los márgenes de la sociedad” (Carpintero, 2011: 18).

Por otra parte, en Santa Fe y Río Negro, como resultado de la desaparición del Estado Nacional y de la derivación del servicio de salud a la jurisdicción provincial, comienzan a aparecer una serie de leyes que priorizan la atención con una base de tipo comunitario y buscan reemplazar el hospital neuropsiquiátrico por espacios ambulatorios e internaciones en hospitales generales.

3.2.3. Experiencias argentinas

En nuestro país contamos con una larga trayectoria de experiencias de reforma que lograron transformaciones sustanciales en el ámbito de la salud mental. A su vez, actualmente conviven con otras que implican cambios en las concepciones asistenciales vinculadas al manicomio como la drogadicción, adicción y externación (Faraone, 2009).

Uno de los íconos indiscutibles de las propuestas alternativas a los modelos manicomializadores es la creación del Servicio de Psicopatología de Lanús gestionado

por Mauricio Goldenberg en 1956 (Galende, 1990; Visacovzki, 2003; Vezzeti, 2006; Carpintero, 2011; Rosendo, 2013). Por un lado, es posible indicar que “esta experiencia, conjuntamente con otras contemporáneas, formó parte de un movimiento de crítica al sistema asilar y la pretensión de su reemplazo por servicios psiquiátricos en hospitales generales” (Rosendo, 2013: 37). Al mismo tiempo, se entiende que “ese programa venía explícitamente a proponerse como una respuesta preventiva a los malestares que, en el plano de las costumbres, acompañaban los cambios sociales globales, en ese período de transformación modernizadora” (Vezzeti, 2006: 3).

Se trataba del tránsito de una psiquiatría manicomial tradicional a otra moderna, con la creación de servicios de atención periféricos, integrados a hospitales generales y a la comunidad (Rosendo, 2013). Así es que dentro de la lista que comienza con la experiencia de Mauricio Goldenberg, podemos sumar: “Los Talleres del Pirovano” a mediados de los años 1980, dirigidos por Carlos Campelo; el “Centro Piloto” del Hospital de Lomas de Zamora “Neuropsiquiátrico José A. Estévez”, a cargo de Wilbur R. Grimson desde 1968; el “Plan Piloto de Salud Mental” en La Boca de la mano de Miguel Vayo y el “Frente de Artistas del Borda” en el Hospital Psiquiátrico “José T. Borda”, ambos originados en 1984.

Impulsan estas experiencias diferentes profesionales, por lo general psiquiatras interpelados por la inclusión de la dimensión social. Los dos principios en los que estas prácticas se basaron son: “los grandes asilos no se reforman tratando de mejorarlos desde la misma lógica que los produjo” y “no hay reforma que pueda focalizarse sólo en el manicomio” (Vezzeti, 2006: 2). En resumen, una experiencia desmanicomializadora no es solo una crítica y no solo apela al campo de la psiquiatría o de la salud mental.

Por último, son un hito clave en la historia de la salud mental del país las experiencias de Río Negro y Santa Fe, dos de las primeras provincias en contar con legislaciones propias (Rosendo, 2013). En Río Negro, se logra el primer cierre total de un manicomio designando al Dr. Hugo Cohen como Director del Programa de Salud Mental de la provincia, quien presenta en 1989 un Anteproyecto de Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. Será en 1991, con la Ley N° 2.440 reglamentada, que se cerrará el Neuropsiquiátrico de Allen (Tisera y otros, 2016).

En la provincia de Santa Fe se verifica en lo que se denomina por aquel entonces el “Corralito”, un ex pabellón psiquiátrico del Instituto Correccional Modelo Unidad N° 1 de la ciudad de Coronda, creado en 1985. Este lugar de encierro alojaba a personas con padecimiento psíquico, en su mayor parte inimputables. La Dirección de Salud Mental comenzó a trabajar en 2005 activamente con un equipo interdisciplinario de profesionales con el objetivo de desarrollar espacios asistenciales de carácter no penitenciario. Finalmente, en 2008 se produce el cierre definitivo del mismo, brindando instancias alternativas de tratamiento para las personas allí alojadas (Faraone, 2009).

3.3. Actualidad. Contexto neoliberal y la llegada de la Ley N° 26.657

Los procesos de desinstitucionalización no siempre tienen como objetivo la abolición o sustitución de las lógicas manicomiales. Muchas veces solo se trata de un programa de reducción de gastos administrativos propio de las operaciones de crisis económicas que van desde menores fuentes de trabajo hasta la reducción de camas que llevan a la externación a usuarios que no tendrán proyectos de acompañamiento y reinserción. Cuando estos vaciamientos no se acompañan de acciones o dispositivos alternativos dejan a la deriva a quienes excluyen: no hay planes sanitarios, ni organizaciones sociales, ni profesionales a quienes acudir; son simplemente un movimiento de expulsión donde los nuevos externados no son acogidos más que por la desresponsabilización del Estado y la responsabilización individual y familiar, logrando un doble movimiento en torno a culpas y compromisos. Así es como el conocido efecto de *open-door* o *puerta giratoria* acontece cuando la desmanicomialización no prevé los pasos a seguir y los sujetos son presos de las lógicas más descarnadas y desubjetivadas del neoliberalismo, generando con ello efectos de exclusión, medicalización y responsabilización (Faraone, 2013a).

La sanción en diciembre de 2010 y la regulación en 2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 introdujo un horizonte de expectativas de cambios promotores de la atención de salud mental desde enfoques no restrictivos de los derechos de las personas con padecimiento (Faraone, 2013a). Se trataba de un período singular de relevancia para la comprensión de las innovaciones en marcha, relacionadas con la implementación, dificultades y alcances desarrollados. La sustitución de las lógicas manicomiales implica una apuesta a la construcción de un proyecto que debe transformar

el mismo espacio hospitalario, pero también crear las condiciones para la externación y la dificultad que conlleva (Faraone, 2013a). Así, la institución psiquiátrica sería desplazada por el eje de la atención y la comunidad, asumiendo el cuidado de las personas con trastornos mentales. Para que esto comience a suceder fue clave la producción de legislación en salud mental, en la búsqueda de la ampliación, protección y conocimiento de los derechos de los pacientes de salud mental.

CAPÍTULO 4: Dimensión de saber y visibilidad

4.1. Introducción

La arqueología histórica que realizamos en el capítulo anterior tuvo como objetivo mostrar diferentes elementos que confluyeron en ciertos momentos para dar cuenta de las transformaciones y procesos que ha sufrido el campo de la salud mental a lo largo de la historia. De esta forma, pusimos el foco en aquellas cuestiones que atañen a los órdenes discursivos, los regímenes de saber y las técnicas de gobierno que atravesaron a los cuerpos y dieron terreno a la problemática de la salud mental.

En este capítulo desarrollaremos la dimensión del saber de la actual configuración del Dispositivo de Salud Mental, la cual comprende regímenes de visibilidad y de enunciación. Detectaremos los elementos de la construcción discursiva y visible del Dispositivo de Salud Mental, dando cuenta de los paradigmas socialmente vigentes y la tensión entre los mismos. De esta forma, notaremos que no se trata de un solo enunciado hegemónico, único y dominante, sino que nos encontramos en un momento de coexistencia de paradigmas, modos de pensar la salud, modelos y lógicas que avanzan unas sobre otras, pero también se retroalimentan y coproducen.

La configuración particular de dichos enunciados y las problemáticas principales que trae el pasaje de un modelo hacia otro, se presentan como quiebres contenidos en discursos y enunciados formadores de regímenes de verdad, capaces de modificar, romper o sostener creencias instaladas. Toman relevancia por su consistencia en la teoría y la normativa, así como también por su persistencia en los dichos de los entrevistados en esta investigación. Por ende, al finalizar el capítulo presentaremos dos problemáticas relacionadas a la dimensión del saber que, desde nuestra lectura, concentran algunas de las complejidades más representativas del Dispositivo de Salud Mental y el vector del saber. Estas son: (i) La necesidad de pensar la salud mental en términos de multi-complejidad o multi-dimensionalidad, puesto que se trata de una problemática que tiene como causas y consecuencias una amplia variedad de problemas. (ii) El pasaje de paradigmas y el tránsito de modelos vigentes en el campo de la salud mental se evidencia como confuso, siendo más efectivo y palpable en el orden del discurso que en el nivel de las prácticas.

Por último, realizamos algunas aclaraciones relativas al análisis. Primero, en el transcurso de la investigación notamos que el hecho de retomar y reformular analíticamente las nociones propias de un campo, en este caso el de la salud mental, es pertinente si se lo lleva a cabo prestando particular atención a su construcción histórica. Luego, la mayoría de las decisiones de análisis están guiadas principalmente por el peso de los testimonios de quienes trabajan día a día dentro de estas encrucijadas espacio-temporales. Finalmente, las clasificaciones elaboradas responden a una intención teórica de orden analítico para presentar y examinar el tema en cuestión. Los dispositivos están atravesados simultáneamente por los vectores de saber, poder y subjetividad, donde las diferentes dimensiones están compenetradas unas con otras, presentándose por ello de manera sobre-determinada y recíprocamente implicadas. En ese sentido, consideramos que no es posible hacer una separación de los mismos como si se tratará de ámbitos estancos, sino solo a los fines analíticos.

4.1.1. Categorías teóricas específicas

Salud. Para comprender la categorización de paradigmas y modelos que hemos elaborado es relevante comprender a la salud en los términos postulados por la Organización Mundial de la Salud (1948) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. En otras palabras, la salud no es ausencia de enfermedad ya que está definida por múltiples variables de diferente carácter.

Régimen de verdad. Michel Foucault en *Microfísica del Poder* (1992) argumenta que la verdad no está fuera del poder ni carece del mismo, la verdad es de este mundo y está producida gracias a múltiples imposiciones, teniendo así, efectos reglamentados de poder. En consonancia con esto, describe a los *regímenes de verdad* de la siguiente forma:

Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su ‘política general de la verdad’: es decir, los tipos de discursos que ella acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos o falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de los encargados de decir que es lo que funciona como verdadero (Foucault, 1992: 198).

Entendemos, entonces, por *verdad* “un conjunto de procedimientos reglamentados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación, y el funcionamiento de

los enunciados” (Foucault, 1992: 199). La verdad está ligada a los sistemas de poder que la producen y mantienen, pero también, a los efectos de poder que induce y la acompañan. En este sentido, el *régimen de la verdad* no es simplemente ideológico, ha sido una condición de formación y desarrollo del capitalismo, de un momento específico.

Con esto, la noción de *paradigma* aquí empleada y de *régimen de verdad* se encuentran en consonancia dado que ambas remiten a un determinado momento histórico en el cual se suturan momentáneamente enunciados del orden del discurso y del saber, y prácticas -y sus efectos e implicaciones- ligadas al vector de poder. Así, se establece una *verdad*, un régimen de veracidad esencial al funcionamiento estructural de la sociedad, que remite a “un combate ‘por la verdad’, o al menos ‘en torno a la verdad’” (Foucault, 1992: 199), en el cual lo primordial no es descubrir o hacer aceptar un conjunto de cosas verdaderas, sino “el conjunto de reglas según las cuales se discrimina lo verdadero de lo falso y se ligan a lo verdadero efectos políticos de poder” (Foucault, 1991: 199).

4.2. Regímenes de verdad: paradigmas, discursos y modelos de atención

4.2.1. Paradigma de la salud reducida

El discurso de las ciencias en general y de las ciencias médicas en particular se ha construido históricamente como el criterio rector de la verdad, en tanto saber legítimo para tratar con los problemas de salud y enfermedad que afectan a los seres humanos. Desde fines del siglo XVIII, el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica ha ido estableciendo como subalternas al conjunto de prácticas, saberes y formulaciones teóricas que hasta entonces fueron dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1992).

La superación o falta de vigencia de un paradigma no es lo que nos convoca, sino su influencia en la práctica y su eficacia en la construcción histórica de las subjetividades. Y esto, en tanto y en cuanto convive con otros modelos y paradigmas, en principio, contrapuestos. La salud, desde el punto de vista de la medicina, tendrá

siempre demasiada influencia en el desarrollo de la medicina como sector político-técnico, del mismo modo que la salud pública en cuanto “saber” y en cuanto “sector” se constituirá a partir de la medicina, tendiendo a presentarse como definitivo (Menéndez, 1992). Esta vigencia del dominio del discurso médico se constata en los testimonios de los entrevistados, como lo ilustra el siguiente:

El discurso médico como aquel que normaliza [...] todavía tiene una importancia notable. Todo el discurso médico tiene un peso muy importante, por ahí el psicólogo queda medio relegado. Se puede militar para cambiar ciertas nociones y formas en el hablar, pero el discurso médico tiene un peso zarpado (E2).

El modelo médico hospitalocéntrico y la lógica manicomial monovalente han sido sostenidos y justificados por siglos por el discurso de las ciencias médicas, efectivizándose en un abanico de prácticas, técnicas y dispositivos que generaron formas de subjetivación particulares. Asistimos a una institución que genera formas básicas de organización de la norma psicológica, instituyendo diferencias y funciones (enfermos/sanos, médicos/pacientes, loco/no loco, etc.) y funda relaciones que se plasman en un cierto tipo de establecimiento que implementa dichos elementos: el manicomio, el hospital monovalente, el hospicio, o el asilo neuropsiquiátrico (Galende, 1990).

Desde los inicios del hospicio, la dirección es una labor de gobierno, “el arte de dominar los hombres. Por esa vía se reconoce al loco en una masa humana que debe ser sometida y dirigida” (Vezzeti, 1985: 54-55). Este ejercicio de poder, eminentemente político, no es sino aquel que luego permitía al médico detentar cierto saber psiquiátrico sobre la locura que se vuelve una de la característica de la salud mental. Para ello, se fue extendiendo una observación científica continua, produciendo cierto diagrama de organización en torno a la conducta y la acción, donde las mismas eran plausibles de ser examinadas en términos de objetos de saber y construcción de patología. Mientras tanto, se reproducían relaciones de poder y/o dominación que imperan hasta el día de hoy en dichas instituciones (Vezzeti, 1985).

Esta máquina hablante de la visibilidad, con los años y las transformaciones sociales y culturales, fue generando dos caras de una misma moneda. Por un lado, conformó el imaginario sobre la salud mental y la locura que hoy tiene efectos en la sociedad en general y en el campo específico. Tal imaginario comporta una fuerte influencia como motor de sentidos contruidos al interior y exterior de los manicomios,

los cuales tienden a convertirse en enunciados basados en la peligrosidad y la discriminación dando lugar a la conformación de un estigma. De esta forma, los hospicios organizaron formas de vida y discursos que terminaron produciendo históricamente subjetividades no solo al interior, sino también por fuera de los muros. El otro lado de la moneda es la consecuencia de años de aplastamiento, disciplina, vulneración y rechazo de los derechos humanos, que es la generación inmanente de su propia contracara: una crítica que produjo los cuatro modelos reformistas explicados con anterioridad (véase apartado 3.1.3.). Estos últimos modelos, particularmente, los entendemos como una concepción cada vez más amplia de salud, influenciada por los derechos humanos, las ciencias sociales y el modelo de atención primario de la salud de base comunitaria.

Desde nuestro particular enfoque, las relaciones de poder y dominación se vuelven claves de lectura y cifras de análisis en este punto. Apelamos a que la existencia de la institución psiquiátrica respondía directamente a una relación de poder asimétrica de dominación donde el médico detentaba ciertos saberes y poderes en función de los cuales decidía sobre la vida del otro. En este sentido, “instituye ese lazo social específico [...], el lugar físico de realización de esa práctica, aunque contingente, es esencial para organizar las relaciones de conocimiento, poder y jerarquía, y hacerlas administrables” (Galende, 1990: 107). En este vínculo se van dando otras relaciones de dominación con efectos prácticos, siendo el más pertinente y relevante aquel que denominamos *desubjetivación*: para cumplir el postulado de la objetividad del discurso médico clásico y el supuesto del saber, el médico debe dejar afuera de su observación lo esencial del drama del loco, esto es, su condición de sujeto (Galende y Kraut, 2006).

Desarrollar y llevar adelante tal empresa llevó siglos, razón que explica la vigencia del paradigma. Pero no sólo la construcción histórica del discurso hace a su legitimidad científica, sino a otras cadenas significantes que han obturado el sentido para ser presentado como un todo indiscutible. Fue nuestra tarea en esta investigación desandar algunas de estas creencias instituidas, sostenidas en prácticas conflictivas, que conformaban un entramado de elementos complejos. Dichos elementos no se postularon *a priori* del análisis, sino que fueron retomados y reformulados en términos analíticos a partir de las descripciones y opiniones que los entrevistados manifiestan sobre la influencia del discurso médico hegemónico en el campo de la salud mental. En este análisis hemos reconocido y conceptualizado los siguientes elementos: a) Orden y

categorización; b) Encierro; c) Tendencia tutelar e infantilización; d) Uso de medicación; y e) Control de los cuerpos. Lo que aquí presentamos son elementos en conflicto como líneas de fuerzas que se entrecruzan en el pasaje de paradigmas y no en tanto sentidos suturados de una vez y para siempre.

a) Orden y categorización. Tal como fue descrito en el Capítulo 3, una de las tareas de la lógica manicomial fue la exclusión, separación, orden y absorción de los cuerpos que no respondían a las subjetividades dóciles y productivas que la coyuntura requería. Aunque aún insisten y persisten rastros de una tendencia a la clasificación entre sanos y enfermos, este movimiento ya no es tan sencillo hoy en día, sino que entrama una complejidad superior propia de una nueva lógica de clasificación ampliada. Este proceso que engloba discursos y técnicas tiene su expresión máxima en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, en la medida que se presenta “como un compendio gordo de enfermedades mentales, como si fuera una especie de libro de botánica, cuando en realidad el sufrimiento humano es tan difícil de clasificar, porque justamente es tan complejo y particular como cada persona” (E5). El DSM es un manual armado por psiquiatras en Estados Unidos que se reactualiza cada cierto período de tiempo, que compila y cataloga los trastornos a partir de la acumulación de síntomas. El funcionamiento del manual, a grandes rasgos, responde a la siguiente lógica: si un usuario tiene una serie de síntomas, estos se agrupan como síndromes, y a partir de ahí se lo ubica en un trastorno o en otro. En este sentido, entendemos que “el sujeto es transformado en objeto destinado a ser diagnosticado, clasificado y medicado por otro objeto” (Pundik, 2011: 55).

En el transcurso de las entrevistas, se explicitaron algunas ventajas en el uso del DSM, a saber: a) “permite tener una especie de diálogo común, ciertas cuestiones en donde habilita o posibilita la discusión de otras cosas” (E2); y b) “muchas prepagas y obras sociales hacen uso de ese manual como para poder brindar los servicios y cubrir un tratamiento” (E2). Sin embargo, en los mismos testimonios también se manifestó el hecho que el DSM no deja de formar parte de un modelo de salud reducida en tanto...

... se piensa como algo que está fuera de la persona, de la sociedad, la persona sola como un ente, como un sistema cerrado, como si fuese solo la persona con el problema; en realidad el problema está en el contexto, el medioambiente (E5).

Los riesgos del uso del DSM están relacionados en un sentido amplio al control de la sociedad en general ya que tiene dos claras consecuencias que si bien no

retomaremos en este trabajo son pertinentes de nombrar: la medicalización de la vida (Conrad, 1993) y la farmacologización (Abraham, 2010).

b) Encierro. Relacionado con el punto anterior, el manicomio tradicionalmente fue un lugar que ordenó la vida social excluyendo y encerrando a los enfermos, pero también organizó la vida cotidiana de los internados de múltiples formas. “Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio” (Goffman, 1961: 19). Las instituciones totales, como el manicomio, lo que logran es una ruptura de las barreras cotidianas de estos tres ámbitos, desarrollando los aspectos de la vida en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, estrictamente programados en tiempos más o menos fijos, lo cual implica un conjunto de normas y funcionarios que las harán cumplir. Así, entendemos lo siguiente:

Uno de los mecanismos clave de estas instituciones es el manejo, expropiado por la organización, de la totalidad de las necesidades de los individuos [...] estas instituciones son absorbentes, se proponen proporcionar al enfermo un mundo propio, absorbiendo todo su tiempo e intereses (Galende, 1990: 109).

Este dispositivo eminentemente disciplinario encontró límites simbólicos y materiales en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10. Sin embargo, aún existen discursos como “la etiqueta del loco como peligroso aparece de forma continua, hasta en los propios estudiantes de psicología” (E2) o “su familiar es un enfermo mental, lo mejor es que se quede acá, el hospital es el mejor lugar para él” (E3). Las consecuencias más alarmantes de esta lógica, en primera instancia, son humanas, ya que un gran número de padecientes quedaron entre medio de dos paradigmas subjetivamente institucionalizados; mientras que en segundo lugar remiten a la característica del riesgo de endogamia continuo de los dispositivos que se proponen sustitutivos. Se profundizará este tema en el Capítulo 5, al abordar el vector del poder del Dispositivo de Salud Mental.

c) Tendencia tutelar e infantilización del usuario. En los testimonios de los entrevistados nos encontramos con un grupo de decires que conformaban una tendencia aún vigente basada en el tutelaje, la infantilización y el paternalismo, en tanto legados de los modos y discursos tradicionalmente asilares. A este respecto, tales testimonios manifestaron lo siguiente: a) “no es, por ejemplo, ‘traígame la sal’: eso es tutela.

Entonces ahí lo trato como un niño; es una práctica que hay que superar. Es muy tentadora, es muy tentador el paternalismo, el maternalismo, porque todos estamos atravesados por esas cosas” (E4); b) “[la LNSM] es una ley de avanzada en el cambio de paradigma de la tutela y de los derechos humanos” (E9); y c) “[hablando de la curaduría] en lugar de brindar más apoyo para que esa persona administre su dinero, lo sustituyen” (E6).

Nos encontramos, entonces, con discursos y prácticas que traccionan a un sujeto sin capacidad de acción, compromiso o reflexión sobre sus acciones y decisiones, con la tendencia de disminuir al usuario como sujeto no autónomo: “muchas veces se ve que no se respeta el derecho del paciente a decidir sobre su propio tratamiento, como una imposición de un tratamiento farmacológico, con poca posibilidad de negociación” (E5). De esta forma, la institución se muestra como una “madre” que no obliga a ocupar el tiempo en tareas claras y específicas, sino que insta, alienta y sugiere, sin dejar de vigilar y registrar, lo que sus residentes hacen o dejan de hacer (Balzano, 2008). Y es en ese marco que los cuida y controla con pocas posibilidades de salir más allá, llevando a un proceso de “infantilización” de quienes se encuentran confinados en este espacio/tiempo colonizado. En el mismo sentido encontramos que “el loco es decididamente un niño y la institución de tal estado de minoridad se da por la acción del campo de relaciones que funda al manicomio” (Vezzetti, 1985: 57).

Sin embargo, esta tendencia así descrita que parece tan categórica, encuentra varias contrararas. Primero y principal, la propia autorreflexión y crítica de los entrevistados que dan cuenta de sus accionares como prácticas que hay que modificar, aunque se encuentren atravesados por las mismas. Por otro lado, el paradigma multidisciplinario pugna por modificar estas relaciones de poder/dominación y los sentidos del trato, la atención y la ética. Por último, advertimos esta tendencia a la infantilización en la sociedad en general:

Muchas veces me pasa que si estoy con ellos no les hablan y me hablan a mí [...]. Una vez acompañe a un usuario a Admisión para tratamiento de psiquiatría y la secretaria del lugar me preguntaba datos personales a mí. ¡Son adultos! (E6).

d) Uso de medicación. Este aspecto resulta relevante por el hecho de haberse constituido como una práctica de control en el tiempo, que no siempre estuvo presente y significó una revolución en los tratamientos: “Estábamos a sólo 15 o 20 años de la revolución que produjeron los psicofármacos en los años ‘50. De la mano de los

psicofármacos se podía lograr la estabilización de las personas y que puedan continuar un tratamiento ambulatorio” (E3).

Actualmente, este punto encuentra un debate que separa aguas, que comenzó con los modelos reformistas detallados en el Capítulo 3 (apartado 3.1.3.). Existen, por un lado, profesionales y usuarios que eligen tratamientos farmacológicos; y, por el otro – como expone concretamente un entrevistado–, “corrientes de antipsiquiatría y organizaciones de usuarios que proponen un tratamiento sin drogas psiquiátricas” (E8). Damos cuenta de dos alertas detectadas en la cartografía para el presente análisis: por un lado, que la medicación debe responder a las necesidades de la persona y, por el otro, que solo acatarán objetivos terapéuticos. Encontramos esto en la promulgación de la LNSM en el Capítulo V, Artículo 12°:

La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

De esta forma, entendemos que los puntos de conflicto que hacen avanzar la reflexión son la sobremedicación y la posibilidad de generar terapéuticas en función de otros elementos como la palabra, el arte, la escucha, etc., o de estrategias que combinen tratamientos. En esta zona de discusión se destacan posiciones como la siguiente: “el uso de medicación sí es necesaria, la sobremedicación es lo que podemos discutir; es decir, que se arme una terapéutica en función de la medicación solamente sin poder laburar desde otro lado” (E2).

e) Control de los cuerpos. El saber médico abarcó sentidos y técnicas más allá de las ciencias naturales, aplicando diferentes tratamientos que no eran parte de la esfera médica. Estos nunca han sido hegemónicos o coherentes con las prácticas terapéuticas sino que eran un “conjunto de medidas prácticas, procedimientos pragmáticos y técnicas importadas de alguna ciencia” (Galende, 1990: 102). Sin embargo, un hilo sutil las une para recortar en el espacio social un conjunto inteligible de prácticas y procedimientos, ligados a problemáticas de lo subjetivo y configurando una totalidad disciplinaria, lo que hace que se reconozcan entre sí y los reconozcamos como modos sociales de tratar

a los enfermos. El punto de sutura, por más arbitrarios, monstruosos o modernos que hoy podamos percibirlos, fue su pertenencia a la disciplina y al consenso social que esta engendra (Galende, 1990). Ejemplos de éstos son los tratamientos basados en la contención, el aislamiento, las prácticas quirúrgicas o químicas, técnicas corporales y físicas –los cuales reducen la libertad física y de decisión de las personas–, pero también aquellos basados en la palabra, el trabajo, el arte, de tipo individual o comunitario, etc. – que no pretenden una privación del cuerpo o la subjetividad del pensamiento y los deseos de los usuarios–.

El saber médico, entonces, fue construyendo una legitimidad del control y el disciplinamiento de los cuerpos que, en la actualidad, resulta problemático en ciertas aristas. Aunque muchos de estos modos son denunciados por entidades colectivas de derechos humanos (organismos internacionales, asambleas comunitarias, etc.) que han arribado a transformaciones aparentes, hay un consenso sobre el control de dichos cuerpos que aún está vigente. Como expone un entrevistado, “históricamente, desde el modelo médico hegemónico, la conducción de los servicios de salud de los hospitales fue protagonizado por un médico. Se dio desde el lugar de poder y control social que ocupó la Medicina y sobre todo la Psiquiatría” (E3). Sin embargo, estas tendencias se van viendo cada vez más reducidas por las normativas vigentes y la multidisciplina (ver apartado 4.2.3.). También sucede lo siguiente: “lo que le da poder a los médicos, a los jefes de servicio es cuántas camas tienen, cuántos cuerpos tienen a su cargo. Es el poder sobre los cuerpos” (E5). Lo que nos lleva a retomar nuevamente, como conflictos que nos permiten avanzar en la comprensión del dispositivo, la coexistencia de paradigmas, de modos de administración y tratamiento: “el modelo médico hegemónico sigue operando como el saber-poder; no sé si en toda la institución, hay diferentes sectores donde es más visible” (E9).

A modo de finalización, nos interesa retomar el siguiente testimonio que aunque se acerca a un modo de subjetivación, ya que se trata de una posición subjetiva, puede funcionar como una hipótesis ante la vigencia del control psiquiátrico sobre los cuerpos. “Hay algo que discutimos mucho: el poder que tiene el psiquiatra. Por lo general, el argumento que se termina consensuando es ‘está todo bien, pero somos nosotros quienes le damos el poder al psiquiatra en el manicomio’” (E1).

4.2.2. Paradigma de la salud ampliada

Es difícil nombrar de forma única a un paradigma sin que sea reducido a aquello que aparecería como contrapuesto. Es en la coexistencia de ambos modelos, en el encuentro y el conflicto, donde encontramos su riqueza para el análisis. Sin embargo, es el que aquí denominamos paradigma de la salud ampliada el que se presenta como superador de sentidos y el cual aporta mayores avances en materia de salud mental. La complejidad de los cambios que retomaremos se encuentran ordenados y categorizados según una concepción amplia de salud que permite atender a una diversidad de problemáticas que se relacionan con los padecimientos de los usuarios y les da un rol más activo y protagonista de su propio sufrimiento mental. Así es expresado por uno de los entrevistados:

Hay un cambio de paradigma súper interesante donde se ubica a los pacientes desde otro lugar, es más: se llaman usuarios. Y esta perspectiva que propone la ley [(en referencia a la LNSM)] permite, de alguna u otra manera, tener un rol más activo en el proceso de alta de los pacientes (E2).

Como desarrollamos en el anterior apartado, pasaremos a describir este otro modelo discursivo presentado como un modo alternativo de visibilidad y enunciación, a partir de elementos pertinentes relacionados interna y externamente, o sea, relacionados entre sí, con los elementos del resto de los paradigmas, y con los vectores que desarrollaremos más adelante. En este marco, nuestros puntos de conflicto a desarrollar serán los siguientes: a) Perspectiva de derechos humanos; b) Concepción de padecimiento; y c) El curso variante del padecimiento.

a) Perspectiva de derechos humanos. Es pertinente darle un espacio a este punto, por el simple hecho que los derechos de las personas con padecimiento mental históricamente fueron vulnerados, negados y violados. Abordar la desinstitucionalización en salud mental desde esta perspectiva permite cuestionar las políticas y prácticas violatorias de los derechos humanos a las que han sido o son sometidas las personas que padecen sufrimiento mental (Faraone, 2013a). En este sentido, en la LNSM encontramos el Artículo 7º, el cual enumera una serie de derechos que deben ser resguardados y asegurados, conocidos y accesibles para los profesionales y usuarios de la salud mental, que también traen conflictos y debates al interior de los mismos usuarios. En esta línea, traemos el siguiente comentario:

Me acuerdo que en uno de los artículos que escribí APUSSAM⁶, lo llamaban ‘La esperanza del Artículo 7°’. No se lo creían mucho, lo tenían demasiado idealizado, era poder tener el derecho a la vivienda, el derecho a la salud comunitaria, al trabajo, que nos puedan pagar en iguales condiciones que los demás (E8).

En términos generales, el beneficio de este artículo es indiscutible y hay un amplio consenso con esto, al menos, en un recorte particular de entrevistados. El significado de esta perspectiva se colma momentáneamente en el siguiente sentido que podemos reconstruir a partir del análisis desarrollado: los usuarios son sujetos con autonomía y capacidad de decisión, que contando con las herramientas de fortalecimiento subjetivo a través del conocimiento de sus propios derechos, de sus alcances y capacidades, pueden mantener lugares activos de enunciación. En otras palabras, esto afirma en el discurso una práctica efectiva: la posibilidad de los usuarios del sistema de salud mental de construirse desde otro lugar que no sea una subjetividad cancelada y tutelada; la posibilidad, entonces, de configurar una posición subjetiva.

Presentamos algunos testimonios que argumentan en este sentido. a) “La ley tiene su pilar en los derechos humanos y la posibilidad de oponerse a ese lado pasivo que apresaba al usuario en este proceso de salud: ingresaba y no había posibilidad de escuchar sino una cancelación de la subjetividad” (E2). b) “El estar en un colectivo de defensa de derechos es algo que trae consecuencias en el tratamiento en relación con la defensa de sus derechos y da una posición mucho más activa” (E8). c) “Lo que hay es un reconocimiento que durante mucho tiempo [los usuarios] no hicieron uso de sus derechos al estar internados y entonces ahora es necesario que se les reconozca el derecho al trabajo o el derecho a una remuneración acorde” (E9).

b) Concepción de padecimiento. La Ley Nacional de Salud Mental establece la noción de padecimiento, avanzando sobre antiguas nociones como trastorno y enfermedad (Faraone, 2013b). Este punto es nodal, ya que algo no empieza a existir como tal sino cuando es distinguido y performáticamente producido, a través del reconocimiento y el conocimiento de unos y de otros, ya que “el poder simbólico es un poder de hacer cosas con las palabras” (Bourdieu, 1987: 141). En este sentido, el Capítulo 1, Artículo 1° de la LNSM afirma lo siguiente:

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas

⁶ Asamblea Permanente de Usuari@s de los Servicios de Salud Mental, dependiente del CELS.

con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para reflexionar sobre esta cuestión cabe tener presente que el signo es un terreno de lucha continúa, donde se terminarán modificando prácticas y sujetos concretos. Los avances en el terreno del signo, por consiguiente, conllevan al terreno conflictivo de las acciones mismas (Voloshinov, 1929). El acto de la enunciación y la definición de conceptos no es inocente y neutral, sino que “la enunciación contribuye diferencialmente a la colonización de la vida del sujeto” (Faraone, 2013b: 37). Es por este motivo que entendemos que las nociones expuestas en la Ley impactan diferencialmente en la construcción de la práctica del campo de la salud mental y, por ende, contraen efectos históricamente situados en las subjetividades. En este marco, retomamos el siguiente comentario:

La palabra enfermedad queda bastante vetusta, como algo que está fuera de la persona, como una entidad externa que viene y responde a un modelo más biomédico como enfermedad infecciosa, más positivista. Ayuda pensarlos más desde el sufrimiento humano como objeto de estudio de la salud mental (E5).

La consolidación de las formas discursivas supone asumir que no podrían sino estar articuladas con prácticas sociales concretas: “la existencia del signo no es sino la materialización de esta comunicación” (Voloshinov, 1929: 37). Estas prácticas ubican puntos de conflicto en los procesos transformadores, en los cuales se realizan intervenciones heterogéneas en tensión permanente. A partir de las prácticas, por lo tanto, se despliegan desde una perspectiva histórica enunciados identificando una problemática difusa que atañe a una diversidad de significados e intervenciones de prácticas sociales, con mecanismos no homologables en términos de tutela jurídica e igualdad de derechos (Faraone, 2013b). En otras palabras, dependiendo qué se comprende por estos significantes, conllevará una práctica concreta, llegando a una multiplicidad de las mismas según las distintas comprensiones que se formulen y confeccionen. A continuación demarcaremos en lo posible las diferencias entre “trastorno mental” y “padecimiento mental”, para comprender los alcances de uno y otro concepto, a sabiendas que es uno de los puntos clave de conflicto en los paradigmas presentados.

La noción de enfermedad mental conlleva una traslación respecto a la de *trastorno mental*. Borra límites precisos, a la vez que abre un abanico difuso de posibles trastornos, posibilitando nuevas interpretaciones acerca de prácticas, comportamientos, actitudes, etc., de los sujetos individuales y sociales sobre los cuales interviene específicamente. Esto puede enmarcarse en varias entidades que apuntan a establecer continuos, diluyendo aún más las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico. El resultado es un efecto cada vez más individualizante: con cada diagnóstico, una solución médica específica. En un sentido macro, la noción de trastorno mental reubica al campo de la salud mental en una nueva dimensión de la medicalización: globalizada y farmacéutica. “La medicalización de los problemas sociales en el campo de la salud mental no es nueva, pero sin embargo, a partir de la difusión de la noción de trastorno mental [...] adquiere una mayor relevancia” (Faraone 2013b: 34).

Por otro lado, la idea de *padecimiento o sufrimiento mental* está relacionada con el ingrediente social en el cual se insiste actualmente enmarcado en una concepción amplia de salud. A partir de tal noción se procura estar advertidos respecto al cuidado de quienes sufren, al tejido social en el cual se encuentran inmersos los sujetos, a la cultura específica dependiendo de los contextos históricos y sociales, y los diagramas territoriales y temporales situados. Entonces, no se trata de restringir el padecimiento a la idea de enfermedad-trastorno-discapacidad, sino que, por el contrario, la cuestión radica en repensar la relación del sujeto con lo social y lo cultural (Faraone; 2013b). El sufrimiento se encuentra inmerso en estas dimensiones con la intención de no reducir su complejidad al diagnóstico y la cura automática. En consecuencia, entendemos la emergencia del concepto de padecimiento mental de la siguiente manera: vinculada tanto a los derechos sociales, como a los humanos y políticos. Así, las nociones de padecimiento psíquico y sufrimiento mental implican una ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental (Galende, 1990).

Desde la perspectiva trabajada hasta aquí, y en congruencia con lo expuesto por Silvia Faraone (2013a, 2013b) y Emiliano Galende (1990, 2006), nos encontramos en consonancia con la idea de padecimiento o sufrimiento porque asume un componente histórico y epistemológico, y por lo tanto, la subjetividad aparece como el elemento clave: “sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas

definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer” (Faraone, 2013b: 36).

c) El curso variante del padecimiento. La concepción del padecimiento y el sufrimiento recién abordada abre una novedosa veta de pensamiento que desafía los modelos de encierro, disciplina y peligrosidad al considerar el curso variante o modificable del padecimiento. De esta forma, retomamos del Capítulo IV, Artículo 7º, Inciso N de la LNSM, el siguiente postulado: “Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”. Las consecuencias significativas para el discurso y la práctica de este artículo son múltiples. Haremos un listado de las mismas según su aparición y relevancia en las entrevistas.

Primero y principal, contempla las múltiples causales posibles que conforman los sufrimientos mentales; sea en la atención, en la concepción del usuario, o en la búsqueda de servicios, programas o efectores apropiados para la rehabilitación de las capacidades. Por consiguiente, lo que aquí se denota es una no-sutura del discurso que conlleva prácticas y concepciones específicas sobre la salud mental y los sujetos a quienes acuña, ya que no condena ni etiqueta de una vez y para siempre a una persona que sufrió una crisis o que recibió un diagnóstico. Por otro lado, en íntima relación con lo dicho, a lo que se está contribuyendo es a la construcción de una posición subjetiva de los usuarios que no responda a anteriores tratos, diagnósticos y trayectorias, ya que – como lo expresa un entrevistado– “si alguien va a tratarte en base a cómo te trataron previamente, eso es negativo para vos, puesto que te vas a pelear con eso y te vas a enojar con eso” (E8). Luego, se trata de que contemple la posibilidad de rehabilitación de las potencialidades y capacidades sociales, comunitarias, subjetivas, a partir del tratamiento adecuado:

En parte es apostar por la persona, si decís que es esquizofrénico ya pensás que no va a poder hacer un montón de cosas. El padecimiento se puede modificar tranquilamente, tiene que ver con encontrar un espacio, un lugar, una función social, un espacio de disfrute (E5).

Se trata de una transformación tal que modifica los pivotes donde se sostienen algunos de los sentidos reguladores de la salud mental con acento asilar y de los cuerpos allí encerrados. Uno de los entrevistados, desde la intimidad, nos decía lo siguiente: “Esas poquitas palabras legalizadas significaron en lo personal, profesional y en lo social una enorme transformación y un enorme alivio” (E1). En otros términos, se

sostiene que el padecimiento no es de una vez y para siempre, sino que se trata de un momento de crisis agudo de la enfermedad y no de un estado continuo. La otra cara de este enunciado justificó el encierro de personas por 20, 30 o 70 años. A este respecto, el siguiente testimonio es revelador:

Si la persona tiene una crisis, una vez que se haya estabilizado esa crisis, ya no se justificaría que siga internado. Antes, se internaba, se estabilizaba pero quedaba internado. Si no había una familia que reclamara su externación y pudiese alojarlo luego de su alta, si el paciente se adaptaba, se institucionalizaba, terminaba tomando el hospital como su lugar para vivir... se quedaba a vivir acá (E3).

4.2.3. Paradigma interdisciplinario

Este último paradigma, creemos, es complementario, superador y sintetizador de algunos conflictos presentados en los anteriores. No porque cancele sus elementos, sino porque los abarca en un todo más complejo. La configuración de este paradigma está en relación con lo planteado en el Capítulo V, Artículo 8° de la LNSM:

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

El imperativo interdisciplinario que es reclamado en los diferentes momentos del padecimiento y, por ende, en su tratamiento -admisión, ingreso, evaluación, atención, externación asistida, pre alta, etc.-, se muestra como una de las claves del trabajo terapéutico dentro de los movimientos reformistas. Ya no es una única ciencia la que instituye un saber, sino que el mismo se conforma y modula junto a otros saberes y sujetos. No sólo abarca una multiplicidad de profesiones, enfoques y disciplinas, sino que también remite al uso de estrategias comunitarias en los tratamientos -la participación de los pacientes y las familias- y el desarrollo de las acciones preventivas y de atención primaria. Para la reforma italiana (ver apartado 3.1.3.), la cual tuvo más incidencia teórica y práctica en las transformaciones y modos de pensar la salud mental en Argentina, se retomaban los siguientes sentidos como claves del trabajo interdisciplinario: organización poco jerarquizada del trabajo, escasa división en los diferentes roles, las decisiones y las competencias ejecutivas no están separadas y no dependen de la asunción de un solo profesional. La flexibilidad para la organización del

trabajo corresponde a la elasticidad de los usos del centro y los pacientes (Mauri, y otros, 1987).

Esta última descripción es particular de una experiencia concreta, pero no deja de ser ejemplar para reflexionar sobre el dispositivo de nuestro interés particular y los diferentes elementos que juegan en su lenta pero gradual conformación. Retomaremos los siguientes aspectos: a) Cargos de conducción; b) Formación profesional; c) Relación de poder profesional-usuario; y d) Relaciones de poder profesional-profesional. Por otro lado, se hace importante aclarar que el trabajo entre múltiples disciplinas era algo ya contemplado en los servicios y efectores de salud mental previos a la Ley N° 26.657/10, pero, como todo dispositivo, es a la luz de este momento histórico que nos interesa resaltar la combinación particular de los elementos en cuestión.

a) Cargos de conducción. Uno de los cambios más relevantes que trajo la Ley N° 448/00, con vigencia sólo en C.A.B.A., es finalmente legitimado y puesto en práctica en el Capítulo VI, Artículo 13° de la Ley N° 26.657/10:

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

A modo de ejemplo, recuperamos un testimonio sobre esta temática:

Acá pudimos vivir uno de los cambios que produjo la [Ley] N° 448/00 y que también se puede apreciar en la LNSM: los cargos de conducción de los equipos, tanto jefatura de sección como de servicio o unidad, puede ser ocupado por cualquier integrante del equipo de salud” (E3).

De esta forma, por primera vez no sólo se discutía la posición conformada legítimamente del saber-poder de la psiquiatría, si no que en el mismo movimiento se valorizaban otras disciplinas para el tratamiento de la salud mental. Otro de los entrevistados lo ilustra de la siguiente manera: “Recuerdo que lo más discutido fue el tema de la coordinación, las jefaturas, los concursos porque justamente se le sacaba al psiquiatra el poder de concursar solamente entre ellos los espacios de poder” (E9).

Sin embargo, muchos de los puestos de conducción son detentados aún por el cuerpo médico:

En el hospital se ha podido avanzar, pero no es así en toda la salud en general y la salud mental en particular de la Ciudad de Buenos Aires. En general hay muy pocas posibilidades de que otra profesión que no sea la médica acceda a un cargo de conducción (E4).

Aquí, consideramos que las categorías bourdianas diferenciales de “campo” y “aparatos” (Bourdieu, 1984) nos permiten calar más profundo en este punto. Entendemos, así, que en un campo –el de la salud mental- están en lucha agentes e instituciones –médicos, psicólogos, industrias farmacéuticas, abogados, etc.– con fuerzas diferentes, constitutivas de este espacio de juego de oposiciones y antagonismos, para apropiarse de las ganancias presentes en la dinámica –por ejemplo, los cargos de conducción–. Los que dominan el campo tienen los medios para hacerlo funcionar en su provecho, pero a la vez, tienen que contar con la sujeción y, eventualmente, con la resistencia de los dominados. “Un campo se convierte en aparato cuando los dominantes tienen los medios para anular la resistencia y las relaciones de los dominados” (Bourdieu, 1984: 157). Desde esta perspectiva teórico-analítica, aseveramos que en este contexto particular, por primera vez el “aparato” de la psiquiatría comienza a replegarse para convertirse lentamente en un “campo” donde coexisten fuerzas simbólicas diferenciales.

Otro ejemplo de cómo las placas tectónicas de un campo –el cual antiguamente se encontraba en una relación relativamente estrecha de dominación–, comienzan a moverse es observando el espacio que ahora tiene la justicia con respecto a la salud mental: “las internaciones antes podían producirse por orden judicial, en cambio ahora, el Juez no puede indicar una internación, sólo puede ordenar una evaluación interdisciplinaria. Es diferente que se trate de un equipo interdisciplinario y no sólo de un médico psiquiatra” (E3).

b) Formación profesional. Un punto característico de las sociedades de control es el imperativo de la formación constante, la actualización permanente y la capacitación continua (Deleuze, 2002). Esto se aloja en la complejidad que reclama la interdisciplina de la combinación inacabable de saberes en respuesta a problemas específicos. “Se abren campos de intervención que requieren de la adquisición de nuevas competencias; por ejemplo, competencias en materia de psiquiatría legal y criminología desarrolladas a través de las relaciones con el sistema de la justicia penal” (Mauri y otros, 1987: 181). En el Capítulo 3 se historizó la imposibilidad de

implementación de modelos alternativos cuando no se realiza con recursos humanos acordes a ella. Esta tendencia, que tiene vigencia en cuanto a la formación académica y profesional, es percibida como un inconveniente a la hora de superar el paradigma médico hegemónico, tal como lo advierte un entrevistado: “la cuestión de la formación de los profesionales es una transición necesaria para el cambio de paradigma. Existen muchos prejuicios que nos determinan a la hora de pensar y transformar las instituciones” (E3).

El análisis realizado nos permite afirmar que sin formaciones acordes a la desmanicomialización, lo que se reproducen son prejuicios, miradas reduccionistas, conceptos errados de salud mental y comunitaria, y, sobre todo, desconocimiento de la LNSM. En línea con esto, brindamos los siguientes comentarios: a) “Si se plantean respuestas desde una sola disciplina se sostiene una mirada reduccionista. Esto puede explicarse desde varias razones, la formación que se da en cada carrera influye mucho en el modo de concebir las prácticas profesionales” (E3). b) “Hay mucha línea de formación psiquiátrica que no avanzó nada. Entonces siguen formados desde el mismo lugar, tienen cero conceptos de tratamiento en salud mental” (E6). c) “De hecho, hay profesionales de la salud mental que no conocen la ley o tienen una interpretación muy errada” (E9). Estos planteos denotan los regímenes de veridicción que siguen vigentes en las esferas de la ciencia y los espacios de producción de conocimiento. Es notable observar, por último, que tales regímenes no han cambiado sus matrices de verdad y saber, del mismo modo que no se han modificado sustancialmente las prácticas discursivas que organizan y constituyen el elemento matricial de esos saberes.

c) Relaciones de poder profesional-usuario. La interdisciplinariedad configura nuevas relaciones de poder y reconfigura las establecidas. En el siguiente elemento nos detendremos en la relación entre profesionales, mientras que aquí desarrollaremos la relación de poder que se ejerce entre profesional-usuario a la luz de la coyuntura. A modo de síntesis del análisis realizado proponemos el siguiente esquema de lectura: en la regencia del viejo paradigma, la relación médico-paciente tenía características de una relación de dominación. A la luz del paradigma comunitario e interdisciplinario, podemos comenzar a entender la relación profesional-usuario como una relación de poder.

El poder se inviste en relaciones de fuerza que se modifican e intercambian, y por ello es que podemos también apelar a una suerte de resistencia presente que existe en el mismo campo estratégico de las relaciones de poder. Tan móviles y transitorias, encontramos en este enjambre relacional puntos de resistencia que toca estratificaciones tanto sociales como individuales (Foucault, 1977). Por otro lado, “si eliminar la dimensión afectiva en la relación terapéutica, parece ser un código para la medicina y para los servicios, aquí, por el contrario, se revaloriza esta dimensión” (Mauri y otro, 1987: 181). Con esto, las modificaciones presentes no se resuelven ni en un campo más parejo o resistente, ni en la dimensión meramente afectiva, pero si empiezan a visibilizarse en prácticas que habilitan otras formas vinculares a través del cuidado y del respeto, así como también se explicitan en las prácticas de evaluación que tienden a determinar trayectorias y diagnósticos. En este sentido, “con la emergencia de nuevas formas de diagnóstico, la preeminencia del rol del médico se tambalea” (Bianchi, 2012; 92).

Entonces, aunque persistan estas asimetrías, el profesional juega un rol que, como dijimos, puede habilitar nuevas posiciones para los sujetos en función de relacionarse y configurarse en la inmanencia de un campo más simétrico. Sobre esta temática, recuperamos los siguientes comentarios: a) “Lo que importa es qué es lo mejor para el paciente y no quién tiene más poder [...]. Es relativo, hay quienes tienen una forma de trabajo cuidadosa y de respeto de los derechos de los pacientes, y quienes no” (E3). b) “Es tu relación como profesional con esa persona. Tratarla como paciente es tratarla en un segundo plano, como si estuviesen en un nivel de inferioridad, frente a vos con una carga imaginaria que inhabilita” (E2). En ese marco, el espacio que pueden ocupar el resto de las disciplinas al momento de evaluar se vuelve relevante, puesto que, según otro entrevistado, la cuestión patentiza “muchos cambios, porque aparte la Ley ya habla de la interdisciplinariedad, no solo en el momento de atención, sino también en el proceso de evaluación” (E6). Por lo tanto, la LNSM se vuelve relevante porque desde el discurso y la norma prepara un espacio de posicionamiento y enunciación por parte del usuario, el cual veremos detenidamente en el capítulo siguiente.

d) Relaciones de poder profesional-profesional. Por último, abordamos el trabajo interdisciplinario en su expresión relacional entre profesionales. El trabajo interdisciplinario es una forma de integrar la multiplicidad de dimensiones complejas que atraviesan el campo en cuestión. En este sentido, son pertinentes estos testimonios:

a) “Es necesario el trabajo interdisciplinario e intersectorial para abordar la complejidad que implican las problemáticas de Salud Mental. Ante situaciones complejas, las respuestas no pueden ser simples” (E3). b) “El laburo interdisciplinario es interesantísimo, nos permite abordar a la persona de forma multifactorial, que es totalmente necesario” (E2).

Por otro lado, en línea con los puntos de este paradigma anteriormente mencionados, las relaciones entre profesionales permiten que “se reparta un poco el poder médico, más para el lado de la hegemonía de los psicólogos, que son los segundos que tienen firma indispensable; eso hace que se relativicen conceptos como enfermedad mental y pase a llamarse padecimiento mental” (E5). Entonces, uno de los problemas que se genera es la *hegemonía de las disciplinas*: “me parece que en el último tiempo hay como una hegemonía de las disciplinas, entonces ya no hablamos tanto del modelo médico hegemónico y hay que tener cuidado con la hegemonía de las disciplinas” (E9). En otras palabras, la cuestión estriba en que cada disciplina empiece a construir sus propios discursos de veridicción y trabajo, llevando la respuesta a una nueva particularización más compleja, impidiendo de este modo la construcción de un lenguaje y una pregunta en común, al modo en que lo expresa uno de los entrevistados: “no hay tanto una construcción de una pregunta, de todos juntos [...], quizás lo que falta es el lenguaje en común” (E5).

Para finalizar, diremos que hay que estar alertas ante la posibilidad de varias vías paralelas, a saber: a) “una superposición de intervenciones y direcciones divergentes o contradictorias entre sí” (E3); b) es importante “que haya una articulación y una misma dirección donde confluyan los distintos abordajes” (E3); c) “dejar de lado las individualidades, aprender a ceder, darle la razón al otro, aceptar, apostar a lo que el otro quiera aunque uno no quiera” (E7); d) obturar “el narcisismo de cada uno y de cada cuerpo profesional, de los que conforman cada disciplina” (E3); y e) reflexionar acerca de “las posiciones, en cuanto a ese lugar de saber, porque muchas se ponen en el lugar de ‘mi disciplina es más legítima’” (E2).

4.3. Principales problemáticas

(i) *La salud mental ampliada.* La salud mental es una problemática que se relaciona, se produce y reproduce junto a una apertura de inconvenientes que nos obliga a pensarla en términos de multi-complejidad. Como concepto, la salud mental debe ser analizada de forma ampliada, y como dispositivo, de forma multi-dimensional. Este punto sintetiza muchos de los embrollos teóricos que hemos desarrollado y de alguna u otra forma, es caso testigo del difícil entramado del campo. Tanto cuando se rastrea el origen del padecimiento mental como cuando se piensa en estrategias y soluciones a los mismos, ambos momentos se caracterizan por la multiplicidad de elementos que confluyen y afirman la noción ampliada de salud. Se trata de hacer carne el discurso que implica que la salud mental no está relacionada sólo a la salud mental. Esto permite pensar otros modelos de atención que revaloricen y reformulen las formas de atención, los elementos que condicionan el lugar en el mundo de los usuarios, su forma particular de habitarlo, las nociones de sufrimiento que expresen, etc.

Algunos testimonios que ejemplifican esta cuestión son los siguientes: a) “Hay situaciones donde prima la atención de elementos primarios [...], hay determinaciones sociales, económicas, políticas, que condicionan de una u otra manera tu lugar en el mundo” (E2). b) “Me parece que lo que tiene de piola la Ley es entender que el padecimiento en salud mental es una cuestión compleja, que está influenciada por diferentes condicionantes” (E6). c) “Lamentablemente, la cuestión de la locura viene muy vinculada con una cuestión de clase, como que locura y pobreza es una combinación muy difícil de sobrevivir a eso, de poder salir” (E8).

Esta forma de entender la salud mental tiene una secuela contradictoria: muchas veces las personas son internadas por causas sociales, pero no se las puede externar por esto mismo: “la internación es muy puntual, una excepción total que tiene que ser corta y, por más que la Ley lo dice explícitamente, no se tiene que internar por cuestiones sociales, [...] pero después no lo podés externar por cuestiones sociales” (E5). Esto, al mismo tiempo, deja al desnudo la vulneración de los derechos de los usuarios y el complejo entramado que a continuación detallan los entrevistados: a) “Esa es otra problemática que no se reduce estrictamente al ámbito de la Salud Mental. Hay una gran parte de usuarios que viven en situación de calle. El acceso a una vivienda como a otros derechos está totalmente vulnerado” (E3). b) “Los servicios de tratamiento es en donde

por ciertas cuestiones de vulnerabilidad social y económica, están hace 20 años. Si se van se quedan en la calle” (E2).

(ii) *El problema de concebir un “paradigma”*. El presente problema incluye nociones y conceptos que ayudan a comprender y entender el mundo, hacerlo inteligible y, de esa forma, poder intervenirlo. Aquí apelamos a viejos y nuevos paradigmas, choques y convivencias de los mismos, que instalan la idea de bisagras y cambios posibles en la actual coyuntura. Esto, en función de hacernos cargo de los vaivenes con los que estos movimientos coexisten, haciendo posible la implementación de lo nuevo y la deconstrucción de lo viejo. Al preguntarle a los entrevistados si creían que la LNSM implicaba una bisagra, un cambio o un paradigma, las respuestas evidenciaron dos procesos. Primero que efectivamente hubo cambios, pero que el paradigma nuevo se concibe más en el discurso, que en la práctica concreta; y segundo, que hay una existencia y convivencia de dos paradigmas.

Ejemplificamos esos dos movimientos en tensión mediante los siguientes testimonios. a) “Nosotros trabajamos desde esos lineamientos, desde una perspectiva integral, desde el paradigma de reducción de riesgos y daños [...], todavía nos encontramos con población que fue internada desde el viejo paradigma. Se trata actualmente del encuentro de dos paradigma” (E3). b) “Lo que tiene de bueno el cambio de paradigma es que sabemos que ya la internación no va a ser prolongada, porque esa persona va a ingresar con el nuevo paradigma [...]: el escenario está dividido en dos” (E4). c) “Fue una conquista grande y también un punto de partida, así que sí es una bisagra [...]. La Salud Comunitaria tiene que ver con la participación, con la Ley está claro que el paciente toma decisiones sobre su tratamiento” (E5). d) “Entiendo que hay que promover los derechos humanos y bienvenidos sean, pero restringiendo las posibilidades que un médico le pueda, rápidamente, ordenar alguna cuestión complicada a un paciente, me parece que no ayuda” (E7). Resta preguntarnos, entonces, si estas restricciones y realidades históricamente específicas nos permiten hablar efectivamente de una instalación de nuevos paradigmas o en realidad encontramos más arraigo de uno anterior.

CAPÍTULO 5: Dimensión de poder y técnicas de gobierno

5.1. Introducción

En este capítulo los núcleos de conflicto serán presentados metodológicamente como una pareja en tensión, como polos opuestos que posibilitan un abanico de grises. De esta forma, cada subtítulo indica el extremo de uno y el inicio de otro. Estos pares enfrentados ya no se tratan de discursos y nociones, sino que prestaremos atención a prácticas, técnicas y estrategias con historia propia, emplazadas en tiempos y espacios que se encuentran en tensión permanente entre lo dominante, lo residual y lo emergente (Williams, 1988). En términos explícitamente foucaultianos, daremos cuenta de las matrices normativas de comportamiento, “las técnicas y los procedimientos por cuyo intermedio se pretende conducir la conducta de otros” (Foucault, 2010: 20). No nos centramos especialmente en las instituciones de poder, las formas generales o institucionales de dominación, sino en las tecnologías de poder y los efectos de control que se presentan en el dispositivo y atraviesan dichas instituciones.

Atendemos a una nueva organización del gobierno de los otros a distancia, que se abre paso a través de mecanismos productivos que se instalan en las líneas del dispositivo, pero que conviven con viejas tecnologías manicomiales que corrientemente ordenaron el mundo de las palabras y las cosas, los discursos y las prácticas, los saberes y los actores. A este respecto, es preciso señalar que hay líneas de sedimentación pero también de fisuras (Deleuze, 1990). Se entretujan estos dos movimientos con los vectores de saber y subjetivación, implicando fuerzas que penetran los demás elementos, interviniendo a actores y espacios no esperados. En el Dispositivo de Salud Mental son las técnicas de control las que constituyen mecanismos a distancia, múltiples, poliformes, dispersos, orientados a educar la conducta e ideas de los sujetos profesionales, usuarios, sociedad-, en convivencia con la vigilancia disciplinar. “Todos los centros de encierro atraviesan una crisis generalizada: cárcel, hospital, fábrica, escuela, familia. [...] Se trata de las *sociedades de control*, que están sustituyendo a las disciplinarias” (Deleuze, 2002: 195-196).

Finalmente, terminaremos el capítulo dando cuenta de otras dos problemáticas que comprenden al vector del poder y se instalan en las líneas del dispositivo. Ambas

cuestiones responden al momento de crisis -en tanto cambio y renovación- que dan cuenta de nuevas dimensiones del problema (Deleuze, 1990). La primera (i) es el efecto de *open-door* o “puerta giratoria”; la segunda, (ii) el riesgo de endogamia de los dispositivos.

Reafirmamos, como lo expresamos en el capítulo anterior (apartado 4.1.), que la mayoría de las decisiones de análisis siguen estando determinadas por los testimonios de quienes se instalan cotidianamente en la cartografía del Dispositivo de Salud Mental. Por este motivo, la sistematización del presente vector responde a una intención teórico-analítica de orden ya que las dimensiones de los dispositivos se atraviesan y sobredeterminan continuamente unas sobre otras, y el ejercicio de disgregación solo busca contribuir a la mejor comprensión de las mismas.

5.1.1. Categorías teóricas específicas

Marco de referencia. Concepto de la teoría de Goffman, refiere a la organización de las premisas que estructuran la actividad de los actores, como las instrucciones necesarias para descifrar el flujo de los acontecimientos. Dentro de este marco se estipulan todas las acciones, no solo las comunicativas y la implicación del sujeto en ellas. La relación entre actor y normas está vinculada a cada ocasión particular y concreta e incluye a la desviación como parte del orden social, de sus procesos reales y manifestaciones más significativas (Contursi, 2004).

Disciplina y control. La primer noción se desprende de lo que Foucault denomina sociedad disciplinaria, iniciada por “la reforma y la reorganización del sistema judicial y penal en los diferentes países de Europa y el mundo” (Foucault, 1978: 91). Este proceso se caracteriza por ser un sistema de ajuste al individuo: creando instituciones de control, reforma y corrección, tanto psicológica como moral, dejando el comportamiento del individuo dentro de los límites de esta maquinaria nueva y naciente inspirada por la peligrosidad. Buscará predecir lo que el sujeto es capaz de hacer, saber lo que está haciendo, sometidos a examen basados en la norma que define quienes son normales y quienes no, correctos o no correctos. La segunda noción refiere a una sociedad de control: “el hombre del control es más bien ondulatorio, permanece en órbita, suspendido sobre una onda continua” (Deleuze, 2002: 198). La sociedad tiende a abandonar la disciplina en tanto las instituciones entran en crisis luego de la Segunda Guerra Mundial, precipitando los dispositivos disciplinarios hacia los de control. Ya no

se trata de claustros independientes entre sí, sino de aparatos varios pero inseparables, en un haz continuo que marca un mismo camino circular para cada humano que se adapta, autodeformándose, respecto a lo que se le pida en puntos de unión.

5.2. Técnicas de gobierno

5.2.1. El diagnóstico: de la Peligrosidad al Riesgo cierto e inminente

En la conformación del tema-problema abordado en esta Tesina (ver Capítulo 1, apartado 1.1) revisamos como un punto relevante de la LNSM el cambio desde la noción de peligrosidad hacia la idea de riesgo cierto e inminente. Dichas categorías generales hoy pueden ser presentadas como polos opuestos que tienen efectos de poder entrecruzados, llegando a diferentes actores y organizando el dispositivo de un modo particular de forma externa e interna. Ante este marco, la noción de *peligrosidad* ordena de forma externa, a través de mecanismos estancos de desconocimiento y desinformación, los sentidos que circulan en aquellos sectores de la sociedad no interpelados por los temas de índole de salud mental y los medios de comunicación como actores que intervienen en la formación y circulación de representaciones sociales (Moscovici, 1979). En línea con nuestro análisis, estos sentidos serán los que orienten las conductas de los agentes en el dispositivo. Del otro lado del polo, la noción de *riesgo cierto e inminente* reorganiza de forma activa prácticas internas, es decir al interior de los servicios y efectores de salud mental y, por ende, orienta actitudes de organismos, profesionales y usuarios. El diagnóstico, la internación, la evaluación y los tratamientos forman parte de un clásico conjunto de técnicas que hoy presentan un carácter dinámico dado por la tensión de los vectores de saber, generada por el pasaje y choque de paradigmas en cuestión: el de la salud reducida, por una parte, y el de la salud ampliada e interdisciplinaria, por la otra. Este dinamismo se contrapone a los mecanismos estancos de peligrosidad dado que son materiales discursivos reconocidos (Veron, 2004), en tanto sedimentos arcaicos (Williams, 1988) de restos de sentido social que aún persisten y se reproducen.

Peligrosidad. El enfoque de la peligrosidad se sostiene en un conjunto de aspectos biologicistas que definen al sujeto. En este esquema, lo social y lo psicológico no son sino un efecto de lo biológico (Domínguez Lostaló, 1995). Junto a este

argumento aparece la moral con el objetivo de gobernar las pasiones y dirigir la conducta, motivo por el cual se pone el énfasis en una percepción moral de la locura, remitiéndonos a la dicotomía: *pasión versus razón*. Uno de los mecanismos consecuentes es la vigilancia más allá de las observaciones científicas organizadas y empíricamente posibles de realizar de forma continua. “El espacio de observación y objetivación que inaugura [la vigilancia] abre el campo de la mirada clínica que no solo busca más allá de la superficie corporal, sino que, a través de ese espacio moral de las pasiones, extiende su vigilancia indefinidamente” (Vezzetti, 1985: 54). La peligrosidad permitía el examen y la disciplina permanente, pero fue el encierro la condición de posibilidad para estudiar la peligrosidad de las personas (Goffman, 1961; Galende, 1990). Con respecto al carácter de la permanencia de la vigilancia, la misma también se encuentra sujeta y estructurada en función de la constancia de la peligrosidad: “la noción del loco como un estado, el loco es loco siempre, el loco es peligroso porque te puede dañar” (E2).

La peligrosidad tiene tanto que ver con el cuerpo individual como con el cuerpo social. De forma externa, entonces, la efectividad de la peligrosidad se materializa en la conducta de los otros-afuera a través de mecanismos de preservación y normalización, que poseen un fuerte regulador pedagógico. Desde los inicios, los locos-peligrosos fueron personas que perturbaron a la sociedad, y por ello debieron ser confinados a dispositivos de encierro y exclusión: “la cárcel protege a la sociedad del delincuente, el manicomio protege a la sociedad de la persona que también se desvía de la norma” (Basaglia, 1999: 16). El carácter de los tratamientos de aislamiento y del control del médico respondía a una lógica de poder motivada por necesidades políticas. “Se trata de controlar al loco que crea o pueda crear situaciones disruptivas en la vida de la ciudad” (Galende y Kraut, 2006: 83). En este sentido, el manicomio tiene un mandato primordial y oficial: proteger a la comunidad contra un peligro. Los locos deben ser tratados según la molestia social que causan (Basaglia, 1991). Lo que aquí se reconoce, por lo tanto, es una presión social por la cual el dispositivo responde a dichas lógicas de aislamiento de la peligrosidad; “hacen que la función de la custodia adquiera primordial importancia” (Goffman, 1961: 347). Estas instituciones, como observa Basaglia (1999), no sirven para la rehabilitación de los sujetos, sino que responden a la exigencia social que tiene como fin la marginación de quien rompe con el juego social y el mandato

productivo, de quien no acepta la violencia institucionalizada que gobierna a la sociedad.

Los mecanismos propios de la lógica manicomial de preservación y normalización de la sociedad condensan intenciones pedagógicas ya que “representa una amenaza de encierro” (Basaglia, 1999: 20). Tienen resultados indiscutibles en el plano de las ideas y de las prácticas, a saber: a) Invisibilización del tema de la locura: “yo creo que el estigma sigue estando; es un batalla cultural de todas las organizaciones de salud mental [...], por eso estamos todo el tiempo haciendo eventos en el espacio público para visibilizar” (E9). b) Alejamiento de la sociedad: “hemos abierto ferias a la comunidad como para que la comunidad se meta adentro de alguna forma, con escasa repercusión” (E7). c) Estigmatización del sujeto: “a lo que más responde la sociedad es a los síntomas, a los estigmas visibles de la enfermedad, responde con mucho miedo” (E5).

La otra cara de estos mecanismos sedimentados es el desconocimiento y la desinformación reproducidos por una multiplicidad de actores, entre ellos, los medios de comunicación, ya que como registramos en las entrevistas: a) “los medios de comunicación tienen una posición muy tomada y muy ignorante al respecto, el loco es peligroso. El loco siempre está haciendo algo peligroso,” (E6); b) “los medios de comunicación siguen trabajando con viejos paradigmas, lo vemos permanentemente en los noticieros, diarios: el ‘loco peligroso’” (E4); y c) “la locura sigue teniendo el estigma del peligro, ¿no? Del posible daño, del que no hay que escuchar, que hay que alejarse, esto sigue siendo así. Los medios tampoco ayudan mucho” (E8).

Cuando afirmábamos la pertenencia de la normativa a la perspectiva de derechos humanos, buscábamos operar un fuerte anclaje en este punto. La peligrosidad impide y bloquea el estatuto de ciudadano a quien padece mentalmente y justificaba la vulneración de sus derechos. En este sentido:

Es abolido el estatuto de peligrosidad social del enfermo mental, la tutela jurídica, el internamiento forzoso y el tratamiento forzoso. El enfermo mental es un ciudadano a todos los efectos, con los relativos derechos civiles y sociales incluido el derecho al tratamiento (Mauri y otros, 1987: 182).

Extendernos más en el orden del sujeto-peligroso pierde relevancia en cuanto al análisis del sujeto; sin embargo, según nuestro parecer, se vuelve rico a partir de las

prácticas de libertad inmanentes a las estrategias de poder y los diagramas de gubernamentalidad. Y esto en la medida en que tal perspectiva procura no clausurar los sentidos en una institución política que pretende decidir quienes poseen derechos y quienes no (Foucault, 2002). Este enfoque del análisis nos redirige directamente hacia la noción de *riesgo*, ya que en su amplitud abre espacios de libertad y autonomía en pos de contribuir a construir condiciones de posibilidad para la formación de otras relaciones de poder, y, por ende, para la reapertura de nuevas estrategias y formas de gobierno de los sujetos.

Riesgo cierto e inminente. En las modulaciones internas del vector de poder del Dispositivo de Salud Mental, esta noción presenta un elemento conflictivo particular que es el diagnóstico, pertinente al entramado del dispositivo actual, pero también al paradigma manicomial. Entendemos que esta técnica se encuentra en un momento de reorganización de sus propios usos y del modelo que la convoca. Esta articulación particular y la coexistencia de paradigmas de saber-poder estructuran las conductas de los organismos estatales o sociales, profesionales y usuarios. Dentro de este entramado recuperamos el siguiente testimonio en función de delimitar el campo problemático del concepto en cuestión: “no se trata de advertir un riesgo que pueda presentarse o no a lo largo del tiempo como un potencial, se trata de una situación actual. Se presentan síntomas agudos que producen una descompensación psíquica” (E3).

Diagnóstico. Se trata de un tradicional elemento de la construcción social de la locura. El diagnóstico no es sino aquella práctica que clasifica, evalúa, tipifica, nombra y encuadra las conductas, afectos, padecimientos, etc. Es por ello que resulta necesario abordar los usos y abusos del mismo, desentrañar las concepciones que entrama para los profesionales, en este caso, y las potencialidades que presenta en la coyuntura del pasaje de paradigmas. El uso del diagnóstico se deriva de la necesidad de diferenciar al sano del enfermo, pero el interrogante respecto a las causas y los motivos del veredicto sobre la condición mental del otro, es un debate aparte. Algunos están convencidos de que los pacientes presentan un síntoma, y que estos últimos son susceptibles de una categorización clara y distinta. Para otros, el diagnóstico es inútil, posiblemente perjudicial y contraproducente, residiendo más en el observador y no en el observado (Rosenhan, 1982). Aquí entendemos al diagnóstico como un acto de la enunciación con efectos de poder: “el acto de diagnosticar es uno de los actos del habla. Un acto performativo, [es decir], que ya con solo decirlo estás transformando la realidad de esa

persona en ese momento” (E5). Uno de los posibles efectos de poder que nos interesa del diagnóstico es la posibilidad de producir *marcos de referencia* para los usuarios. En efecto, los mismos aportan la posibilidad de comprender contextualmente los acontecimientos, la reproducción de cierto orden social y la confección de un universo normado (Contursi, 2004).

En la vigencia plena del paradigma manicomial, el diagnóstico funcionaba como una técnica de etiquetamiento hermético, relacionado a concebir la enfermedad en su curso invariable. Con respecto a esta concepción un entrevistado refiere que “desde el paradigma anterior, si un paciente sufría una descompensación, una vez estabilizado, se solía quedar 10, 20 años o de por vida en el Hospital” (E3). Esta tendencia disciplinar concebía el aislamiento y el encierro del cuerpo como tratamiento, poniendo en marcha mecanismos de desubjetivación. “Advenido a la condición de enfermo mental, su subjetividad queda reemplazada por esta nueva identidad de ‘alienado’, y por lo mismo es sometido al poder del médico” (Galende y Kraut, 2006: 84). De esta forma, los pacientes eran objetivados mediante una etiqueta que los antecedía. Tal procedimiento de etiquetamiento, entonces, brindaba entendimiento para con los otros y con ellos mismos en su condición de pacientes, explicando quiénes eran y qué hacían. El testimonio de uno de los entrevistados resulta ilustrativo de este mecanismo: “justamente, las personas que han terminado cuarenta años internadas en un manicomio es porque no se revisó esa situación, quedó esquizofrenia-paranoide, pum, etiqueta, listo” (E9). Entendemos este accionar como una forma de legar un marco de referencia externo al de la propia subjetividad, a través de lógicas tutelares que en discursos, dispositivos y prácticas institucionalizantes promueven subjetividades pasivizadas y normativizadas (Tisera y otros, 2016). Un universo normado compartido por los etiquetados del hospital asilar y comprendido por los profesionales y la sociedad, quienes exigirán el cumplimiento de las reglas según una intencionalidad y modelización definida *a priori* (Martini, 1994). “Quienes pertenecen a una categoría dada deben no solo apoyar una norma particular sino también llevarla a cabo” (Goffman, 1998: 16).

En este punto leemos dicho panorama en clave de disciplina y dominación, lo cual no hace sino contrastar con las conductas y mecanismos actuales en términos de control a distancia. Bajo esta clave se explica que desde la aplicación de la LNSM, la ejecución profesional sea controlada y revisada por organismos estatales como el

Órgano de Revisión, puesto que “en el ámbito de las prácticas, la interfase Salud-Justicia ha logrado una articulación muy visible por la incorporación de nuevos actores en la escena, como el órgano de revisión y la figura del curador” (Tisera y otros, 2016: 284). Este último actor es el destinado a revisar las internaciones, los diagnósticos, el estado de los usuarios, así como también es el encargado de velar por las altas y por el cumplimiento de los derechos que brinda la Ley desde el punto de vista de las condiciones de existencia de los usuarios. Uno de los entrevistados reflexiona al respecto: “no podría etiquetar a la persona de por vida que va a estar atravesando esa situación, por eso las revisiones de las curatelas, de las insanias, es fundamental que cada tres años se revisen” (E9). Asimismo, observamos que dicho actor –el Órgano de Revisión– interfiere positivamente con la hegemonía médica, al reactualizar los cursos variantes del padecimiento. En esta línea, también actúa en términos de regímenes de verdad, al depender directamente del Ministerio de Justicia -y no del de Salud- y estar conformado por grupos y asociaciones de la sociedad civil y los derechos humanos.

En las reflexiones sobre los usos del diagnóstico encontramos en los testimonios tensiones propias del momento histórico del choque y emergencia de modelos. Por un lado, esta herramienta podría funcionar como un *obstaculizador* que comprende y explica a los sujetos de forma total, obturando visiones y, por ende, ocluyendo tratamientos alternativos. El resultado es un encasillamiento revestido de prejuicio: “el profesional dice ‘está haciendo esto porque es paranoico’, y por ahí no tiene nada que ver con la interpretación del profesional. Empiezan a parecer estos prejuicios y el diagnóstico como un obstáculo más que como la posibilidad de tratamiento” (E2). Entendemos este modo como un marco de referencia que solo abarca al profesional y expulsa al usuario de su propio sufrimiento. Del otro lado, encontramos otro grupo de conductas por parte de los profesionales referidas al uso *orientador* del diagnóstico. Con respecto a esto recuperamos los siguientes testimonios: a) “el diagnostico nos sirve un poco para orientar las estrategias terapéuticas” (E5); y b) “a veces cuando más lo uso es para tratar de explicar, para ver si me ayuda a explicar cosas” (E6). Aunque este último grupo de conductas remitidas al campo de problemas que atañe al diagnóstico no comporte un acento puramente restrictivo del usuario, sí se trata de un marco exclusivo de los profesionales que organizan sus propias lecturas y estrategias sobre el padecimiento del otro.

Finalmente, aparece un tercer uso de *adecuación subjetiva* que entendemos es superador del resto, en la medida en que genera mecanismos de inclusión del sujeto en su propio proceso de diagnóstico y tratamiento: “permite de forma ortopédica acomodar algo, porque sentir que tenés una enfermedad y no sabes qué, es re angustiante, entonces por lo menos te acomoda” (E2). Ampliamos este uso en su carácter relacional ya que incluye al usuario en su propio padecimiento, posicionando a ambos sujetos en el acto de la enunciación, sea para tranquilizar o para trabajar. En las entrevistas se registra este punto de la siguiente manera: a) “el diagnóstico debe considerarse una herramienta clínica y terapéutica para el paciente” (E3); y b) “si logro un trato y un vínculo con él, que haga que el confíe en mí, en la institución, va a llegar un momento en el que esto sea bien llevado” (E7). En ese sentido, creemos que hay posibilidades de que el diagnóstico no funcione siempre como etiqueta, prejuicio y dominación; no obstante, entendemos que dependerá de las actitudes profesionales la posibilidad de habilitar dicho espacio.

En ese marco, no es sino moderadora la relación que establece el individuo padeciente con quien le procurará alivio y cuidado. Es de particular importancia este aspecto si tenemos en cuenta que el problema del sujeto no se agota en los beneficios proporcionados por los avances en psicofármacos, “lo que su estado psíquico expresa exige el esfuerzo de la comprensión y de su inscripción en el drama de las fuerzas de la vida” (Galende y Kraut, 2006: 101). En síntesis, cuando el diagnóstico funciona como un marco de referencia tanto para el usuario como para el profesional se puede lograr un entendimiento del propio padecimiento y una participación activa en los tratamientos que permitirá la comprensión de otras/nuevas formas de habitar el mundo. Pero más importante aún, el diagnóstico puede ser una condición de posibilidad para otra/nueva posición subjetiva, producida a través de la reconfiguración y el refortalecimiento de la subjetividad, como lo expresa uno de los entrevistados: “en definitiva, es para el fortalecimiento de la persona, eso le va a permitir enfrentarse mejor a su problema, posicionarse mejor” (E5).

Finalmente, retomando el diagnóstico como caso testigo, comprendemos este proceso como una cadena de control de la conducta. En principio, el accionar profesional será controlado en pos del cuidado de los usuarios por organismos estatales. En un círculo un poco más pequeño, pero más directo aún, los equipos tratantes pueden orientar mecanismos de cancelación de la subjetividad o mecanismos de apertura que

habiliten posiciones. Estas operaciones graduales de inclusión del paciente (obstaculizadores, orientativos o de adecuación subjetiva) pueden guiar diferentes conductas del usuario, para con ellos mismos y para con la sociedad, dando una reapertura del círculo, reconfigurando la relación con respecto a sus propios padecimientos y a los modos de lidiar con el sufrimiento.

5.2.2. La internación involuntaria: de la internación a la externación

En este apartado queremos retomar dos nociones que consideramos como extremos de un proceso activo, dinamizado por el cambio de paradigma y los vectores que los atraviesan inacabadamente. Por una parte, la *internación*, en su sentido clásico, está avasallada de sentidos manicomiales, de aislamiento y vigilancia, que genera consecuencias de “alienación de la sociedad, que se traduce algunas veces en una aprensiva resistencia a salir de allí” (Goffman, 1961: 350). Lo cual suele tener para el individuo y su círculo social mayores secuelas que las dificultades originales (Goffman, 1961). Por otra parte, la *externación* se nos presenta como una alternativa o paso deseado posterior en la trayectoria de una persona usuaria para evitar largos periodos de internación y sus consecuencias: inhabilidad social, inanición de capacidades y expulsión de la comunidad. Ambas son parte del conjunto dinámico de prácticas en los servicios y efectores de salud mental, pero la primera encuentra en su seno una significación típicamente médico-hegemónica.

Entendemos que si estamos en un momento de reorganización de una forma de gobierno de los otros, la coerción no forma parte de los procedimientos de gubernamentalidad, sino que se trata de un control disperso, a distancia, efectivo, que orienta tanto conductas como concepciones (Foucault, 2010). Nuestro objetivo no es el análisis de la internación como dominación, ni la externación como su contracara, sino que, más bien, la cuestión radica en las innovaciones que ambas prácticas experimentan. Intentamos pensar dichos procedimientos a la luz de su novedad, y esto conlleva la oscuridad de sus dificultades. Una práctica se encuentra en crisis, pero no por eso pierde su validez y sus dificultades; la otra se halla en pleno auge, pero no por eso goza de plena presencia o facilidades. Ante este cambio en la normativa, la búsqueda de soluciones brega por resolverlas de formas externas o ambulatorias, llevando a cabo el cambio paradigmático.

En nuestro enfoque trabajado, entendemos a la internación y a la externación en dos niveles de análisis que se distribuyen según dos conflictos destacados por los entrevistados: (i) Nivel individual-relacional y el problema de la voluntad: las internaciones involuntarias traen la complejidad del resguardo efectivo de la autonomía del paciente; y (ii) Nivel comunitario y el problema de la externación: se buscan ampliar dispositivos por fuera, pero faltan los recursos para armar una malla social que contenga esta problemática. Retomaremos esto último en el apartado siguiente (5.2.3.).

Internaciones. Al inicio de la Tesina destacamos como punto novedoso las transformaciones respecto de la práctica de la internación en la actual Ley, cuestión que también se encontraba en anteriores normativas. Esto se refuerza en los testimonios de los entrevistados, que destacan: “en general, las prácticas cambiaron en relación a que los tiempos que marca la ley es un tiempo corto. La larga internación estaría prohibida con la ley y no debería existir más” (E4). Esto se sostiene en el Capítulo VII de la LNSM que se dedica de lleno a las internaciones, conformado por 15 artículos y nueve incisos, los cuales detallan y explicitan los alcances y requisitos del proceso de internación, dándole carácter de restringido y de excepción. En este sentido, una parte del Artículo 14° indica que “la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”. El Artículo 15° promueve que “la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios”. Dicho esto, sobran los argumentos para fundamentar que las innovaciones en dicha técnica se vuelven un factor de cambio relevante en la emergencia del paradigma comunitario de salud mental.

Entendemos que la relevancia de este nudo se da por las negativas y penosas consecuencias que han traído las largas o inacabables internaciones: “la cara del internado es una cara de persona anémica, que no dice nada, que se queda quieto, que toma actitudes pasivas [...] espera el día que no llegará nunca, el día de su salida, el día de su alta” (Basaglia, 1999: 17). En este sentido, la estadía en el hospital psiquiátrico es demasiado prolongada y sus efectos demasiado estigmatizantes como para que el individuo tenga un apacible regreso al lugar social de donde partió (Goffman, 1961). Al mismo tiempo, en los testimonios registramos que por y a partir de ello, los usuarios se presentan como “personas recontra institucionalizadas. Entonces mucho de sus

prácticas, más allá de su padecimiento, no tiene que ver con su diagnóstico, sino con estar veinte años en un monovalente” (E6).

El nivel individual-relacional comienza cuando el usuario llega a una Guardia o Admisión de un hospital público de forma voluntaria o involuntaria para ser internado. Si es de forma voluntaria, no presenta grandes dificultades y es libre de marcharse cuando lo desee. El proceso se complejiza cuando se trata de un accionar involuntario, tal como lo expresan los entrevistados: a) “Cuando se presentan situaciones de riesgo cierto e inminente y el paciente no acepta la internación genera algunas dificultades” (E3); y b) “Estamos desgarnecidos cuando tenemos que internar un paciente contra su voluntad, porque el paciente es soberano” (E7). En primera medida, lo que cambia en la práctica son los criterios de la internación. El Artículo 16º, Inciso B, impone responder a todas las internaciones en 48 horas con una evaluación interdisciplinaria, esclarecimiento de la identidad y nivel de riesgo cierto e inminente. Si se trata de una internación involuntaria particularmente, también se reclama el agotamiento de instancias previas. “Antes, la internación era la primera respuesta, ahora, tal vez, se intenta agotar otras instancias o estrategias de contención como ajustes de medicación, indicación de acompañamiento permanente, consultas ambulatorias para evaluar el criterio de internación como último recurso” (E3).

El problema relevante es la compleja situación de la internación involuntaria que, justamente, es contra la voluntad de la persona en el marco de una ley que alienta su auto-determinación y autonomía. El Artículo 20º de la LNSM obliga a lo siguiente: “la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios”. Ahora bien, esto trae una contradicción aparejada que no es sino el origen de los conflictos y la dificultad de la praxis, debido a que la palabra misma “involuntario” se contrapone a la autonomía del paciente, haciendo que otros agentes –no el usuario, claro está– deban responder por su autonomía: familiares, abogados, el Órgano de Revisión, un juez (figura clave del anterior paradigma) y, en última instancia, el Estado. En este punto, las preguntas relevantes son: ¿Quién interviene en la voluntad del internado? ¿Quién puede representar dicha voluntad? Los siguientes comentarios son ejemplo de las complejidades aquí presentadas: a) “También fue muy discutido, y lo sigue siendo, el tema de la internación que no necesariamente debe ser indicada por un juez” (E9); y b) “Cuando es involuntaria hay que informar dentro de las 24 horas que el paciente está

internado, interviene el Ministerio Público, que te empieza a correr que cuándo le vas a dar el alta porque el paciente tiene que ser libre” (E7).

Lo que estos análisis nos permiten observar es que cuando se buscan transformar instituciones opresivas en liberadoras aparece una serie de problemas fundamentales que dan cuenta de aquello que la ciencia clásica ha ocultado y aquello que no (Basaglia, 1999). En función de ello, ensayamos algunas líneas de esclarecimiento de la problemática en este marco. Por un lado, existen situaciones relativamente claras en las cuales es pertinente internar, puesto que el padecimiento es real y preciso. Pero, al mismo tiempo, también existen situaciones en que se responde a través de mecanismos autoritarios de control y dominación. Es decir, como afirman algunos entrevistados, a) “hay un padecimiento claro y concreto y es necesario que se responda a veces desde ese lugar. No digo que tenga que ser el factor común” (E2;) y b) “también hemos tenido que internar porque era la única vía, es como te decía hoy, hay un momento del padecimiento que también se necesita una internación” (E9). El siguiente comentario también resulta esclarecedor:

No se trata, insisto, de violentar al paciente, se trata de salvarle la vida [...] porque cuando uno tiene que forzar una situación, como es reducir un paciente que está excitado, que no ve, que percibe en forma delirante, que no tiene criterio de realidad... por más que sean sus derechos, es riesgoso para él y para otros (E7).

En el momento en el cual descubrimos que la relación con el internado debe enfocarse como un problema dialéctico y no como una relación unívoca, acrítica hacia el otro, aparece toda una problemática distinta (Basaglia, 1999). En un nivel relacional profesional-paciente, encontramos la *contradicción* que hace tan compleja la internación involuntaria. Si se trata de una Ley que busca preservar un campo de dominio y autonomía del propio usuario, en los momentos de crisis vemos que ese campo no es posible. Por lo cual es necesaria una relación de poder profesional-paciente que intervenga en dicho campo para brindar un marco de referencia rápido al usuario y luego reconstruir otro, entendido como una forma de “vivir una situación en la que todos compartieran un fin común” (Basaglia, 1999: 24). A partir de esto, entendemos que no se resuelve la contradicción respecto de la voluntad del usuario y quién debe responder por ella, pero creemos que abre condiciones de posibilidad para un campo de poder –no de dominación– y respeto.

Desde otro lado, escindiendo un nivel individual aparte, el análisis nos permite reconocer tres vías diferenciales para desplegar posibles técnicas del yo, del cuidado propio para estas situaciones: (i) El conocimiento de sus derechos: “saber que las internaciones tienen que ser el último de los recursos y que tiene que ser por un tiempo limitado y en buenas condiciones, que no tiene que perder el contacto con el afuera y tiene derecho a un abogado” (E8). (ii) La voluntarización de la internación: “generalmente lo que se hace es: se evalúa si el paciente puede y está bien, se voluntariza, se le informa al juzgado y se le saca la consigna, y sigue internado de forma voluntaria” (E5). (iii) El sostén de un grupo, un lazo social: “cuando un compañero o una compañera está en riesgo de internación compulsiva, si alcanza al grupo de emergencias, hemos evitado muchas veces internaciones compulsivas” (E1).

En resumen, en el nivel dialéctico-relacional de la internación descubrimos que habrá modos de proceder a través de técnicas de poder que velan por el cuidado del usuario y brindan un marco de referencia, mientras que en el nivel individual buscamos dar cuenta de posibles técnicas del yo ante el escenario de una falta de voluntad y autonomía. Son necesarias tanto las técnicas de poder como las técnicas del yo para que los hipotéticos marcos de referencia puedan ser sostenidos o brindados momentáneamente, según el caso.

Desde un enfoque comunicativo entendemos la internación como un momento en que el usuario llega a las situaciones agudas sin marcos de referencia claros, con una clara pérdida del contexto que lo conecta a otros. No sólo no son compartidos, sino que pueden ser para el usuario mismo riesgosos. Así, en primer lugar, aunque sea restrictiva y excepcional, es posible que la internación suelde un marco de referencia aunque absolutamente externo a sí. Apelamos a que allí radica la norma de la corta duración de la internación, antes de que comience a construir nuevos marcos referenciados con el hospital, o se hagan carne aquéllos que brinda la institución. Entendemos que la internación se presenta extraordinariamente como un momento necesario –la Ley planifica todos los pasos previos, antes de considerarla “necesaria”– pero posiblemente desubjetivante. Comprendemos también que hay modos de cuidado de sí que pueden evitar la pérdida de marcos de referencia antes del momento agudo y que, si sucede la internación, hay que trabajar apenas se establezca la persona en la reconstrucción de marcos de manera gradual y progresiva.

Externaciones. Articulada con el poder y el control, la externación como práctica comprende dimensiones espacio-temporales que modifican mecanismos de acción. Estudiada en un nivel comunitario, relacionamos esta técnica de gobierno a un conflicto material de consecuencias subjetivas: faltan recursos para lograr externaciones y atenciones ambulatorias efectivas que armen una malla social para el sujeto-usuario.

El Artículo 15° de la LNSM promulga lo siguiente: “En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes”. Si nuestro conflicto principal en este marco es la falta de recursos para la externación, entendemos que se encuentra dentro del amplio espectro de otro problema que funciona como causa: la multi-complejidad de la locura. La consecuencia directa de la articulación de estos problemas es la imposibilidad de externar por cuestiones sociales, y esto porque: a) “se generan controversias cuando se tiene que externar a los pacientes para no extender su internación y no se cuenta con los dispositivos y recursos necesarios para que el paciente tenga un sistema de apoyo y la continuidad de cuidados” (E3); b) “tenés un paciente que ya está compensado, que ya está en tratamiento, que va a seguir su tratamiento de forma ambulatoria, pero ¿a dónde va? Si no tiene casa. Ese es el principal problema que tenemos, es muy simple” (E5); y c) “las personas que hoy están internadas son por cuestiones sociales, no tienen donde ir a vivir, no tienen familiares que puedan acompañar un proceso de externación, no hay dispositivos comunitarios a derivar” (E9). Insistimos en que estos obstáculos, que iremos profundizando cada vez más, generan sujetos particulares, cuyas caracterizaciones estudiaremos en el siguiente capítulo.

5.2.3. La intersectorialidad: del encierro *hospitalario* a la salida *residencial*

Las instituciones no son fuentes, establecimientos, esencias, o interioridad, “son prácticas, mecanismos operatorios que no explican el poder, puesto que presuponen las relaciones y se contentan con ‘fijarlas’, su función es reproductora, no productora” (Deleuze, 2008: 105). En cada formación histórica, habrá que preguntarse qué relaciones de poder integra una institución, qué relaciones mantiene con otras instituciones y cómo cambian las distribuciones de un estrato a otro. En ese marco, entendemos que la característica más general de una institución consiste en organizar las

relaciones de poder-gobierno, las cuales no son sino relaciones moleculares o “microfísicas” transversales y gravitantes en torno a una instancia molar (Deleuze, 2008). “La institución tiene la capacidad de integrar relaciones de fuerza al constituir saberes que la actualizan y la modifican, la *redistribuyen*” (Deleuze, 2008: 107). En estos términos, hasta aquí hemos descripto elementos de la institución manicomial en su quiebre como tal, y examinado la locura como la instancia molecular que se despliega en un momento específico de reorganización de fuerzas de forma novedosa: la intersectorialidad. Es sobre este mecanismo de reparto, sus relaciones y la praxis que conlleva que desarrollaremos este último apartado.

En términos de planificación política, el Plan Nacional de Salud Mental de 2013 dispone que no haya más instituciones monovalentes en funcionamiento a partir de 2020 (Ministerio de Salud, 2013). Resulta relevante el acuerdo implícito de los entrevistados respecto de la imposibilidad de dicho objetivo, sintetizando los argumentos en el siguiente enunciado: “nosotros trabajamos en consonancia con la ley, estamos convencidos del cambio normativo, más allá de que para el año 2020 es imposible cerrar esto porque no han creado ninguna otra cosa para sustituirlo” (E4). En este punto, la ausencia de creación a gran escala de casas de medio camino, pisos residenciales y asistidos, atención en la comunidad, reorganización de los espacios de trabajo y articulaciones con organizaciones sociales, se revelan como un déficit a la hora de la implementación y apertura de nuevos dispositivos sustitutivos y apoyo a los existentes (Zaldúa y otros, 2016). “En la mayoría de los casos, los dispositivos y las prácticas no tradicionales persisten más como iniciativas de compromiso individual o experiencias extraordinarias que como parte de las políticas públicas en el sector” (Zaldúa y otros, 2016: 283).

Para plantear una política en el campo de la salud mental necesitamos dar cuenta de la *política terapéutica* que implica un entendimiento particular del padecimiento subjetivo. Desde nuestro campo de interés consideramos que es a través del trabajo multidisciplinario e intersectorial basado en propuestas alternativas que esta noción es pasible de ser construida histórica y colectivamente (Carpintero, 2001). En este sentido, son las formas de abordaje y las perspectivas de la salud mental que cada sector trabaje, lo que le dará forma a las estrategias de tratamiento, externación, sustitución, rehabilitación, etc. Nos es pertinente reflexionar sobre esta instancia de exploración de lo instituido y lo instituyente, sobre todo a nivel institucional, a los efectos de examinar

la reorganización de fuerzas por tres motivos: a) en tanto *saber*, es la refutación al encierro prolongado y la apertura manicomial hacia la comunidad, en otras palabras, el cambio de paradigma; b) desde el *poder*, porque se trabajan los sostenes y reconstrucciones de los marcos de referencia, la rehabilitación de las capacidades y la intersectorialidad; y por último, c) desde y para la *subjetivación*, porque se encuentra tensado por los sujetos consecuentes de largas estadías de internación y por aquellos que ingresaron al sistema en el marco de la LNSM: “las internaciones prolongadas en el tiempo dificultan la consolidación de externaciones sostenibles en el tiempo, que ponen de relieve la importancia de implementar políticas públicas que favorezcan subjetividades autónomas y permitan rearmar proyectos de vida” (Tisera y Lohigorry, 2016: 271).

El análisis conlleva tres tipos de servicios y efectores de salud mental, en una gradiente de lo más a lo menos institucionalizado, como un circuito con tres postas: el adentro, la salida y el afuera. Divididos según los ejes que ordenaron los casos seleccionados para las entrevistas,⁷ destacamos lo siguiente: a) *Lo hospitalario*: incluye monovalentes y servicios de salud mental en Hospitales Generales; b) *Lo residencial*: vinculado a los momentos de alta y externación, forman parte los Hospitales de Noche, Hospitales de Día, Residencias Protegidas y las Casas de Medio Camino públicas o privadas; y c) *Lo comunitario*: relacionado a la “sociedad civil”, es decir, asambleas, grupos de apoyo mutuo y cooperativas de trabajo. Retomaremos este tercer tipo en el siguiente Capítulo ya que toma más relevancia el sector en consonancia con las técnicas de subjetivación.

a) Lo hospitalario. Primera categoría que remite a un adentro, a la disciplina y la vigilancia institucional. Actualmente, tal categoría se encuentra tensionada en sí misma, ya que dentro de este círculo contiene a los hospitales monovalentes en vías de desarticulación o transformación, y a los servicios de salud mental en hospitales generales que deben ser sustitutos. Allí se demuestra una convivencia del modelo monovalente y otro polivalente. La complejidad de esta institucionalidad es la coexistencia de estos dos modelos que no permite la emergencia de un proceso simultáneo de creación de dispositivos sustitutos, desmontaje manicomial y trabajo

⁷ Esta información se encuentra en la tabla de Composición de la muestra de entrevistados como “Tipo de emplazamiento institucional” en el apartado 2.2.1. punto b (i).

comunitario-territorial con respecto a la integralidad del cuidado de la salud mental (Tisera y otros, 2016: 292).

En los términos que presentábamos más arriba, parecería darse más un proceso de reproducción de elementos que uno de producción de algo nuevo. Uno de los entrevistados lo refiere a través del siguiente ejemplo:

Los *splits* [hablando de un hospital monovalente] están solamente puestos en los dormitorios, no en las salas comunes, lo que también refuerza un determinado modelo. Calentitos en la cama. Los lugares de sociabilización no tienen *split*. Eso marca un estilo en la política de salud mental de hace unos años (E4).

Sin embargo, la presencia del paradigma asilar aún vigente no debe eclipsar los avances en las prácticas que rompen con dicho modelo de atención. Hay que entender, entonces, que la internación puede tener dos momentos: uno adjetivado por el momento agudo de la enfermedad, tratado en un servicio cerrado del hospital, donde hay seguridad; y luego otro –como lo presenta un entrevistado– referente a “las internaciones dentro del hospital en otros servicios de tratamiento [...] o en los servicios de externación, donde se trabaja puntualmente la cuestión del alta o la externación” (E2). Por ende, nuestra mirada se detendrá en las externaciones asistidas dentro del ámbito hospitalario y en los mecanismos de *resubjetivación* y rehabilitación de capacidades y lazos: “si partimos de la idea que el alta tiene que ser programada y asistida, hay que diseñarla desde el día cero de la internación” (E3). En los términos del análisis comunicativo se trata de tecnologías dispuestas para brindar y sostener marcos de referencia que no sean institucionales, ya que existe el “riesgo de habituación institucional” (Tisera y otros, 2016: 296) que conlleva las internaciones en hospitales monovalentes.

La inquietud que guía las prácticas de lo hospitalario explícitamente, se traduce en las condiciones que son necesarias para que una externación sea sustentable. Los entrevistados que se insertan formalmente en este primer sector de trabajo estuvieron de acuerdo en los siguientes accionares de carácter progresivo: a) *Prácticas de rehabilitación y resocialización*: “no se quedan únicamente con la adquisición de habilidades o meterlos dentro del ámbito laboral, sino que hay que tener en cuenta también el estado en concreto actual de tu situación en el tema de las redes por fuera del hospital” (E2); b) *Prácticas de resubjetivación* a partir de su propio padecimiento, esto es, “poder incluirlo, no sé si llamarlo empoderamiento, pero sí que tenga un nuevo

posicionamiento de su padecimiento mental” (E2). En estas mismas prácticas se comprenden también aquellas que atienden a su propia condición de sujeto en el mundo (Galende y Kraut, 2016): “me parece que toda estimulación es importante, se trata de que alguien te espere, te transmita que tiene un sentido tu presencia, que si concurrís o no, no da lo mismo. Se trata de que puedas sentir que sos necesario” (E3).

Para el momento de la externación propiamente dicha, notamos la necesidad de construir un sistema de apoyo individualizado que asegure aquello que denominamos *la continuación de cuidados*: “es necesario considerar la continuidad de cuidados luego de la externación” (E3). La cuestión radica en pasar de una realidad de contención y apoyo intensivo en el hospital hacia un contexto ambulatorio donde se deben garantizar conductas como, por ejemplo, seguir tomando la medicación, el cuidado de la alimentación y la higiene, etc., que conllevan la responsabilización del sujeto, y, por ende, tienden a conducir a la recuperación de su autonomía y a la configuración de un espacio-tiempo de auto-determinación. Por otro lado, la tarea residen en producir aquello que llamamos *la contención situacional y una red de soporte* en el sentido manifestado por uno de los entrevistados: “en el momento de dar el alta a un paciente, es importante evaluar su situación social, económica y habitacional [...], contar con una red de apoyo. Si no existiera y no hubiese contención familiar, es necesario construir una red alternativa” (E3).

Por último, destacamos el siguiente comentario: “Se empezó a pensar que la externación implica cambiar algo del medioambiente de la persona, no solamente darle un tratamiento. Un proyecto educacional, laboral o un cambio en la situación habitacional. Algo más tiene que pasar afuera para que cambie” (E5). En ese punto, leemos esta articulación de estrategias como transmisoras y formadores de marcos de referencia útiles para una primera instancia de re-inclusión del sujeto al entramado social, como un primer eslabón de una cadena reparadora de marcos de inteligibilidad relativos a la semiosis, la cultura, lo social y el mundo.

b) Residenciales. Retomamos la categoría como un segundo paso, posterior al ámbito o momento propiamente hospitalario recién analizado, que remite a un afuera que no necesariamente es sinónimo de salida. Se trata de una técnica de poder y control de conductas que deslegitima la dominación total. Tal categoría se presenta como un modo ejemplar en función del cual desinstitucionalizar y desarticular las lógicas de

encierro. La misma convive con el déficit de la construcción de nuevos dispositivos y con la vastedad de los existentes. Asimismo, se trata de un caso testigo que patentiza el hecho de que no alcanza con la promulgación de una transformación, sino que son necesarias acciones concretas y planificadas. “Al promover abordajes interdisciplinarios e intersectoriales [la LNSM], plantea que la atención de la salud mental debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario” (Tisera y otros, 2016: 292). Es en esta condición de la práctica que tal categoría se vuelve relevante para el cambio de paradigma, cambiando el *adentro* por el *afuera*, y, con ello, calibrando su eficacia y efectividad real e imaginada. Las personas que habitan estos lugares, los sujetos padecientes mentales, nos parecen mostrar en todos sus rasgos y comportamientos la identidad clásica de locos en los cuales creemos reconocer los mismos rasgos de la locura (Galende y Kraut, 2006).

El Artículo 11° de la LNSM promueve la implementación de acciones de inclusión social, laboral y de atención en coordinación con diferentes áreas, así como el desarrollo de variados efectores y servicios de salud mental de índole sustitutiva, de promoción, ambulatoria y comunitaria. En este apartado nos abocaremos a aquello que han sido denominados por los propios entrevistados como *residenciales*, en tanto se oponen a los sentidos hospitalarios: “es un programa residencial para personas que están de alta” (E4). Estos programas trabajan el paso posterior a una internación de corta o larga duración. Se trata de externaciones que implican una salida en detrimento del encierro hospitalario. Analizadas como técnicas de gobierno, las mismas ponen en marcha mecanismos de refuerzo o producción de marcos referenciales que orientan conductas de resocialización, rehabilitación y resubjetivación pero con un componente regulador mucho mayor de la responsabilidad y la autonomía del sujeto ya que “es la razón de ser de este tipo de dispositivos” (E6).

A continuación, y teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, los servicios y efectores de salud mental analizados serán: Hospital de Noche y Casas de Medio Camino (o Residencia Protegida) de índole privada y pública, y, en menor medida, el Hospital de Día. En primer término, la diferencia entre los primeros dos está marcada por grados de autonomía y de responsabilidad que se requieren: “la Casa de Medio Camino es lo mismo, pero [los usuarios] tienen que tener mayores niveles de autonomía [...], eso marca como dos niveles de autonomía” (E4). En cuando al Hospital de Noche y el Hospital de Día, la intención es aclarar una futura confusión. El Hospital de Día no

es un dispositivo residencial, como si lo es el Hospital de Noche. La diferencia reside en la internación: “en el Hospital de Día puede ser que se traten personas que están tratando de evitar una internación y en el Hospital de Noche pueden ser personas que más bien están superando una internación. Son dos puntas del camino” (E4). En este marco, los sentidos, los tiempos, las técnicas y los sujetos que convoca cada una son opuestos; pero, a la vez, hay que ser precavidos ante la articulación de ambos, ya que “si vos tendrías Hospital de Día y Hospital de Noche juntos, tenés la institución total de Goffman nuevamente” (E4).

El tipo de usuario que conciben estos programas residenciales requiere de diferentes perfiles. El Hospital de Noche recibe usuarios de los servicios de internación que están en condiciones de irse, teniendo como objetivo la recomposición de habilidades y la reinserción en la comunidad a través de la concreción de un domicilio. Las Casas de Medio Camino o Residencias Protegidas, en cambio, pueden funcionar temporalmente como uno de estos domicilios, apelando por ende a sujetos con un mayor grado de resocialización. Con respecto a los requerimientos subjetivos, se destaca en general la autonomía y, en particular, la cuestión que estriba en el hecho que tales sujetos sean capaces de sostener un grupo, del mismo modo en que se procura analizar la participación en un proyecto colectivo y la firma de un consentimiento informado con objetivos y compromisos. Por último, ambos son a puertas abiertas: “tienen un régimen abierto” (E5); “[los usuarios] eligen si vienen y eligen si se van” (E6); “son casas de puertas abiertas, quiere decir que el paciente entra voluntariamente y se va voluntariamente” (E7). Tal característica implica fundamentalmente dos cuestiones. Por un lado, requieren de consenso y deseo de ingreso por parte de los usuarios –aunque en los entrevistados coincidan con que la mayoría no quiere–. Por otro lado, el plano de las relaciones de poder comienza a cambiar, comprendiendo posibles negociaciones ya que el peso de las fuerzas y los lugares ocupados como sujetos-pacientes se modifica. La propia voluntad comienza a ser ejercitada (elegir qué comer, cuándo salir, etc.), y en este accionar se encuentra con la voluntad ajena: usuarios, profesionales, personal. Estos encuentros con otros, como ensayos de la cotidianidad ritual y conflictiva de la sociedad, sustentan la razón de estos programas, además de brindar sostén cuando las cuestiones de índole habitacionales y económicas necesitan ser trabajadas y restauradas.

“La consideración de la desintitucionalización [...] debe tener en cuenta cambios subjetivos necesarios en usuarios internados para garantizar procesos de externación y de inclusión social” (Tisera y otros, 2016: 309). Estos procesos pueden ser traducidos en las tareas que los equipos tratantes deben llevar a cabo para lograr los reposicionamientos subjetivos, y las mismas dependerán de los grados de autonomía y reinserción social que cada programa reclame, refundando diferentes relaciones de fuerza y ciertos escollos tutelares. Describiremos a continuación dos grupos de prácticas de control, como tareas que se interrelacionan. Uno relacionado a la atención y la supervisión. Y el otro, vinculado al sostén y acompañamiento en la adquisición de capacidades cognitivas –como la re-vinculación con la sociedad– y de habilidades de índole manual, laboral, técnicas.

Detectamos un primer conjunto de tareas llevadas a cabo por el equipo tratante en cuanto a la atención y vigilancia de los usuarios que supone el mínimo justo para no volver a los modelos tutelares. Podemos verlas en cuanto a los cuidados de salud (armados de pastilleros, visitas al nutricionista, consultas con médicos tratantes) y el cuidado cotidiano, los rituales del día a día (la higiene de las habitaciones y la casa, su ropa, limpieza personal, decidir la comida). Por otro lado, hay un grupo de tareas que tiene que ver con la supervisión del funcionamiento y coordinación de un lugar de tales características, lo cual dependerá del modelo residencial y del grado de responsabilidad requerido ante ciertas situaciones (desperfectos y roturas de la casa, necesidad de servicios, momentos de emergencia). Aquí también encontramos las tareas colectivas internas como las reuniones entre los usuarios o alguna actividad esporádica propuesta por el dispositivo.

Por otro lado, ubicamos las tareas de acompañamiento en la adquisición o restauración de habilidades de índole manual, laboral y técnicas (aprendizaje de oficios, recuperación de la psicomotricidad, manualidades, armado de emprendimientos). Otras tareas de sostén y asistencia se relacionan con la adquisición de capacidades cognitivas y con la re-vinculación social (armado de proyectos colectivos y personales, actividades por fuera, comprensión y reflexión del hábitat y sus capacidades, búsqueda laboral, construir y reconstruir lazos, encontrar un domicilio). En estas conductas que implican un *seguir-saliendo* hacia la comunidad, puede que sean asistidos por los equipos tratantes, acompañantes terapéuticos o un profesional del lugar, ya que son estos choques con la llamada *realidad social* los que más miedo y resistencia pueden lograr.

“El público en general le demuestra, tanto formalmente en las restricciones de empleo, como informalmente, en el trato social su voluntad de aislarlo y al cabo lo marcan como un estigma indeleble” (Goffman, 1961: 349).

En los programas analizados se insistió en la salida a la comunidad y en las actividades por fuera, y con ello, en la no realización de actividades por dentro. A este respecto, recuperamos los siguientes comentarios: a) “promovemos mucho que como parte de su rehabilitación los pacientes vayan al gimnasio, vaya a hacer un curso” (E7); y b) “adentro de la residencia nosotros no queremos que haga talleres, porque queremos precisamente que lo busquen por fuera” (E6). Esto nos relaciona con un primer problema que veremos a continuación: la endogamia, como una forma de volver a tomar y hacer propios marcos de referencia institucionales. Sin embargo, uno de los reclamos más importantes referidos al tercer sector –esto es: *el afuera*–, es la falta de articulación de todos estos espacios. En este sentido, dos ejemplos: a) “me parece que lo que falta es articulación, hay muchos emprendimientos sociales que andan dando vuelta, hay dispositivos habitacionales” (E6); y b) “la respuesta del Estado sigue siendo la internación en un psiquiátrico” (E9).

Esta forma de gobierno de los otros se funda en la orientación de conductas autónomas y de responsabilización que confluirán en marcos de referencia subjetivos y reposicionamientos para con los usuarios mismos y la comunidad. También orienta el aprovechamiento de las escasas oportunidades que el Estado puede brindar, aunque muchas veces se vuelven estrategias que posibilitan la externación: subsidios, obras sociales, pensiones, certificados de discapacidad. Dentro de este entramado nos preguntamos por el lugar de producción –ya no de reproducción– de la subjetivación, de marcos referenciales, de posicionamientos identitarios, de la experiencia que “el ser en el mundo” implica: espontaneidad, deseo, imaginación, creación, intencionalidad y capacidad de transformación de las condiciones de la experiencia de la realidad (Galente y Kraut, 2016). Por consiguiente, comprendemos que todas estas transformaciones de relaciones de poder involucran a lo comunitario, su compromiso y participación. Gran parte de estas cuestiones las analizaremos en el capítulo siguiente que aborda el vector de subjetivación del Dispositivo de Salud Mental.

5.3. Principales problemáticas

(i) *El efecto de open-door o “puerta giratoria*. La multi-complejidad de la salud mental tiene como consecuencia un efecto de larga data denominado *open-door* o puerta giratoria. Esto refiere a aquellos pacientes-usuarios que una vez dados de alta, externados y/o recibiendo tratamiento ambulatorio, vuelven a caer en periodos de internación importantes, haciendo de su trayectoria de vida una historia de las veces que entró y salió, salió y entró. Enunciamos brevemente algunas causas y motivos de este proceso: altas administrativas, falta de lazos y recursos, y la desresponsabilización por parte del Estado.

Varios entrevistados que trabajan con estas poblaciones coinciden en que: a) “solo se hacían tratamientos que lo trataban de bajar, lo equilibraban un poco y lo daban de alta. Lo externaban” (E2); y b) “la puerta giratoria, para mi tiene que ver con un paciente que se largó crudo” (E7). Entonces, un primer motivo puede ser que no se trabajen otras herramientas para aquello que puede llegar a suceder una vez externado; que solo se trate de un alta administrativa y no terapéutica: “entonces no tiene las herramientas necesarias y va a volver a caer o descompensarse” (E7). Por lo tanto, como señala otro entrevistado en el mismo sentido, “se trata de configurar el entramado social, la vinculación, el trabajo como algo que permite la inserción casi inmediata” (E2). El otro problema complejo es la falta de condiciones habitacionales, es decir, la imposibilidad de una vivienda digna al momento de la externación. A este respecto, los entrevistados destacan que: a) por falta de apoyo y lazos, “hay personas que realmente no pueden vivir solas o no es indicado que lo hagan luego de su externación” (E3); b) por recursos propios, “lo que pasa es que a veces volvía a la semana porque tenía problemas en la casa, no tenía su lugar, o no tenía casa” (E5); y c) por responsabilidad estatal:

Algunos cuentan con algún trabajo o alguna actividad o rutina ocupacional, pero es cierto que muchos están en una situación de precariedad habitacional o en situación de calle [...] nos encontramos muchas veces, en el dilema de que la persona siga internada porque aquí está cuidada, compensada o que se vaya de alta en condiciones que puede quedar a la deriva (E3).

(ii) *El riesgo de endogamia de los dispositivos*. La naturalización de los procesos de institucionalidad o las prolongadas internaciones se denominan “colonias” o proceso de “colonización” (Balzano, 2008). Dicho concepto refiere a un proceso de

socialización indeseado, como la adquisición de una serie de hábitos que se generan dentro de instituciones totalitarias y que atentan contra la calidad de vida de los individuos. No solo atañe a los pacientes, sino que también conlleva efectos para los trabajadores. “En su expresión extrema, un residente ‘colonizado’ es aquél que ha perdido los hábitos normativos del mundo de afuera” (Balzano, 2008: 5). En este sentido, se descuida la higiene, se olvidan normas de convivencia, se transgreden pautas sociales, etc. “Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo, un mundo propio, tiene, en síntesis, tendencias absorbentes” (Goffman, 1961: 17). La institución manicomial es doblemente un lugar diferencial, en la medida en que allí donde se sanciona de modo práctico la pérdida de la capacidad de la sociabilidad, a la vez se provee al sufriente de una identidad y un modo de vida institucional que reemplazará todo aquello que ha perdido con el encierro y la enfermedad (Galende y Kraut, 2006).

Los mecanismos endogámicos no solo se generan dentro de los espacios de encierro al hacerse carne en los pacientes que viven largos periodos en el hospital y adoptan todos los marcos de referencia manicomiales allí dispuestos. La endogamia también tiene condiciones de producción en los mismos dispositivos que buscan combatirla, reproduciendo tendencias al aislamiento, la auto-estigmatización y la violencia de los vínculos que genera el mismo padecimiento psíquico y la relación de este con otros. Así, entendemos la conducta endogámica como subjetivamente transportable desde el adentro hacia el afuera, como aquellos modos que el usuario adoptó y a los que se adaptó:

Se trata de contextos que no son nada favorables, más aún si se trata de personas que tienden a recluirse, a aislarse [...] La persona que está encerrada no sostiene lazos ni intercambios significativos, [...] suele ocurrir que se externalizan y se sostienen condiciones de mucho aislamiento, de encierro, sin una mirada, sin la continuidad de cuidados (E3).

Finalmente, se detectaron mecanismos anti-endogámicos en los servicios residenciales y sustitutos, los cuales funcionan justamente con el motivo y el horizonte de procurar no caer en modos institucionalizantes nuevamente. Los testimonios son claros al respecto: a) “Ese consentimiento [firmado entre usuario e institución] se puede renovar, pero se trata de que no se renueve más de la cuenta. Si no volvemos a tener una población detenida” (E4); b) “Les pedimos que se contacten con programas de reinserción que trabajan también con esta mirada comunitaria, que sea una mirada hacia

la calle, no una mirada endogámica y hacia adentro” (E4); c) “Las residencias, según la bibliografía, pueden tener hasta veinte personas viviendo adentro. Yo diría que esto conlleva el riesgo de que se conviertan en un hospital” (E6); d) “Nos dimos cuenta con el tiempo que si nosotros nos dedicábamos a tratar a los pacientes, esto se volvía muy endogámico y con muy poco intercambio al exterior” (E7); y e) “Hacíamos Talleres de Derechos Humanos y traíamos las leyes [...] pero la idea era abrir y no trabajar solamente el tema de la salud mental, sino el tema de los derechos en general” (E4).

CAPÍTULO 6: Dimensión de subjetivación y técnicas del yo

6.1. Introducción

En el presente Capítulo pretendemos ofrecer una posibilidad de cierre parcial al análisis triádico del Dispositivo de Salud Mental. La dimensión de la subjetividad constituye una línea que entra en relación con las líneas que configuran el diagrama de saber-poder cuando se vuelve, se pliega y se ejerce sobre sí misma en términos de producción de subjetivación. En la medida que el propio dispositivo lo permita habrá una línea de fuga⁸ como condición inmanente para la producción de subjetividad y, en rigor, para la confección de un proceso complejo de subjetivación (Deleuze, 1990).

El juego de la subjetivación y las técnicas de sí despliegan una trama particular, en tanto el flujo de las relaciones con uno mismo y con otros pone en juego tecnologías particulares que constituyen al sujeto como tal. El cuidado y el gobierno de sí no es sino la ocupación, el conocimiento y las prácticas que los sujetos establecen consigo mismo. Asimismo, entre los individuos y sus cuerpos hay un haz de relaciones que se articulan también con las que mantienen con los otros (Foucault, 2002). Es en esta perspectiva que el análisis realizado no trata de meras caracterizaciones de sujetos que habitan las líneas del dispositivo, sino que busca poner de relieve su articulación con el sector que en el capítulo anterior hemos denominado *lo comunitario* (ver Capítulo 5, apartado 5.2.3). Este ámbito no constituye un simple campo de dominación o sujeción puesto que admite relaciones de fuerzas en tensión, modos de afectar y ser afectados, los cuales se interconectan al interior de ciertos juegos identitarios que se revelan más complejos que los marcos de referencia que operan en las tecnologías de gobierno de los otros.

Entendemos el nivel del afuera, de *lo comunitario*, en dos sentidos, a saber: a) como un campo en términos bourdianos que escapa a la lógica de los aparatos de dominación; y b) como un campo en sentido deleuziano, es decir, aquello que se configura históricamente *en medio* de agenciamientos colectivos de enunciación y agenciamientos maquínicos de cuerpos. Esto nos da la pauta de la existencia de una serie de mecanismos del cuidado de sí, que atañen propiamente al sujeto, pero que

⁸ Con respecto al concepto de *línea de fuga* retomado de la perspectiva Deleuziana, nos parece pertinente aclarar que no desconocemos el carácter paradójico de la misma en tanto también tiene un aspecto mortuorio o fatal.

también remiten a un flujo que se engancha, amplifica y compone junto a las relaciones con los otros, la sociedad y, en última instancia, con la naturaleza en cuanto tal. Podemos decir que la subjetivación es un proceso activo y complejo; el trazado de un territorio existencial de los sujetos, donde los ritmos de un cuerpo, las formas de sentir y los modos de percibir juegan un papel fundamental. Por otro lado, los procesos de subjetivación son relacionales, en el sentido que implican relaciones de fuerzas que se constituyen, siempre, a partir de flujos políticos, culturales, económicos, psíquicos, etc., que invisten de cabo a rabo el campo social en su compleja estructuración.

A partir de las definiciones sucintamente brindadas, en el análisis del presente capítulo retomamos los siguientes espacios de lo comunitario: asambleas, grupos de apoyo mutuo, cooperativas de trabajo y talleres inter-hospitalarios con influencia externa en lo comunitario. Este abordaje se sustenta en la convicción que para el proceso de la desmanicomialización, la comunidad fue y es una aliada indiscutible. “Este proceso social complejo busca asociar a los distintos actores sociales involucrados que comprenden que la transformación debe superar la simple organización del modelo asistencial y alcanzar las prácticas y las concepciones sociales” (Amarante, 2009, citado en Tisera y otros, 2016: 291).

Mediante mecanismos de autorreconocimiento los sujetos son conducidos a observarse y a observar sus prácticas para modificarlas y modificarse en tanto que sujetos de una trayectoria. Estos mecanismos impulsan modos de subjetivación como prácticas sobre sí mismo por las cuales el sujeto se constituye como tal (Foucault, 2003b). Entendemos que de esta forma, los usuarios, pueden generar nuevas/otras posiciones simbólicas que produzcan transformaciones para con ellos mismos y para con la comunidad en general, por ejemplo, ocupando roles dentro de la red social, como agentes que comunican un mensaje específico o como portadores y sujetos de un discurso en una cultura determinada. De este modo, se podría estimular desde otros lugares la participación de la comunidad que es necesaria para la resolución de problemas relacionados a la temática de la salud mental y su complejidad (Cruz Sousa, 1999, citado en Tisera y otros, 2016).

En resumen, en este capítulo final abordamos la construcción de la salud mental desde la perspectiva de las prácticas de subjetivación que dialogan conflictivamente con las modulaciones hegemónicas del poder y el saber. Con todo, terminaremos con una

reflexión en torno a las condiciones de posibilidad de la creación colectiva de un referente identitario para los sujetos de la salud mental a partir de los mecanismos de autorreconocimiento detallados anteriormente.

6.1.1. Categorías teóricas específicas

Marginalidad y subalternidad. Siguiendo a De Certeau (1996), afirmamos que la forma actual de la marginalidad ya no se restringe a pequeños grupos, sino que remite a una marginalidad masiva que se universaliza. En esta perspectiva, la marginalidad configura una forma cultural en la cual aquellos que son pensados como no productores de cultura se presentan, más bien, como realizadores de una actividad sin firma, ilegible, que no tiene símbolos. Esto muestra que hay una mayoría silenciosa, que no es pasiva pero que tampoco es una masa homogénea de marginalidad organizada: reconocemos a las minorías como el desocultamiento de voces subalternas y deslegitimadas (De Certeau, 1996; Ginzburg, 2016). Lo excluido, la singularidad irreductible, lo otro microsociedad, la diferencia radical, la composición identitaria heterogénea, las creativities y multiplicidades, lo cotidiano dominado, etc., es aquello que no cesa de subjetivarse. Los ejercicios de prácticas de libertad son siempre inmanentes a los diagramas de saber-poder que nos atraviesan. Es por ello que los dispositivos se definen por una tensión entre historia y acontecimiento, tradición y novedad, siendo las líneas de subjetivación aquellas que pueden trazar caminos de creación (Deleuze, 1990).

Violencia. Recuperamos esta categoría ya que entendemos que la violencia, en sus diferentes tipologías (sociales, económicas, políticas, etc.), interviene en la conformación de las subjetividades. Obras como las de Karl Marx o Silvia Federici, en el ámbito internacional, o León Rozitchner y Rita Segato en el plano nacional, entre tantos y tantas otras, argumentan largamente que la violencia no es sino constitutiva de la sociedad y la subjetividad. La historicidad, en cuanto tal, no se encuentra sino conformada por choques y conflictos, por contradicciones y opresiones, en suma, por violencias inmanentes a una *pedagogía de la crueldad* que des-sensibiliza y desvaloriza ciertos cuerpos a los efectos de re-funcionalizarlos para la productividad capitalista (Segato, 2010). La violencia es constitutiva del capitalismo neoliberal, en la medida que a partir de ella se relanza, una y otra vez, un proceso de retroalimentación, acumulación y circularidad. Tal problema ubica a los sujetos en una (des)posición en la cual se hallan relativamente privadas de cómo definir y organizar sus vidas, desposeídas

del control de los resortes de su existencia. Sin embargo, tal como afirma esta línea de pensamiento, es posible explorar suelos fértiles de experiencia comunitaria y creatividad identitaria que abran juegos de autonomía y auto-determinación (Adamovsky, 2012). En esta dirección procuramos problematizar las prácticas de subjetivación del Dispositivo de Salud Mental.

6.2. Tecnologías del yo

6.2.1. Primer mecanismo de autorreconocimiento: *yo-usuario o no usuario*

La enunciación, tal y como se encuentra históricamente confeccionada, contribuye a la colonización del sujeto (Faraone, 2009). En efecto, son las leyes del mercado lingüístico, de la enunciación mercantilizada, las que ejercen un efecto de censura en quienes solo pueden hablar de forma más o menos espontánea (Bourdieu, 1984). A partir de la configuración de un mecanismo de cuidado de sí que actúe sobre los propios individuos cuestionándose por su condición y constitución como sujetos usuarios del sistema de salud mental o no, entendemos que se puede pensar en nuevos rasgos de subjetividad por fuera de aquellos que los reproducen. Lo liberador en términos de fuga no es necesariamente que se reconozca de una u otra manera, sino la posibilidad de poder afectarse y querer ser afectado para devenir otro.

La cuestión aquí tiene que ver con la acentuación valorativa (Voloshinov, 1929) del autorreconocimiento (o no) como usuarios o ex usuarios del sistema de salud mental. El análisis realizado exhibe la primacía de una construcción subjetiva que acentúa y busca desprenderse del reconocimiento de sí mismo como usuario del sistema de salud mental. Esta posición es puesta de manifiesto a través de testimonios como los siguientes: a) “La asamblea nuclea por un rasgo que las personas que lo tienen no lo quieren tener, entonces ‘quiero ser de este club pero no quiero ser de este club’” (E8); b) “Hay gente que no se reconoce, como que trata todo el tiempo de separarse de los locos” (E6); y c) “Es parte de su historia y si la traen constantemente es porque obviamente el paso por el manicomio te marca, pero también es difícil construir algo de acá para adelante con el estigma del loco peligroso” (E9). En otros espacios, sin embargo, se encuentran casos de autorreconocimiento sobre el padecimiento propio,

como el que se desprende del siguiente testimonio: “ella quería ser loca, ella quería estar mal. Y se dio cuenta que era una más, se dio cuenta de su propio locura” (E1).

En estos procesos de reflexión y conocimiento de los sujetos por sí mismos, el sufrimiento por la propia trayectoria está presente, “son traumas muy profundos, muy antiguos y muy dolorosos” (E1). Es así como la conciencia del estigma socialmente construido puede volverse hacia ellos o desde ellos: “se perciben como se percibe en el cotidiano, tienen esa construcción social de la locura que es la que manejamos todos” (E6). Desde nuestro análisis, retomamos los espacios comunitarios como el lugar propicio para la creación de posibles intercambios colectivos, donde se encuentren las condiciones para la preocupación, el reposicionamiento subjetivo e identitario y el fortalecimiento de herramientas en el plano de la individualidad. En este sentido, uno de los entrevistados pone de relieve que “los temas que ellos incluyen pueden tener que ver con que están teniendo problemas con los vecinos, [piensan] ‘me están discriminando’, por ahí es una cuestión personal que se trabaja desde lo colectivo” (E8).

El apuntalamiento de recursos de reposicionamiento y fortalecimiento subjetivo, junto a la articulación comunitario-individual, podrían accionar una inventiva de sentidos que brinden nuevas cadenas significantes que no se saturan en definiciones externas, sino que generen mecanismos de autodefinición propios y efectivos por parte de los sujetos. En ese punto, los comentarios de los entrevistados aportan lo siguiente: a) “El concepto de neurodivergencia nos ayuda a pensarnos a las personas que hemos recibido un diagnóstico, que no hay nada malo en nosotros, simplemente somos neurodivergentes, no hay nada peligroso” (E1); b) “Me parece que aquellos que logran hacer una construcción [sobre ellos mismos] son los que más recursos tienen, como más posibilidades de una construcción identitaria” (E6); y c) “A mí me parece que incide en el fortalecimiento de las personas que van a pelear por sus derechos” (E8).

En el marco de este análisis adquiere relevancia el concepto de estigma. Comprendemos esta noción como rechazo y discriminación, funcionando en dos tramos, en una sola dirección cada vez más unitaria: de la sociedad hacia el sujeto, del sujeto hacia sí mismo. Los normales nos “construimos una teoría del estigma” (Goffman, 1998: 15) y con ella encerramos, discriminamos, prejuiciamos, excluimos, formulamos una ideología que explicó su inferioridad y peligrosidad y justificó nuestras acciones, pasando a formar parte del horizonte de sentido, colmando los discursos de la

cotidianidad con metáforas imaginarias del miedo, el aislamiento y la pasividad. Esto, según observamos en los testimonios, continúa vigente: a) “El tipo que va con el pase colgado al cuello [en referencia a una credencial] siente la mirada de los demás” (E5); b) “Si bien hubo muchas campañas y asociaciones que vienen trabajando en cambiar la estigmatización de las personas con padecimiento mental y la representación social de la locura, aún no se ha logrado” (E3); c) “Para el machismo su objeto de discriminación son las mujeres, para el racismo las etnias y para el mentalismo las mentes neurodivergentes” (E1); y d) “El paso por el manicomio te marca, pero también lo difícil es construir algo de acá para adelante con el estigma del loco peligroso” (E9). En la teoría goffmaniana, el estigma resulta un analizador de la comunicación en tanto se manifiesta como un desafío a las reglas y escapa, a pesar de él, a la normalización que rige todo intercambio comunicacional (Martini, 1994). Afirmamos que el estigma puede acentuarse de otras formas y ser fundador de nuevos contratos, de una nueva comunicación, o explicitarse como una resignificación que no responda a lo esperable por el otro ajeno. Sobre esta cuestión, uno de los entrevistados comenta que “ellos han discutido desde lo testimonial, las vivencias, experiencias de cada uno. No es que haya una postura tomada. El deseo es poder separar la locura del peligro” (E8).

Entendemos a los espacios comunitarios, del afuera o con intervención externa, como posibles resortes para nuevos movimientos y sentidos de subjetivación. No es más potenciador auto-percibirse *loco* que auto-percibirse *sano*. No obstante, lo que nos interesa es la posibilidad de la reconfiguración subjetiva, de una consistencia identitaria que permita habitar el mundo desde el padecimiento, desde la trayectoria, desde el deseo, pero no desde el sufrimiento y la estigmatización que sutura y aplica sentidos. En estos términos nos encontramos ante la paradoja del dominado: la resistencia puede ser alienante y la sumisión puede ser liberadora (Bourdieu, 2000).

6.2.2. Segundo mecanismo de autorreconocimiento: *yo-trabajador*

Partimos de dos premisas para pensar este mecanismo: una amplia referida a lo macro-social o molar en términos sociohistóricos, otra más específica vinculada a la salud mental. La primera concierne a que uno de los efectos más visibles de los cambios socio-económicos y del crecimiento de la producción es la gran cantidad de individuos que quedan marginados de una sociedad que prestigia el trabajo, la utilidad y el

consumo de bienes (Galende, 1990). La segunda detecta que en el proceso de rehabilitación en salud mental necesitan ser considerados tanto los lazos, un hábitat, como el trabajo en términos de inserción laboral lo que efectivamente promulga cambios subjetivos a través de mecanismos como la adquisición de habilidades, la vuelta a la comunidad, etc. (Sarraceno, 2003). De esta forma, una de las estrategias más importantes de inserción socio-laboral debe combatir con un paraguas problemático mucho más amplio que la salud mental en sí misma. El problema del trabajo es un problema amplio y social, donde los padecientes mentales forman parte de este *residuo último capitalista*.

Históricamente, los reacomodamientos sociohistóricos han seleccionado conjuntos sociales según los requerimientos productivos, dejando a los usuarios excluidos y marginados. Como ya vimos, la locura tiene un fuerte anclaje en la improductividad y debe vérselas con un abanico de dimensiones del mismo problema, como por ejemplo: la limitación de las capacidades resultado de los largos años de internación, el estigma social que obtura posibles trabajos de calidad y no explotadores, la dificultad de tener iniciativa propia dada por la suspensión de habilidades manuales y cognitivas, las oportunidades laborales que no alcanzan y generan un competencia arrasante con el total de la población, la falta de dispositivos de inserción laboral, los pagos insuficientes o inexistentes, etc. Este mecanismo de exclusión laboral se materializa en el déficit de cantidad de puestos y de la calidad requerida laboralmente (predominan los trabajos manuales o simples, más que de lo cognitivo o lo creativo), reduciendo las oportunidades de deseo, obturando los conocimientos y saberes previos. La misma vulneración social y la precariedad radical con que conviven los usuarios genera más profundización de la pobreza y las condiciones de existencia, como advierten los entrevistados: a) “Influye también la cuestión de la vulnerabilidad socioeconómica. Es el resto de este entramado capitalista que está ahí, pero que es parte de lo mismo” (E2); b) “Son los usuarios del sistema público de salud, entonces además de locos son pobres” (E6); y c) “Nos enfrentamos con el desafío de lograr la sustentabilidad de los emprendimientos para la inserción laboral y la autonomía económica de los usuarios” (E3).

Dentro del proceso de rehabilitación se considera que el trabajo puede promover un proceso de articulación de intereses, de necesidades y de deseos, y que se consolida como medio de subsistencia, de realización personal y del cumplimiento de aspiraciones

y proyectos (Sarraceno, 2003). Los beneficios de poder articular rehabilitación con inserción laboral son múltiples, tanto en el plano subjetivo como en el objetivo. El trabajo es un marco de referencia esperado e ideal para los primeros pasos en contacto con lo comunitario y con uno mismo, en la medida en que implican aspiración, creación, utilidad y productividad. Primero y principal –como destacan los entrevistados–, genera una reinserción en el entramado comunitario: “incorporarse al emprendimiento también les sirvió como una forma de sostenimiento en la comunidad y de realizar su tratamiento de manera ambulatoria” (E9). Esta vinculación habilita, también, un armado de primeros lazos, comúnmente destruidos y perdidos: “el lazo social es uno de los primeros quiebres que tienen” (E6). Por otro lado, estimula y despierta capacidades canceladas, perdidas o nuevas: “nosotros partimos de la idea que cualquier persona hay cosas que puede hacer, como cualquiera de nosotros. Hay cosas que podemos y hay cosas que no podemos” (E9). Finalmente, promover estos mecanismos desde el plano laboral conlleva dificultades en la práctica, en el tiempo y en la calidad misma de la propuesta dada. Es en este sentido y en este sector de lo comunitario en el cual emplazamos el análisis relacionado con los resultados buscados y obtenidos, ya no terapéuticos únicamente sino de inserción laboral: “Hay mucha gente laburando en empresas sociales o en emprendimientos que están buenísimos pero que no logran tener la banca para que no sea un *como si* del trabajo” (E6). En consonancia, un segundo testimonio afirma lo siguiente:

Lo que no hay es una continuidad, no es que el que hace serigrafía después se va a trabajar en serigrafía. Después de eso es la nada. Porque si no hay una inserción laboral *a posteriori* del taller, el taller queda como una actividad tonta que estabas haciendo mientras estabas internado (E8).

En este marco, nos interesa la veta de lo laboral en tanto línea de fuga –no en sentido mortuario–, como instancia de reconocimiento e identificación por fuera de los discursos dominantes. El mecanismo por el que abogamos aquí tiene consistencia con lo que hemos detectado como un pasaje subjetivo, de “soy un usuario” a “soy un trabajador”. Un trabajador enganchado a la máquina del Capital –no se nos escapa–, pero con la posibilidad de devenir un trabajador-de-sí. Estos posicionamientos pueden suceder tanto en cooperativas y grupos externos como en talleres de inserción por dentro y fuera del hospital, pero dependerá de las técnicas empleadas para la construcción de la idea de trabajo que sucedan o se supriman. En referencia al cambio de posicionamiento subjetivo los entrevistados expresan: a) “Se sientan los usuarios,

que dejan de ser usuarios del servicio de salud y empiezan a ser cooperativistas. Se corre la nominación de la locura como forma de estar y tratamiento para ser un cooperativista que está en un proyecto” (E2) y b) “Los mismos usuarios de los servicios de salud mental pudieron empezar a nombrarse como emprendedores y decir ‘yo voy a Movida de Locos a trabajar’ y eso fue sumamente importante” (E9). Ampliamos lo aquí expresado con el siguiente comentario:

Hay talleres coordinados por pacientes que saben algo. Hay un taller que se da guitarra y por ahí no es un súper guitarrista, pero si tienen ganas de venir y enseñar algo [...] eso te cambia la posición subjetiva de la persona. Pasan de ser enfermos a ser profes de guitarra (E5).

Estas líneas de análisis se relacionan preferentemente con posicionamientos subjetivos del propio usuario, es decir, de cómo el mismo se mira así mismo. En estos mecanismos que siempre son relacionales, emergen técnicas de sí que modelan personas-autoras de su propio corrimiento que fluye por la senda interna y personal, en la inmanencia y contra las tramas de la discursividad y las prácticas que recubren el sentido hegemónico. A este respecto retomamos los términos del estigma como una operación de dos tramos en una misma dirección –es decir, de la sociedad a los sujetos y de los sujetos hacia sí mismos–, tal como fue planteado en el análisis del primer mecanismo de autorreconocimiento desarrollado en este capítulo (ver apartado 6.2.1.). Si recientemente hemos analizado los movimientos del usuario para con el propio usuario, nos resta preguntarnos por el tramo inverso de la vía que va de adentro hacia afuera. En este sentido, en el análisis de los mecanismos de subjetivación de los padecientes mentales incluimos las relaciones del usuario con la sociedad que reconoce, delimita lugares y organiza según la lástima o la empatía. En este plano encontramos tres claros obstáculos que inhabilitan el posicionamiento hacia y en la comunidad propiamente dicha.

Primero y principal, un problema-pregunta se relaciona con cuánto los sujetos se animan a posicionarse en el mundo y para con el mundo, a partir de ser o haber sido un usuario del sistema de salud mental. En esta línea un entrevistado plantea:

De hecho cuando trabajamos ¿cómo salimos a vender? Muchos planteaban esto, ‘bueno, yo voy a decir que estuve internado’ y nos preguntamos ¿es necesario decir eso? O ¿Por qué lo dirías? Y salen situaciones como, ‘es que a la gente le da lástima, entonces nos compran por la lástima’, pero tenemos que tratar de que la gente nos compre porque es rico lo que hacemos (E9).

En otro orden, la profundización de estos obstáculos se vuelve más latentes cuando damos cuenta que la discapacidad social, el padecimiento mental –dentro de una escala de valoración de la discapacidad– es mucho más discriminada que el resto, sea por conductas sociales o por los mismos actores estatales que deberían promover la eliminación de dicha escala. Los entrevistados ponen de manifiesto esta cuestión en los siguientes términos: a) “Hay una discriminación dentro de la discapacidad, hay distintas valoraciones de la discapacidad. No digo por cada ser humano, digo por la representación [social]. Tienen adjudicados valores distintos, donde claramente sale perdiendo la locura (E8)”; y b) “En general, la población nuestra tiene grandes dificultades para ingresar al mercado laboral, como pocas poblaciones vulnerables, que generalmente están cubiertas por subsidios y protección social” (E4).

Aquí solo mostramos una parte de la complejidad de la temática laboral que se entremezcla con otras dimensiones y dispositivos. En ese marco, el usuario se encuentra con obstáculos y dificultades a la hora de subjetivarse y afectarse a sí mismo en términos de pensador, perceptor y actor de sus propias condiciones de existencia. Pues en efecto, debe vérselas con demasiados escollos que serían imposibles sin un sector relacional de lo comunitario para poder emprender líneas de escape donde cosas suceden por fuera de las tramas de la alienación.

6.2.3. Tercer mecanismo de autorreconocimiento: *yo-comunicador*

Entre las grietas que se producen al interior del dispositivo de saber-poder, los huecos de los entramados hegemónicos y la multiplicidad de flujos de relaciones superpuestas, retomamos el acto del comunicar como otra fuga, como la posibilidad de generar posiciones de enunciación en quienes nunca las han tenido: las minorías subalternas portadoras de una experiencia arduamente deslegitimada. Posicionarnos en esta curva del vector promete sujetos ávidos de comunicar y esto significa producir signos ideológicos diferentes, reformular los sentidos estancos, disputar el campo de lucha de la nomenclatura. En tanto concebimos que el signo es la arena de la lucha de clases (Voloshinov, 1929), nombrar, definir, hablar, crear es una práctica tan política e ideológica como encerrar, excluir e internar. Un agenciamiento de enunciación, individual y colectiva, es eminentemente una máquina política. Estas conciencias y cuerpos individuales buscarán un signo que las ancle en un escenario de posibles

referentes identitarios, donde compartan la caracterización como grupo desposeído de mecanismos de producción y creación, pero siendo parte de un entramado de habitantes de un mundo más general. Aquí se constata el hecho que, “como la lengua, la cultura ofrece al individuo un horizonte de posibilidades latentes, una jaula flexible e invisible para ejercer dentro de ella la propia libertad condicionada” (Ginzburg, 2016: 18). Son estas estrategias de lo posible, casi espontaneas, más o menos organizadas, paradójicamente, en tanto ensayos y devenires continuos, aquellas que plantean mecanismos de autorreconomiento que le permitan a los padecientes mentales reconocerse y subjetivarse como sujetos de la comunicación.

A partir del análisis realizado detectamos tres mecanismos que se relacionan con la comunicación y la modelación de la identidad. Pensados como un movimiento de círculos concéntricos, el primer mecanismo se inscribe en la esfera central y remite a la construcción de espacios internos de comunicación y de las herramientas necesarias para llevar adelante tales espacios. Nuevamente, los lazos que buscan ser recompuestos en la vinculación social, empiezan a fortalecerse ya en estos intersticios habilitados por el ámbito de lo comunitario, en el reconocimiento, el debate y la acción con los cercanos. A este respecto, en los testimonios de los entrevistados destacamos las siguiente prácticas: a) “La primera reunión vamos a ser vos y yo, y ese va a ser el grupo de apoyo mutuo [...] Si no va nadie, el grupo de apoyo mutuo tuvo su reunión” (E1); b) “Tienen reuniones convivenciales en las que conversan quién va a hacer cada cosa, quién cocina, quién lava los platos, quien sacar la basura. Tienen que repartirse tareas entre los que están y rotarse, [para] que no sea siempre el mismo” (E4); c) “[Incentivamos] esto de lo participativo, de los usuarios, de la circulación permanente de la voz, de la palabra, de la toma de decisiones” (E5); d) “Que todos puedan hacer uso de la palabra, que se escuchen, transmitir el dispositivo assembleario para los nuevos integrantes y que se vayan acomodando al grupo siendo escuchados en una charla ordenada donde puedan tomar decisiones, por consenso o mayoría” (E8); y e) “El temario se arma en el momento y salen cuestiones ligadas a lo que les pasaba en el hospital, cuestiones ligadas al emprendimiento” (E9).

El segundo círculo del esquema de mecanismos de autorreconomiento está relacionado con el proceso de producción comunicativa que se genere a partir de dichos encuentros o espacios internos, entendiendo que allí se materializa un colectivo de subjetividades y una diversidad de prácticas orientadas –muchas veces– a crear un

producto informativo que busca ser difundido socialmente. Entendemos que las formas de trabajar y concebir sus propias producciones hablan de curvas de subjetivación activas. Algunas reflexiones y experiencias de los entrevistados permiten ilustrar este mecanismo: a) “Desde el punto de vista de la comunicación, hay un receptor y eso es lo que te cambia; lo que diferencia este taller de cualquier otro es que hay un receptor afuera” (E5); b) “Los videítos que están ahora en la página [en referencia a las redes sociales de la organización] los hicieron ellos” (E9); y c) “Era un debate inacabable qué seleccionar de la ley para que sea precisa, contundente, poca información, con impacto. Era demasiado. [...] Va a haber folletos para usuarios y va a haber folletos para profesionales” (E8).

El último mecanismo de autorreconocimiento de los sujetos como comunicadores, finalmente, corresponde al tercer círculo del esquema postulado y se relaciona con el afuera, el exterior, la comunidad. Comprende aquellas prácticas que se sostienen en los discursos producidos y disputados en las anteriores instancias comunicativas, y, asimismo, logran intervenir en espacios de circulación externos, sean informales como la calle, o formales como facultades o ámbitos institucionales. Las siguientes experiencias rescatadas de los testimonios analizados ejemplifican este tipo de prácticas: a) “La feria abre durante la semana y después, dos sábados al mes todo el día. Siempre tiene algún espectáculo artístico, se instaló como evento cultural en la Ciudad y como promoción de la salud mental” (E9); b) “Sale en una radio comunitaria y se escucha por fuera [en referencia al trabajo realizado en un taller]” (E5). En este mismo sentido, finalizamos el apartado con el siguiente testimonio:

Con la Unidad de Letrados hacen charlas, con el Órgano de Revisión han ido también a participar de algunas reuniones, el Ministerio Público Fiscal y el Ministerio Público de la Defensa han hecho distintas jornadas en donde ellos también han participado. A una cátedra de Psicología van todos los cuatrimestres a charlas. Estuvieron ahora en el Encuentro Latinoamericano (E8).

6.3. Reflexiones en torno a la conformación identitaria

Ante el imperativo de la dominación y del cuidado de sí extremo, que olvida la cara ética de la moneda respecto de la problemática de la salud mental, una de las prácticas de subjetivación más importantes que se podrían llevar a cabo creemos que reside en la formación de grupos que subviertan la lógica del sometimiento de las

instituciones totalitarias. Lo colectivo, en estos casos, se expresa como aquel nivel en el que acontecen ciertos eventos y emerge una nueva lógica que irrumpe con lo establecido. La producción de lo colectivo, en ocasiones, habilita dinámicas instituyentes y constituyentes, las cuales permiten fugarse hacia otros umbrales, trazar líneas que atraviesen nuevas intensidades y gradientes: una cuestión de devenires. Un grupo, por lo tanto, brinda condiciones de posibilidad para poder hacer algo con aquello que (nos) pasa. En el estudio sociológico del estigma, el interés se centra, por lo general, en el tipo de vida colectiva que llevan quienes pertenecen a una categoría particular, y, como señala Goffman (1963: 34), “en el límite del deseo de unirse están los que fueron enfermos mentales”. A menudo estas organizaciones son la suma de años y esfuerzos operativizados por personas y grupos situados en diversas posiciones.

En la conformación de las posiciones y los capitales simbólicos, una cadena de individualidades se va uniendo para conformar creativamente su nombre, elementos, lógicas trans-individuales que componen una diferencia que des-compone la fijeza de lo dado, y, así, rompe y resignifica los procesos de estigmatización que atravesaban esas individualidades. En este sentido, una estrategia identitaria puede referirse a la identidad como un medio para alcanzar un fin, maniobrando recursos identitarios disponibles para construir dichas estrategias en una determinada situación social (Cuche, 1996). Creemos que la conformación de un colectivo es una forma de estrategia identitaria que juega una doble fuga. Por un lado, se reconstruyen lazos sociales en un mundo donde se cree que han sido quebrados para siempre y entre quienes ya fueron excluidos de todo lazo social. Por otro lado, un grupo es una fuente rica de acompañamiento afectivo, un agenciamiento entre cuerpos que se afectan y son afectados, en los cuales la grupalidad se comporta positivamente, viabilizando un campo de debates, dudas, preguntas, resonancias, que abren la posibilidad de componer *afirmaciones identitarias* que se enfrenten con ese “afuera” social, comúnmente, estigmatizante.

En el juego identitario hay un juego declarado de poder y es por ello que “las identidades se construyen a través de la diferencia, no al margen de ella” (Hall, 2003: 18). Basados en una exclusión, cuando algo amenaza, se establecen jerarquías violentas en dos polos. Así, la identidad solo puede constituirse a través de “la relación con el Otro, la relación con lo que él no es, con lo que justamente le falta, con lo que se ha denominado su *afuera constitutivo*” (Hall, 18: 2003). En ese marco, utilizamos el término de identidad para referirnos al punto de encuentro, al “entre”, a aquella sutura

entre discursos y prácticas que intentan interpelarnos y ponernos en nuestro lugar como sujetos sociales de discursos particulares y deseos singulares. Así, “las identidades son puntos de adhesión temporaria a las posiciones subjetivas que nos construyen las practicas discursivas” (Hall, 2003: 20).

Las identidades requieren de estrategias específicas referidas al uso de los recursos de momentos históricos e institucionales, de la lengua y la cultura en proceso. No se asienta en preguntas esencialistas como *quienes somos, a donde vamos, de dónde venimos*, sino en aquello que podríamos convertirnos, en las condiciones de representación propia (Hall, 2003). En términos foucaultianos-deleuzianos, la pregunta que lo colectivo remite al problema relativo a qué soy, qué sé, qué puedo: la cuestión estriba en cómo hacer “algo” con la contingencia que nos hizo ser lo que somos. En este sentido, una estrategia identitaria puede referirse, como hemos dicho, a la identidad como un medio para alcanzar un fin y, viceversa, maniobrando recursos identitarios disponibles para construir dichas estrategias en una determinada situación social, a sabiendas de que no todos disponen de intereses libres para realizar dicha identidad (Cuche, 1996). Así, la lucha por la autenticidad, siempre imposible, la batalla por el reconocimiento, siempre en construcción, no es sino un proceso individual y colectivo de definiciones, movimientos y creaciones. A fin de cuentas, la tarea reside en elaborar agenciamientos colectivos: territorios existenciales donde la producción de una identidad esboce rasgos de cierta legitimidad y legibilidad (Ortiz, 1998). Las técnicas del yo y los mecanismos de subjetivación que examinamos en este capítulo, agenciadas entre lo individual y colectivo, son aquello que nos permite pensar en las condiciones históricas para componer “otro(s) mundo(s) de posibles” (Guattari, 2013). El Dispositivo de Salud Mental que analizamos en esta Tesina se bosqueja ante las potencialidades abiertas en este escenario.

7. Conclusiones

A lo largo de esta Tesina hemos analizado y descripto las resistencias y novedades generadas en el campo de la salud mental a partir de la coyuntura abierta en la Argentina por Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 (LNSM). Problematicamos el campo de salud mental retomándolo como un dispositivo en el cual opera un pasaje de viejas a nuevas lógicas de saber, poder y subjetivación. Este tema-problema fue abordado a partir del estudio de la LNSM y de prácticas y dinámicas vigentes en el campo, en función de ciertas teorías que creímos pertinentes y mediante la realización de entrevistas en profundidad a profesionales y trabajadores de distintos ámbitos del sistema la salud mental. Los enfoques teóricos movilizados para el análisis fueron dos. El primero se fundamenta en los estudios de las Ciencias de la Comunicación y atañe a una perspectiva que no reduce la comunicación a un acto de habla unidireccional, sino que la concibe en tanto semiosis social dentro de un entramado de significaciones. Esta perspectiva deja atrás la estructura fija de significante / significado y nos permite comprender la comunicación social como un proceso continuo de producción relacional del sentido social nunca suturado. El segundo enfoque refiere al entramado conceptual de la filosofía foucaultiana-deleuziana que nos permitió pensar el campo de la salud mental en términos de un dispositivo históricamente específico, operacionalizado a partir de los vectores de saber, poder y subjetivación. Dicho análisis se hizo en una coyuntura espacio-temporal caracterizada por las contingencias de un modo de vida neoliberal que produce subjetividades, malestares y, al mismo tiempo, traza las condiciones para el advenimiento siempre conflictivo de aquellas minorías que reclaman sus derechos históricamente vulnerados a los efectos de reivindicar (y transformar) las formas de ser de sí, de los otros y del mundo.

En el capítulo de cuño histórico dimos cuenta de los factores políticos, económicos, culturales, sociales y coyunturales que fueron delimitando y circunscribiendo nuestro problema en cuestión en el marco de significantes hegemónicos tales como “locura”, “encierro”, “crimen”, “psiquiatría”, etc. Allí coincidimos en el hecho que “el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas sino de los modos históricos de producción de esas ideas” (Galende, 1990: 121).

Dando cuenta del reordenamiento que las respuestas disciplinarias le han dado a las enfermedades mentales podremos acceder a la red de determinaciones que marcaron el rumbo de la salud mental (Galende, 1990).

A partir de ese recorrido histórico, anudado a la idea de un dispositivo que ilumina elementos heterogéneos de enunciación y discursos, en el capítulo dedicado al análisis del vector del saber hicimos el ejercicio de desandar los regímenes de visibilidad y enunciación que se entretajan en el dispositivo de salud mental. De esta forma, desarrollamos tres paradigmas –el de la salud reducida, el de la salud ampliada y el interdisciplinario–, describiendo sus elementos y formaciones discursivas constitutivas según la relevancia de los testimonios a fin de dar cuenta de los modos de coexistencia, vigencia y emergencia de los núcleos conflictivos. Finalmente, retomamos dos problemáticas que entendemos hacen al vector específico del saber y concentran de forma problemática la multilinealidad del dispositivo: la salud mental ampliada y la vigencia del paradigma clásico, entramados tensamente en el discurso y en la práctica patentizando una experiencia compleja de pasaje y co-implicación de paradigmas.

Posteriormente, en el capítulo dedicado a la dimensión de poder procuramos reconocer técnicas de gobierno que, actualmente, actúan en tensión. En pos de dar cuenta de la configuración del dispositivo, analizamos lógicas, procedimientos, incumbencias y mecanismos en tanto organizadores de prácticas y conductas que se encuentran en discrepancia en el espacio-tiempo abierto a partir de la Ley N° 26.657/10. Así, se detectaron tres técnicas de gobierno particulares: a) el diagnóstico, tensado por la noción de peligrosidad y riesgo; b) la internación involuntaria, entendida como un punto del proceso entre la internación y la externación; y por último, c) la intersectorialidad, entretajida entre los espacios hospitalarios de encierro y los servicios sustitutivos de residencia y externación. Entendemos que si estos últimos servicios logran implementarse y sostenerse, quebrarían finalmente el modelo de salud reducida y, en consecuencia, brindarían ciertas *condiciones históricas de realización* en función de las cuales operar un tránsito hacia un modelo de salud mental comunitaria e interdisciplinaria. En otros términos, tales prácticas constituyen la posibilidad de emergencia de un cambio transformador y radical, y por ello, habilitarían otros discursos y nuevas subjetividades a partir de la construcción de renovados marcos de referencia. En pocas palabras: si logramos más externaciones, la internación es cada vez más una excepción.

Finalmente, en el último capítulo nos permitimos abordar la construcción de la salud mental desde la perspectiva de las prácticas de subjetivación concebidas como líneas fugas micro-políticas y agenciamientos moleculares, que conllevan técnicas de sí que dialogan conflictivamente con las modulaciones hegemónicas del poder y el saber. Analizamos el vector de la subjetivación a través de tres mecanismos de autorreconocimiento de los sujetos sufrientes mentales: a) como usuarios –o no-; b) como trabajadores; y c) por último, como comunicadores, los que habilitan posiciones subjetivas de enunciación y modificación del mundo en el sector comunitario. Finalmente, reflexionamos sobre las posibilidades identitarias a partir de estas conformaciones tanto individuales como grupales.

Antes de concluir, queremos dar cuenta de una serie de temáticas que quedaron fuera del trabajo realizado, ya sea por su extensión, complejidad o porque hubiesen requerido de una cartografía mucho más amplia. Primero y principal, creemos que la exclusión, el estigma, el rechazo, la discriminación de los sufrientes mentales, en otras palabras, la cuestión de la salud mental invisibilizada, es una de las grandes deudas en la materia y demandan un trabajo comunicacional específico. La falta de concientización y conocimiento por parte de la sociedad conforma un horizonte de sentido común anclado al binomio loco-peligroso, y este desconocimiento genera tanto miedo como discriminación. Esta exclusión se encuentra con rasgos sociales más amplios que no solo configuran padecimientos para los sufrientes de salud mental: el loco-peligroso (Murillo, 2011). Esta figura amenazadora, supuestamente amparada por el Estado, viene a reflejarse ante aquella otredad llamada “clase media” conformadora y portadora del discurso de la inseguridad. “En esa clave la gubernamentalidad neoliberal es más que un modelo macroeconómico, es un efectivo gobierno de los sujetos que corroe los lazos solidarios desde nuestro interior” (Murillo, 2011: 106). El modo de vida que el neoliberalismo construye a partir de sus fábricas globales de subjetividades, formula una cultura del malestar que tiende a des-sensibilizar, des-valorizar y, en última instancia, a resquebrajar los resortes de empatía afectiva y sensibilidad compartida (Berardi, 2017). Así se funda un mecanismo racista, clasista y patriarcal profundo, cuya temporalidad de largo alcance toca las propias fibras de la misma condición humana y destruye las posibilidades de reconstrucción de los lazos éticos y culturales de una comunidad. Tales lazos conforman los procesos fundantes de los vínculos solidarios y empáticos. Esta producción de sentido social, resulta en una condensada y singular

construcción de los sujetos con padecimiento psíquico, por lo cual termina teniendo consecuencias prácticas en el devenir terapéutico, social y jurídico de los sujetos que son objeto de intervenciones (Faraone y Valero, 2013a).

Por otro lado, ubicamos que las nociones de riesgo hoy en día se encuentran en un proceso de ampliación que administra y sobre-determina al conjunto de la sociedad, anclándose en prácticas tales como la medicalización de la vida, la customización, el mercado, el consumo, la farmacracia, el neuromarketing, etc. “Los hospitales psiquiátricos de nuestra sociedad no se mantienen porque supervisores, médicos y asistente necesiten ocupaciones: se mantienen porque hay un mercado para ellos” (Goffman, 1961: 376). Vivimos en un momento de claro interés por parte del sistema capitalista de producir y gobernar sujetos consumidores. La lógica de acumulación y (plus)valorización del Capital organiza a los agentes individuales y a los actores colectivos a partir de segmentaciones mercadotécnicas que disciplinan el deseo y controlan los afectos. Estos últimos equipamientos tienden a vehicular procedimientos de precarización existencial y vulnerabilización. La aceleración de la mercadotécnica propia del neoliberalismo contemporáneo tiende a producir subjetividades consumidoras virtualmente enfermas (Sibilia, 2005). En ese marco, insistimos en la importancia de los discursos de la medicalización de la vida, en las tecnologías de la farmacracia y la customización, en tanto formas de gubernamentalidad propias de un capitalismo neoliberal que produce cada vez más malestar. Es ese sentido que, en la actualidad, todos los procesos vitales que acontecen a un cuerpo concreto (nacimiento, envejecimiento, sexualidad, tristeza, infelicidad, deseo y muerte), están siendo sometidos a medicación y entroncados en una lógica de padecimiento y sufrimiento amplificada a la totalidad del cuerpo social (Pundik, 2011).

Por último, nos gustaría dejar asentadas algunas palabras referidas a las cuestiones ligadas a las problemáticas de género y sus amplias incumbencias en el campo social en general y en la salud mental en particular. La pregunta por la producción de diferentes procesos de subjetivación que se despliegan e interfieren las lógicas instituidas propias de los vectores de saber y poder establecidos, es inseparable entonces del problema relativo al hecho de si ser *usuaria* del servicio de salud mental conlleva consecuencias desiguales respecto a la condición de ser *usuario* del servicio. Problematicar las posibles divergencias relativas al género en lo que atañe a tratos, atenciones y violencias, es algo que el contexto social y la historia de los derechos

vulnerados reclama urgentemente. Es por eso que nuestros interrogantes, en próximas indagaciones, no podrían escindirse de una pregunta radical que gravite alrededor de la opresión y dominación cis-hetero-patriarcal ejercida sobre los cuerpos individuales y colectivos hacia el interior del Dispositivo de Salud Mental en la Argentina actual.

Afirmamos, sin embargo, que pese a que estas temáticas no pudieron ser desarrolladas en el presente trabajo, sí se estableció un primer acercamiento, análisis y desarrollo del Dispositivo de Salud Mental, más aún, teniendo en cuenta la vacancia en el campo de las Ciencias de la Comunicación de preguntas por la locura, el sistema de salud mental, los sujetos sufrientes, las posibilidades identitarias por fuera de las estructuras y discursos que las reproducen, etc. El enfoque de las ciencias sociales y la conceptualización del tema en clave foucaultiana-deleuziana permiten una indagación inicial por aquello que aparece como establecido y naturalizado en primera instancia. Esto no quita que otras claves de lectura puedan ser esclarecedoras, aquí elegimos esta combinación por su potencialidad para desplegar un fenómeno multidimensional, como el de la salud mental, y no relativizar ni minimizar la complejidad que lo caracteriza.

Con esto, entendemos este trabajo como un primer aporte, desde las Ciencias de la Comunicación a la temática de la salud mental, en un sentido amplio, y del Dispositivo de Salud Mental, en un sentido más específico. Se asienta así una sistematización del dispositivo que nos permite acercarnos a su funcionamiento actual y posicionarnos en puntos del entramado para expandirnos hacia otras problemáticas (género, representación social, neuromarketing, farmacracia, etc.) o desarrollar elementos ya presentados (el diagnóstico, la internación, el estigma, etc.). También, se puede entender como una etapa teórico-práctica previa y obligada, antes de seguir multi-complejizando el campo de la salud mental con nuevas dimensiones del problema, o con la profundización de alguna característica, que juegan como una órbita más en la sobredeterminación del dispositivo.

En resumen, el propósito de la Tesina fue abordar el problema de la salud mental en Argentina a partir del nuevo escenario configurado por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, al considerar las tensiones, resistencias y novedades del campo como un dispositivo complejo en el cual coexisten antiguas y nuevas lógicas de saber, poder y subjetivación. De esta forma, pudimos comprender que estamos ante un nuevo campo de discusiones y prácticas en donde coexisten paradigmas en conflicto: (i) El

paradigma de salud reducida; caracterizado por la jerarquía y la fijación de sentidos, el encierro de las personas, la tendencia tutelar e infantizadora, el uso de la medicación como primer recurso y el control y la vigilancia de los cuerpos. (ii) El *paradigma de la salud ampliada*, en donde encontramos una perspectiva de derechos humanos, que concibe al padecimiento como término que prima ante el trastorno, ya que considera el curso variante de la enfermedad, logrando así un discurso y una práctica de la salud mental que no se sutura en categorías previas y cerradas. (iii) El *paradigma interdisciplinario* –complementario, superador y sintetizador de los dos anteriores– se caracteriza por el abordaje y la integración multi-dimensional de enfoques, causas y problemáticas para la atención cuidada de los sujetos sufrientes mentales.

La complejidad que trae aparejada esta situación también nos da algunas pistas de cómo pensar críticamente la salud mental y realizar propuestas de intervención en la práctica, bregando siempre por el cuidado subjetivo del otro, por la reducción de daños y el sufrimiento ajeno y por el intento de habitar de una mejor forma el mundo. En este sentido, es imperativo no olvidar la multi-complejidad que caracteriza al campo, tanto en las causas como en las consecuencias de los problemas que acarrea. Esto nos permitirá posicionarnos cada quien desde su ciencia, formación y/o habilidades para realizar un aporte de calidad que vele siempre por la implementación de un modelo comunitario de atención en la salud mental. Esto nos recuerda al otro gran problema, que es la coexistencia de paradigmas que nombrábamos: no podemos olvidar jamás que en estos regímenes de verdad, hay sujetos, hay personas, que sufren o ya han perdido su vida allí. También hay personas que trabajan y emprenden una lucha, mucha veces militante, por el pasaje final de una visión que se plasme efectivamente en la práctica. Es en este sentido que hay que ser minuciosos y saber escuchar, para ofrecer propuestas superadoras entendiendo el contexto en el cual se insertan, y entendiendo, que este contexto debe ser modificado.

En este sentido, también concluimos que una de las grandes falencias del momento actual es que el discurso no se condice con la práctica en la mayoría de los casos. Lo vemos en las problemáticas que destacamos ante las técnicas de gobierno del otro y el vector de poder: el efecto “open door” o puerta giratoria y el riesgo de endogamia de los dispositivos. Ante esto, sabemos que hay dos factores de cambio cuasi indiscutibles: la formación de los profesionales que pueden liderar transformaciones el día de mañana y el tiempo que conllevan estas transformaciones. Con respecto al primer

factor, una formación dedicada a lo comunitario y lo social, que no pierda la rigurosidad crítica ni el rigor académico es uno de los caminos que los propios entrevistados han nombrado como indispensables. Las ciencias, en general, acarrearán una deuda humana de años de violencia sistematizada e institucionalizada promovida por la violación de los Derechos Humanos y la privación de libertades. Para saldarla, es necesaria la complementariedad tanto de teorías que tengan al sufrimiento de las personas como principal objetivo y la práctica en los territorios, que de forma rigurosa recoja la voz de los protagonistas y la experiencia en el tiempo-espacio de los emplazamientos. Con respecto al segundo factor –el tiempo– no podemos hacer mucho más, más que dejar de perderlo.

Pues bien, ahora que llegamos hasta aquí y hemos aprendido esto, es necesario reparar en algunas tareas inmediatas que la Comunicación, como ciencia habilitadora de herramientas teórico-prácticas, y la comunicación, como capacidad humana, pueden empezar a realizar y llevar a cabo, ya que ambas, tienen la condición de pensar y accionar siempre desde el sujeto y para el sujeto. En este sentido, comprendimos los mecanismos de subjetivación como modos de lucha en tanto posibilitan reconocimiento, reposicionamiento y resistencia por parte de los sujetos usuarios del sistema de la salud mental, y en última e ideal instancia, posibilitan también la creación colectiva de un referente identitario para los sujetos de la salud mental. Esto suena en abstracto solo si queda en la mera reflexión, pero conociendo los territorios es posible detectar tareas concretas que desde la comunicación –que en principio parecería tan alejada de la salud mental–, se pueden llevar a cabo. Enumeramos a continuación algunas posibilidades: (i) Trabajar profundamente en la transformación del horizonte de sentido social, en términos de modificar el estigma que arraiga la locura y los significantes que conlleva, como el de peligrosidad. (ii) Colocar el tema en la agenda mediática de forma responsable, informada y formada, y no como espectáculo de la violencia y la otredad. (iii) Crear y/o aportar a espacios comunitarios que promuevan y estimulen nuevos/otros posicionamientos subjetivos e identidades colectivas y promuevan la voluntad de los usuarios y las condiciones de posibilidad para configurar un lugar participativo y activo. (iv) Articular espacios y armar red de otros ya existentes que puedan resolver problemáticas rápidamente antes de que se profundicen: dispositivos de inserción laboral, de resocialización, etc. (v) Construcción de espacios internos de comunicación que brinde las herramientas necesarias para llevarlos adelante y permitan la formación

de grupos donde se reconstruyen lazos sociales y sea fuente rica de acompañamiento afectivo. (vi) Formación y acercamiento a profesionales de la salud mental en materia de comunicación: deconstruyendo noticias, armando talleres y cursos, etc.

Finalmente, el trabajo pretende alentar e incomodar con inquietudes aún vigentes sobre un tema que lentamente fue ganando terreno y visibilidad, pero que aún necesita de más herramientas. La historia nos brinda aprendizajes de experiencias ricas para pensar otras, da cuenta de la necesidad de intervención de una multiplicidad de ciencias y de un escenario que presenta entramados dispuestos a respuestas alternativas. Es necesario superar el modelo hospitalocéntrico y pasar a conformar un modelo comunitario, donde la sociedad se sienta implicada y responsable. La salud mental debe ser una temática urgente de la sociedad en general.

8. Bibliografía

- Abraham, J. (2010). Pharmaceutization of society in context: Theoretical, empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4): 603-622.
- Adamovsky, E. (2012). Introducción. *Historia de las clases populares en la Argentina*. (pp. 11-17). Buenos Aires: Sudamericana.
- Bajtín, M. (1987). Introducción. Planteamiento del problema. En *La cultura popular en la Edad Media y el Renacimiento*. (pp.7-58). Madrid: Alianza.
- Balzano, S. (2008). Si hay libertad todo lo demás sobra. Reflexiones sobre las instituciones en una colonia psiquiátrica argentina. *Gazeta de Antropología* N° 24/4. Artículo 49. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G24_49Silvia_Balzano.html
- Basaglia, F. (1999). La institucionalización psiquiátrica de la violencia. En *Razón, locura y sociedad*. (pp. 15-34) México: Siglo Veintiuno Editores
- Benveniste, E. (2008) [1977]. El aparato formal de la enunciación. En: *Problemas de Lingüística General*, Tomo II, capítulo V. (pp. 82-91). México: Siglo XXI editores.
- Best, B. (1997). Over-the-counter-culture. En Steve Redhead (ed.), *The Clubcultures reader. Readings in Popular Culture Studies*. London: Blackwell Publishers. (Traducción de Federico Álvarez Gandolfi y edición de Dra. Libertad Borda.)
- Biachi, E. (2012). El problema del riesgo. Notas para una reflexión sobre los aportes surgidos de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental. *Espacios nueva serie* N° 7. Estudios de Biopolítica. UNPA.
- Bianchi, E. (2014). Biopolítica: Foucault y después. Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea. *Astrolabio, Nueva Época* N°13
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología Conocimiento y Sociedad*. Forthcoming 2018.
- Berardi, F. (2017). *Fenomenología del fin. Sensibilidad y mutación conectiva*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Bourdieu, P. (1984). El Mercado lingüístico. En *Sociología y Cultura*. (pp. 145-158). México: Grijalbo, 1990.
- Bourdieu, P. (1987). El espacio social y poder simbólico. En *Cosas dichas*. (pp. 127-138). Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, P. (2000). Los usos del pueblo. En *Cosas dichas*. (pp. 152-157). Barcelona: Gedisa.

Butler, J. (1990). *El género en disputa*, México: Paidós.

Carpintero, E. (Comp.). (2011). *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Topia.

Castro, E. (2018). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS]. (17/11/17). “Ley de salud mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de dd.hh”. *Centro de Estudios Legales y Sociales*, 17 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* (18): 209-232.

Contexto. (3/08/16). “Macri contra la salud mental: ‘Es un retroceso muy grande para los derechos humanos’”. *Contexto*, 3 de agosto de 2016. Disponible en: <https://www.diariocontexto.com.ar/2016/08/03/macri-contra-la-salud-mental-es-un-retroceso-muy-grande-para-los-derechos-humanos/>

Contursi, M. E. (2004). “Estudios de la comunicación directa: perspectivas disciplinarias”. Buenos Aires, Documento de Cátedra Martini, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

Contursi, M. E. y Ferro, F. (1999). “Mediación, inteligibilidad y cultura”. Buenos Aires, Documento de la Cátedra Martini, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

Cuche, D. (1996). Cultura e identidad. En *La noción de cultura en las ciencias sociales*. (pp. 107-123). Buenos Aires: Nueva Visión.

De Certeau, M. (1996). “Introducción”, “Culturas populares” y “Valerse de: usos y prácticas”. *La invención de lo cotidiano. I. Artes de hacer*. (pp. XLI-XLVIII, pp. 17-34, pp. 35-70). México: Universidad Iberoamericana.

Decreto N° 312/10. Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, Buenos Aires, Argentina, 2 de marzo de 2010.

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En *Michel Foucault, filósofo*. (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.

Deleuze, G. (2002) [1995]. Post-scriptum sobre las sociedades de control. En *Conversaciones*. (pp. 195-201) Madrid: Editora Nacional.

Deleuze, G. (2008) [1987]. *Foucault*. Buenos Aires: Paidós Studio.

Domínguez Lostaló, J. C. (1995). *Vulnerabilidad*. La Plata: Mimeo.

El Ojo Digital, (30/08/17). “Felipe Solá exigió derogar la Ley de Salud mental promulgada por el kirchnerismo”. *El Ojo Digital*, 30 de agosto de 2017. Disponible en: <http://www.elojodigital.com/contenido/16528-felipe-sol-exigi-derogar-la-ley-de-salud-mental-promulgada-por-el-kirchnerismo>

Faraone, S.; Valero, A y otros (2009). Sufrimiento psíquico, subjetividades e Instituciones Totales. Una experiencia de transformación institucional. VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR (RAM) “Diversidad y Poder en América Latina”. Buenos Aires.

Faraone, S. y Valero, A. (coord.) (2013a). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Faraone, S. (2013b). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad. Universidad Nacional de Lanús*. N°3. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>

Ford, A. (1994). Los medios. Trafico y accidentes trasdisciplinarios. En *Navegaciones. Comunicación, cultura, crisis*. (pp. 127-148). Amorrortu: Buenos aires.

Ford, A. (2002). Comunicación. En Altamirano, C (Dir.): *Términos críticos de la sociología de la cultura*. (pp. 20-25) Buenos Aires: Paidós.

Foucault, M. (1977). Derecho de muerte y poder sobre la vida. En *Historia de la sexualidad. I. La voluntad del saber*. (pp. 161-194). Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (1991). Verdad y poder. En *Microfísica del poder*. (pp. 185-200). Madrid: Las Ediciones de la Piqueta. Tercera edición.

Foucault, M. (1978). *La Verdad y las Formas Jurídicas*. Barcelona, Gedisa.

Foucault, M (2010). Clase del 5 de enero de 1983. En *El gobierno de sí y de los otros*. (pp. 17-40). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (1985). El juego de Michel Foucault. En Julia Varela y Fernando Álvarez Uría (Eds.) *Saber y verdad*, (pp. 127-162). Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (2002) [1984]. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. En *Dichos y escritos III*. (pp. 157-190). Madrid: Editora Nacional.

Foucault, M. (2003a) [1970]. La locura y la sociedad. En *Dichos y escritos VI*. (pp. 77-88). Madrid: Editora Nacional.

Foucault, M. (2003b) [1982]. La hermenéutica del sujeto. En *Dichos y escritos II*. Madrid: Editora Nacional.

Foucault, M. (2003c) [1988]. *Tecnologías del yo*. Madrid: Editora Nacional.

Foucault, M. (2009) [1961]. *Historia de la locura en la época clásica I y II*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Gago, V. (2014). *La razón neoliberal, economías barrocas y pragmática popular*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. y Kraut, A. J (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- García Clanclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo.
- Ginzburg, C. (2016) [1982]. Prefacio. En *El queso y los gusanos*. (pp. 13-36). Barcelona: Muchnick.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu. 2001.
- Goffman, E. (1998) [1963] Estigma e identidad social. En *Estigma. La identidad deteriorada*. (pp. 11-55). Buenos Aires: Amorrortu,
- Gordon, C. (1991). Governmental rationality: An introduction. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. (pp. 1-52). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Gramsci, A. (1993) [1949]. "Introducción". En *La política y el Estado moderno*. Barcelona: Planeta- De Agostini.
- Guattari, F. (2013). *Líneas de fuga. Por otro mundo de posibles*. Buenos Aires: Cactus.
- Hall, S. (1977). Culture, the media and the ideological effect. En J. Curran, M. Gurevitch y J. Woollacott (eds.), *Mass Communication and Society* (pp. 315-348). Londres: Edward Arnold,.
- Hall, S. (1984). Notas sobre la deconstrucción de lo popular. En Samuels, R. (ed.): *Historia popular y teoría socialista*. (pp. 93-109). Barcelona: Crítica.
- Hall, S. (2003). Introducción. ¿Quién necesita identidad. En Hall, Stuart y du Gay, Paul (comps.) *Cuestiones de identidad cultural*. (pp. 13-39). Buenos Aires: Amorrortu.
- Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, 25 de noviembre.
- Infobae*. (5/09/18). "El Gobierno publicó el decreto que reduce la cantidad de ministerios". *Infobae*, 5 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2018/09/05/inusual-demora-de-la-publicacion-del-boletin-oficial/>
- Info Blanco Sobre Negro*. (9/05/17). "Crece la disputa entre psicólogos y psiquiatras por las jefaturas de Salud Mental en los hospitales públicos". *Info Blanco Sobre Negro*, 9 de mayo de 2017. Disponible en: <http://infoblancosobrenegro.com/noticias/16579-crece-la-disputa-entre-psicologos-y-psiquiatras-por-las-jefaturas-de-salud-mental-en-los-hospitales-publicos>

Jakobson, R. (1984). XIV. Lingüística y poética. En *Ensayos de lingüística general* (pp. 347-394). Barcelona: Ariel.

Kuhn T. (1990) [1962]. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press. Trad. Cast. La estructura de las revoluciones científicas. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Lacan, J. (1990). Clase XXI en *Seminario 3*. (pp. 372-383). Buenos Aires: Paidós.

Laclau, E. (1990). *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Laclau, E., Mouffe, G. (1987). Capítulo 3, Más allá de la positividad de lo social: antagonismo y hegemonía. En *Hegemonía y estrategia socialista*. (pp. 129-185). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999), Ley Básica de Salud, consentimiento informado, historias clínicas, VIH, HIV, SIDA, Ley N° 153. 25 de febrero.

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000), Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Ley 448. 27 de julio.

La Izquierda Diario. (26/08/16). “Macrismo y salud mental: cómo retroceder treinta años en un día”. *La Izquierda Diario*, 26 de agosto de 2016. Disponible en: <https://www.laizquierdadiario.com/Macrismo-y-salud-mental-como-retroceder-30-anos-en-un-dia>

Lareo, M. (2008). Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud. En *La inequidad en la salud: Hacia un abordaje integral* (Comps: Françoise Barten, Walter Flores y Ana Hardoy). (pp. 107-127). Buenos Aires: IIED-América Latina Publicaciones

Los primeros movimientos de reforma psiquiátrica: la psiquiatría de sector en Francia" (s/f). [Posteo en sitio web]. Estudio del psicoanálisis y psicología. Recuperado de: <http://psicopsi.com/MOVIMIENTOS-REFORMA-PSIQUIATRICA-psiquiatria-sector-Francia> (consulta: enero de 2019).

Liotard, JF. (1991). *La condición posmoderna*. Madrid. Cátedra.

Magarola, O. (2011). “Aproximaciones al fenómeno de la Comunicación Comunitaria”. Documento de la Cátedra Magarola, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

Martini, S. (1994): “La comunicación es interacción. Cuando comunicar es hacer: interaccionismo simbólico, Erving Goffman y apuestas en juego”. Documento de la Cátedra Martini, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

Mauri, D. y otros (1987). Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría*, Vol. II. N° 23.

Menéndez, E. (1992). Salud pública: sector estatal. Ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: *La crisis de la salud pública*. Reflexiones para el debate. OPS N° 540.

Ministerio de Salud. (2013). Plan nacional de Salud Mental. Disponible en: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul

Murillo, S. (2011). Estado, sociedad civil y gubernamentalidad neoliberal. *Revista de la Carrea de Sociología. Entramados y perspectivas*, 1(1): 91-108.

Murillo, S. (2012). La cultura del malestar o el gobierno a distancia de los sujetos. En *Actas electrónicas del XIV Congreso Argentino de Psicología*. “Los malestares de la época”. Salta, Argentina, 12, 13 y 14 de abril de 2012.

Organización Mundial de la Salud (1948). 37a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 7 -17 de Mayo de 1984: actas taquigráficas de las sesiones plenarias, informes de las comisiones. <http://www.who.int/iris/handle/10665/199579>

Ortiz, R. (1998). Modernidad-mundo e identidad. En *Otro territorio*. (pp. 43-68). Bogotá: Convenio Andrés Bello.

Página/12. (2/08/16). “Un golpe a la ley de Salud Mental”. *Página/12*, 2 de agosto de 2016. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-305777-2016-08-02.html>

Poder Ejecutivo Nacional (1983). Salud pública, Ley 22.914. 15 de septiembre.

Pundik, J. (2011). El DSM: la biblia del totalitarismo. Los orígenes del DSM-IV. En: Enrique Carpintero, *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*. (pp. 51-74). Buenos Aires: Topia.

Rosendo, E. (2013). Reformas en salud mental. Contexto sociopolítico y movimientos sociales y profesionales en torno a la aplicación de la Ley de Salud Mental de Santa Fe 10.772/1991. En: Silvia Faraone y Ana Valero (Eds.) *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. (pp. 37-52). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Rosenhan, D. (1982). Acerca de estar sano en un medio enfermo. En P. Watzlawick, *La realidad inventada*. (pp. 99-119). Barcelona: Gedisa

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La Experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia.

Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México: Editorial Pax.

Segato, R. L. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso (2008), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ley 26.378. 21 de mayo.

Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires (2011), Ley 14.263. 13 de abril.

Sibilia, P. (2005). *El hombre postorgánico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Taylor, S.J., Borgan, J. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Tisera, A. y otros. (2016). Salud mental y desinstitucionalización en los procesos de externación. En *Intervenciones en psicología social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. (pp. 291-312). Buenos Aires: Teseo.

Tisera, A. Lohigorry, J. (2016). Presentación. En *Intervenciones en psicología social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. (pp. 269-272). Buenos Aires: Teseo.

Valles, Miguel S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Verón, E. (2004). *Fragmentos de un tejido*. Barcelona: Gedisa.

Vezzetti, H. (1985). *La Locura en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

Vezzetti, H. (2006). "El desmanicomializador de Lanús". Nota: Página 12.

Visacovski, E (2003). Pensar El Lanús, pensar la Argentina. *Psicoanálisis APdeBA* - Vol. XXV - N° 2/3

Voloshinov, V. (1929). El estudio de las ideologías y la filosofía del lenguaje. En *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. (pp. 31-40). Madrid: Alianza.

Williams, R. (1988). Dominante, residual y emergente. En *Marxismo y Literatura*. (pp. 143-158). Barcelona: Ediciones Península.

Zaldúa, G. otros (2016). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. En *Intervenciones en psicología social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. (pp. 273-290). Buenos Aires: Teseo.

9. Anexos

9.1. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10

SALUD PÚBLICA, Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo

de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

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

Capítulo III

Ambito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
NORMATIVISTA!!!!!!!!!!!!!!
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.
TrabajOOOOOO!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Capítulo V

Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e

intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los

trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII

Internaciones

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la

persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la

internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y

solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios

expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de

procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organismo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo,

tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Organo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

9.2. Guía de pautas de las entrevistas

1. ¿Cuál es tu profesión? ¿Qué tipo de trabajo realizás en relación al sistema de salud mental y sus usuarios? ¿Hace cuánto que trabajas en este campo?
2. Cuando se sancionó la Ley, en el año 2010, ¿Qué recordás del momento de emergencia y disputa por la Ley? ¿Cómo se vivió ese proceso en tu ámbito de desempeño?
3. ¿Qué opinión te merece la Ley 26.657? ¿Qué creés que representa o significa para el campo de la Salud Mental en Argentina? ¿Considerás que la Ley amplió los derechos de los usuarios del sistema de Salud Mental argentino?
4. ¿Considerás que la Ley puede pensarse como un momento bisagra, el cual instauró un antes y un después en el campo y sus prácticas? En caso de ser afirmativo, ¿qué cambios creés que la Ley introdujo en el sistema de Salud Mental?
5. ¿Creés que actualmente el tema y la problemática de la Salud Mental genera un interés social? ¿Te parece que la Ley generó mayor visibilización de la Salud Mental? ¿De qué modo creés que la Ley influye en relación al conocimiento del tema en la sociedad?
6. ¿Cuáles considerás que son los principales problemas que afectan al campo de la salud mental? ¿De qué modo creés que se podrían resolver estos problemas o transformar la situación a la que refiere?
7. Tanto para los profesionales como para los usuarios ¿Creés que marca alguna diferencia en el uso de palabras como padecimiento o sufrimiento mental, por un lado y trastorno, enfermos mentales, etc. por el otro o los nuevos sentidos de discapacidad, etc?
8. ¿Qué influencia tiene el DSM V para las prácticas en Salud Mental?
9. ¿Te parece que hoy en día se puede hablar de un trato diferente hacia los usuarios? Por ejemplo, en la atención primaria o los momentos agudos de los usuarios.
10. ¿Cuánto del discurso médico hegemónico sigue siendo hegemónico? ¿Creés que los usuarios hacen uso del discurso médico de alguna forma?

11. Con respecto al uso de la medicación ¿Te parece que hay un desarrollo en terapéuticas o caminos alternativos a la medicación/sobremedicación? ¿Se le da lugar a otras terapéuticas?
12. ¿Qué opinión te merece el Artículo 7º, Inciso N? (“padecimiento mental no sea considerado inmodificable”)
13. ¿Cuál sentís que es tu rol en el campo de la Salud Mental? ¿Te sentís un trabajador de la salud mental, un militante, etc.? ¿Cómo definirías el lugar que ocupás?
14. ¿Cómo se llevan las áreas que forma parten del trabajo interdisciplinario? ¿Cuál es el lugar / rol que ocupa cada profesional, entre ellos, quienes trabajan desde las ciencias sociales? ¿Cuáles son las dinámicas de trabajo y los desafíos que ello implica?
15. ¿Qué dispositivos te parece que son los apropiados hoy en día en cuanto a la internación o externación de los pacientes?
16. ¿Cuál es tu opinión con respecto a otro tipo de espacios como talleres, cursos, etc.? ¿Son terapéuticos, liberadores, paliativos?
17. ¿Creés que la normativa permitió o impulsó la reflexión y construcción de nuevos espacios, sean dispositivos, espacios terapéuticos, talleres, etc.?
18. ¿Qué significa la idea de “riesgo cierto e inminente”, teniendo en cuenta las diferencias con la idea de “peligrosidad? ¿Qué implica para los sufrientes mentales y para la sociedad en general?
19. ¿En qué situaciones te parece que una persona es vedada de su libertad? ¿Se respeta la ley para que nadie atente hacia la libertad de los usuarios?
20. El alta, la externación y las salidas dependen del nivel de RCI ¿Cómo se mide? ¿Cuáles son los criterios? ¿Han cambiado? ¿Cómo eran antes?
21. ¿Cuáles son los principales motivos que llevan a las personas a internarse o ser internadas?

22. ¿Qué estrategias, técnicas o prácticas se utilizan para la externación e internación? ¿Cuáles se han profundizado y cuáles renovado?
23. ¿Podrías brindar una definición de los usuarios del sistema de salud mental teniendo en cuenta el dispositivo específico en que ejerces tu trabajo? ¿Creés que son reconocidos como sujetos de derecho en la práctica profesional?
24. ¿Te parece que los usuarios de Salud Mental conocen la Ley y sus derechos? ¿Creés que ellos se auto reconocen como sujetos de derecho? ¿Cómo creés que el usuario de salud mental se auto percibe? En otras palabras ¿Qué te parece que creen de ellos mismos?
25. Desde tu punto de vista como profesional y trabajador de la salud mental ¿Qué tipo de usuario te parece que conciben las prácticas institucionales establecidas y qué opinión te merece?
26. ¿Te parece que los usuarios quieren conocer y dar a conocer sus identidades y sus historias? ¿Podés identificar modos a través de los cuales ensayen esto?
27. ¿Creés que la locura es una experiencia de modificación de sus propias identidades? ¿Te parece que puede la locura ser para un usuario de salud mental un referente identitario? (Así como para algunos es su trabajo, otro su género, etc.)
28. ¿Te parece que el diagnóstico puede funcionar como un modo de discriminación o segregación por parte de ciertos profesionales?
29. ¿Te parece que para el usuario, el diagnóstico funciona como una etiqueta o que constituye de alguna forma en parte a su identidad? ¿Qué creés que signifique o sienta un usuario cuando le dan un diagnóstico (alivio, desesperación, discriminación, etc.)?
30. ¿Te parece que los usuarios son acompañados por sus familiares y afectos durante los procesos ambulatorios o de internación? Por otro lado, una vez comenzado el proceso ¿se suelen formar lazos o grupos entre los usuarios? ¿Qué te parece que es lo que habilita que esto suceda?

31. La normativa habla de toma de decisiones por parte de los usuarios y consentimiento propio ¿Te parece que esta autonomía es respetada por los profesionales? ¿Creés que es reclamada por los usuarios?

32. ¿Creés que la comunicación y la información son puntos vinculados a tu práctica y las dinámicas institucionales? ¿Qué opinión te merecen ambos puntos y su relación?

33. ¿Se utilizan los medios y tecnologías adecuadas para que los usuarios reciban la información necesaria y, en otra instancia, puedan comunicar lo necesario?

34. ¿Cuáles creés que son algunas de las preocupaciones principales de los usuarios de salud mental? ¿Comunican de alguna forma sus sueños, deseos y problemas?

9.3. Entrevistas

Entrevista 1

M: Leyendo entre antes y después veo una bisagra en algunas cuestiones. Lo que más me interesa hoy en día es pensar la posibilidad de subjetivación del usuario, del loco en salud mental. La posibilidad de hacer algo diferente de cómo lo definen, de cómo se lo piensa, y creo que la Ley abre algunos espacios para esto. Esta ley piensa un sujeto más activo, menos pasivo, que conoce sus derechos. Una de las primeras cuestiones que noto es la vacancia de los estudios sociales, en general, en Ciencias Sociales sobre el estudio de la locura ¿Qué podrías aportar a esto?

E1: Yo me preguntaría más específicamente ¿Qué buscas vos cuando buscas las relaciones entre el discurso de determinada minoría en el encuadre con la ley? En ese sentido yo puedo aportarte algo muy concreto y muy factico, que es lo siguiente: desconociendo la ley de Salud Mental en el 2013 yo público *Actuar Como Loco*, un ensayo. Y a ese ensayo le va muy bien, cuando yo me pongo a pensar por qué le va bien, entiendo y reconozco que el ensayo se publica en un contexto y tiempo determinado que, de alguna manera sin saberlo, dialoga con personas directamente vinculadas con la ley de salud mental que son los trabajadores de la Salud Mental o interesadas en ella. Yo al principio me sorprendía porque lo leía tanto la gente vinculada a la Salud Mental pero luego pude comprender que también ahí hay un proceso de transformación social y cultural.

M: La otra pregunta está relacionada con ese momento, cuando sale la Ley de Salud Mental: ¿Recuerdas cuestiones del contexto? ¿Te parece que había, hubo o hay un cambio de paradigma?

E1: Cambio de paradigma no hay, yo lo lamento en el alma pero cambio de paradigma no hay. Lo que yo si recuerdo es como me entero yo. Yo me entero por una casualidad porque 3 años después de sancionada, yo estudio y leo mucho cualquier tipo de material que vincule arte y locura, las relaciones entre el arte y la locura y hace mucho años que lo estudio. Todo el tiempo estoy buscando información, busco qué se hizo, si hay libros publicados, en qué línea están los interesados. No sé como pero fue investigando en internet que llego a la sanción de la Ley de Salud Mental. Voy a la página donde están las leyes infoleg.com y la empiezo a leer. Automáticamente me acuerdo de la sensación

física, es muy vivido, no puedo terminar de leerla de la emoción que me provoca. Y lo primero que hago es contactarme con el autor de la ley, Leonardo Gorbacz, le llevo de obsequio *Actuar Como Loco*. Me da una ley impresa y la leo. Y cuando llego al Artículo 7, que es el que describe esto que estás investigando, me agarra una emoción muy fuerte. Sobre todo por uno de los incisos en los que dice “ningún padecimiento mental puede ser considerado irreversible”. Esas poquitas palabras legalizadas significaron en lo personal, profesional y en lo social una enorme transformación y un enorme alivio. El hecho de saber que la ley, siendo yo anarquista fijate que loco que es todo, agradecerle a una ley... pero lo tengo que reconocer que eso implica un empoderamiento en lo personal, no como profesional, usuario y activista. Como padre y marido implica una forma de estar en la sociedad y en la cultura, en la sociedad de Buenos Aires, más aliviado. Y saberme en menos riesgo.

M: Entonces no es un cambio de paradigma...

E1: El riesgo tiene que ver con que todavía no hay un cambio de paradigma. Yo no estoy en riesgo porque yo vaya a generar algún tipo de alboroto social y nuevamente vaya a ser internado en un neuropsiquiátrico. El riesgo pasa por otro lado. Y el cambio de paradigma es complejo, permitirme poder transitar la complejidad de tu investigación. Una cosa es un paradigma y otra cosa es una cosmovisión. Cuando yo empecé a escuchar hablar a psicólogos, sobre todo relacionados a los derechos humanos, del cambio de paradigma, yo escuchaba un enunciado, un cambio de paradigma, una enunciación, no veía algo concreto, una práctica concreta. Y tampoco, que es lo que más me preocupa, no veía una teoría detrás que sustente lo que se llamaría en ciencias “un cambio de paradigma”. Entonces estamos hablando de la psicología como ciencia, la medicina como ciencia, la enfermería como ciencia, el trabajo social como ciencia, y el derecho que creo también es una ciencia. Entonces ese conjunto de ciencias se encuadran en un paradigma que es la comprensión y la práctica biológica de la salud mental. Desde el tratamiento de la salud mental, desde un punto de vista biológico. Por más que muchos trabajadores de la salud mental enuncien que respetan los derechos humanos y hagan salud mental comunitaria, no dejan de estar en un paradigma biológico del tratamiento de la salud mental. ¿Por qué afirmo esto? Del 2010 al 2017 tuvieron siete años para hacer un cambio de paradigma ¿Que pasó hace poquito menos de un mes? Pero tratemos de mirar con ojos científicos, yo soy artista pero haré ese esfuerzo. El Poder Ejecutivo de la Nación redacta un decreto y sale en el Boletín

Oficial. Luego será evaluado por el Congreso. Uno de los puntos claves es reformar la Ley de Salud Mental en función de tratamientos con evidencia científica. Entonces que nos dice esto, siempre tomando distancia ideológica, lo que no sucedió entre el 2010 y el 2017 fue la evidencia científica del enunciado cambio de paradigma. Entonces cuando se habla de cambio de paradigma se está haciendo política, es un enunciado político. Que claro que sí, sirve y funciona para los medios de comunicación, pero no para las prácticas y los tratamientos concretos y reales. Entonces, si... el paradigma biológico, biomédico, es un paradigma la salud mental comunitaria sería el otro, pero la Salud Mental Comunitaria, mal que me pese y yo siendo parte de este territorio, todavía no tiene referencias teóricas que lo respalden. Entonces, sí hay Salud Mental Comunitaria, no la estoy negando, la estoy reconociendo críticamente. De hecho yo participo y soy fundador de un grupo de apoyo mutuo auto gestionado por usuarios y ex usuarios. Fíjate si no estoy comprometido con la salud mental comunitaria, donde varios de nosotros ya logramos discontinuar las drogas psiquiátricas. Entonces, claro que yo tengo un fuerte compromiso ético social con la comunidad de las personas locas, pero no puedo desconocer la realidad.

M: ¿Entonces estás hablando de una vacancia en ese sentido?

E1: La transformación no es de un paradigma a otro paradigma, no es cambiar la mirada científica de “A”, la psiquiatría tal cual la conocemos, a “B”, otra nueva psiquiatría, moderada y comprometida con los derechos de sus pacientes. Eso no es un cambio de paradigma. Eso es apenas atenuar los tratamientos y las prácticas y con eso no cerras ningún manicomio. Lo que se necesita hacer es cambiar el paradigma a una cosmovisión. Y si se quiere, de un paradigma científico a una transformación sociopolítica de las prácticas de las personas que trabajan en salud mental. Abrego por una cosmovisión, por una transformación, por un pasaje de un paradigma científico a un paradigma de medicinas tradicionales, a las prácticas del buen vivir. Que no las enuncian nuestros pueblos originarios: las viven. Y ahí hay una cosmovisión, entonces una forma de relacionarse con la realidad brinda un paradigma. Y en esto entra: Freud, Lacan, la Facultad de Psicología de la UBA hoy, la psiquiatría, la Salud Mental Comunitaria, Basaglia, desmanicomialización, anti psiquiatría, todo eso entra en ese paradigma... porque eso no es una cosmovisión, una transformación profunda de la realidad, de las personas. De su forma de estar en el mundo, por eso yo abrazo una

cosmovisión. Más que un cambio de paradigma. Pero no me sirve de nada hacerlo para mi solito, por eso estamos juntos ahora haciendo esto.

Por eso cuando yo hablo de personas locas, con alguna gente lo puedo hablar y a otros les tengo que decir “usuarios de los servicios de salud mental”. Porque lo entienden, porque en su universo eso es pensable y no es pensable la categoría “persona loca”. Así como en un momento, hace diez años atrás para mucha gente no era pensable que uno puede ser un varón trans o una mujer trans, y hoy si es pensable. Esperemos que dentro diez, 20 años sea pensable para el común de la población que uno puede ser persona loca o persona cuerda.

M: A nivel social, tu intuición, lo que hayas leído... ¿Te parece que empieza a haber cambios, interés, por parte de la sociedad en la temática de salud mental? Así como a través del enunciado “Ni una menos”, el tema de los femicidios de a poco se fue haciendo conociendo y reconocido y hoy es campo de lucha continuo...

E1: Si, bueno a mí me provoca mucha ansiedad. Porque yo la veo a las mujeres y digo mira qué bien, todo lo que lograron. Y los locos no lo logramos todavía... sé que hay que tener mucha paciencia. Y por ejemplo, ayer me escribían... también me provoca mucha emoción, me dan muchas ganas de llorar. Ayer me escribían de La Pampa, de una radio como la que estabas vos, así todo mal escrito que decía “discúlpeme que lo moleste con esto, yo lo admiro mucho, pero usted que escribe tan bien y dice tan bien” -todo esto escrito como le salía, ni se presentó-, era La Radio Comunitaria “Baldosa Floja” hablándome a mí. “¿Por qué no le escribe al Papa Francisco? Se lo digo con todo respeto”. ¿Y porque no le escribís vos? No, porque yo escribo mal. Escríbale usted por favor... bueno le dije, déjame pensarlo. Entonces... le escribí la carta. Se la envié para que se la envíe esa persona al Papa Francisco, no me voy a poner a enviar una carta, hacer todo el laburo yo. No, pero por favor, no puede agregar que hablamos en nombre de “los pacientes psiquiátricos” y ahí yo le dije “no”, porque no estamos hablando en nombre de los pacientes psiquiátricos. Estamos hablando a título persona y a nombre de “Baldosa Floja”. No estamos representando. Entonces eso hay que entenderlo, así como hay que entender que en Argentina a mí me han llamado de infinidad de medios de comunicación porque han sentido curiosidad por mi testimonio. Lo cual yo he tratado de siempre derivar hacia mi trabajo, que son mis espectáculos y mis libros, que es mi trabajo, para lo que yo vivo, y esto me devuelve la posibilidad de pagar mis impuestos.

Y también entiendo que uno cuando vive para el arte de alguna manera, tiene la oportunidad de alguna manera y el privilegio de ocupar un rol social como comunicador. Pero es difícil eso, yo no lo digo desde el ego. No es el ego hablando. Estoy tratando de objetivar de alguna manera el proceso social en el cual yo estoy involucrado desde el año 2013. No 2010, porque en el 2013 se publica *Actuar Como Loco*. Yo no sabía que existía la ley de salud mental. Entonces desde el 2013 a la fecha yo estoy involucrado en un proceso social, personal, cultural, político, artístico, jurídico.

M: Ya que más o menos llegaste a esto, tu rol para el campo de la salud mental, sobre todo siendo una persona que no está dentro del Hospital Psiquiátrico o que va tres veces por semana al Borda a hacer un taller ¿Cómo lo vivís, cómo sentís, qué aportas? ¿Te sentís un trabajador de la salud mental?

E1: No. Aunque mucha gente me define como un trabajador de la salud mental. El otro día en Jujuy me decían eso. Yo creo que apporto en el ámbito académico, en el ámbito de formación de profesionales de la salud mental. Creo que apporto en los medios de comunicación. La repercusión del libro hizo que FM La Tribu me dé una columna mensual y yo tengo esto hace dos años y le pusimos “la columna de teatro y derecho al delirio”. Entonces, esto también es un hecho de este proceso en el cual estoy. Matías Castro, del programa “Charco de Arena” después de leer “Actuar como loco” me lo propuso, tener una columna mensual donde se pueda hablar de locura, arte, teatro. Y yo estoy feliz, sigo conociendo gente que trata las relaciones entre el arte y la locura. Ahora bien, yo no me considero un trabajador o agente de la salud mental y esto es dramático, pero es la verdad, mi verdad, mi realidad. Porque yo no creo en la salud mental, yo no creo que haya personas sanas mentalmente -vos y yo- y personas enfermas mentalmente o personas sin padecimiento mental –vos y yo-, y personas con padecimiento mental (mis amigos del Grupo de apoyo mutuo). Yo creo en otra cosa, yo estoy en una cosmovisión, que no tiene nada que ver con el paradigma en el que estamos. Entonces, cuando yo me junto con mis compañeros del grupo de apoyo mutuo, que muchos sienten que son personas con padecimiento mental. Yo me conecto con el loco interior del otro, con la loca interior. En la vida yo siempre trato de conectarme con ese loco, esa loca que está reprimido adentro, pulsando por salir a la luz.

M: Ya que estamos con lo del grupo de apoyo mutuo ¿Cómo llegan al mismo? ¿Te escriben, te llaman?

E1: Es una cosa loca porque, nosotros en el grupo de apoyo mutuo tenemos dos grupos de WhatsApp. Es una cosa muy seria, no es joda. Uno es el de emergencias y otro el de charlas, y además tenemos las reuniones semanales, los jueves. El grupo de charlas es para el día a día, mantener viva la llama. ¿Cómo andas?... el de emergencia es una cosa más seria. Cuando un compañero o una compañera están en riesgo de internación compulsiva, si alcanza al grupo de emergencias, hemos evitado muchas veces internaciones compulsivas. En los últimos días el grupo de emergencias estuvo trabajando en una internación que parecía ser compulsiva y no. La compañera pudo... eran las tres de la mañana, pero todas y cada una de las personas que están ahí saben lo que están haciendo y el compromiso humano que implica. Entonces, el otro día en unas charlas, ahora se está viendo la posibilidad de armar un grupo de apoyo mutuo en Zona Sur, es lo que yo promuevo todo el tiempo. Soy uno de los fundadores y lo promuevo todo el tiempo. Una compañera me decía “vamos a hacer volantes”. Nosotros ya hicimos esa experiencia de primer armado de grupo. El primer grupo nació acá en “la Simón Bolívar”. No es que no lo hicimos para que todos sepan. Y yo le decía “no, no hace falta. La primer reunión vamos a ser vos y yo y ese va a ser el grupo de apoyo mutuo. Y si yo no puedo, convocamos a reunión o lo compartimos en Facebook vas vos sola esperando que vaya alguien. Si no va nadie el grupo de apoyo mutuo tuvo su reunión”, porque yo lo hice a eso, yo estuve más de una en “la Simón Bolívar” dos horas esperando a ver si alguien venía a conversar conmigo en apoyo mutuo sobre las locuras. Y me hizo muy bien, porque aunque no haya venido nadie yo estuve al servicio durante dos horas de alguien que necesite dar apoyo o recibir apoyo o ambas. Entonces eso, es una cosmovisión o técnica, o un modo una forma de abrazar la locura. Abrazar con el espíritu. Es una vía absolutamente diferente. Un grupo es una persona organizada, yo soy un grupo de apoyo mutuo, yo soy una persona organizada, con un propósito en la vida. Donde yo no me arrepiento de nada, porque esto es una decisión de la locura. Ahí es donde te hablo de una cosmovisión. Entonces, la forma de difundir... ahora tenemos un debate cómo publicamos en el grupo de apoyo mutuo y cómo publicamos. Entonces hay un compañero que el necesita que las publicaciones sean publicaciones del orden de la cordura, de la comunicación. Entonces yo estoy tratando de articular todas las locuras para que el compañero pueda quedarse tranquilo, porque no hay publicación que le venga bien, siempre hay algo que criticar. Entonces yo les decía, hoy a las tres de la mañana, “cuando logremos un consenso entre todos, yo me someto a la decisión grupal” pero hasta que no logremos, todos podemos publicar

cualquier cosa que queramos publicar. Está disponible para todo aquel que aunque sea una vez haya pasado por el grupo de apoyo mutuo. Pasa a ser administrador del grupo.

M: Yo trabajo como community manager, y una de mis grandes preguntas es cómo se comunica en redes todo aquello que no es empresa.

E1: Yo ahora lo que quiero hacer, como yo trabajo con la comunicación hace muchos años, más o menos tengo el “yeite” de la comunicación. Entonces, de lo que los quiero intentar convencer a mis compañeros es de quién es nuestro interlocutor, a quién los dirigimos. Nosotros queremos llegar, a todos los que queremos convencer, ver si los podemos convencer –son discusiones picantes estas-. Para mí los interlocutores del grupo de apoyo mutuo de la página de Facebook son: los usuarios del servicio de salud mental, los pacientes psiquiátricos, las personas con discapacidad psicosocial, los ex usuarios del servicio y una minoría chiquitita que casi no existe que son las personas locas, porque casi nadie se reconoce como loco o loca tras “los sobrevivientes del manicomio y la psiquiatría”. Estos son nuestros interlocutores. Entonces cómo nos comunicamos, como los convocamos y que les queremos decir. Los convocamos como se viene haciendo hace décadas ¿hablando mal de la psiquiatría y del manicomio? ¿Diciendo que somos anti todo? ¿Que ellos son los malos y nosotros los buenos? o ¿Nos comunicamos diciendo lo que nos pasa a nosotros, nuestras virtudes y nuestros defectos?

M: ¿Y cuál es la vía que eligen?

E1: Yo no soy anti nada, yo soy a favor de todo. A favor de lo que nos pasa y quienes somos nosotros. Yo no defino nada en mi vida, hubo un tiempo en que sí, por oposición a. Yo soy y estoy porque sí. Pero a mí no me define mi enemigo, yo no tengo enemigos.

M: Entonces, el manicomio no es el que les organiza el discurso.

E1: El manicomio es un accidente de la historia, digo para mí, yo no puedo hablar por mis compañeros y compañeras. Pero hay algo que discutimos mucho: el poder que tiene el psiquiatra. Esto se discute y por lo general el argumento que se termina consensuando es “bueno está todo bien, pero somos nosotros quienes le damos el poder al psiquiatra en el manicomio”. Es muy difícil quitarle ese poder. Son traumas muy profundos, muy antiguos y muy dolorosos. Pero el poder lo tenemos nosotros y así como se le damos

poder, le podemos quitar poder. Porque en realidad no tienen ninguna importancia. No les importamos, sino no nos hubiesen hecho lo que nos hicieron.

M: Ese ejercicio de quitarle poder, no solo de quitarlo, sino el ejercicio continuo de no volver a dárselo... cuando me hablas de grupo o discusiones, para mí son como estrategias, de formas en que los sujetos, los locos, las subjetividades salgan y puedan pensar efectivamente otra vía. Me interesa en el trabajo día a día, si hay algo más que la discusión, la comunicación que logra pensar esta otra vía. Por ejemplo, mirar películas y discutir las. Quizás es muy básico, pero desde este vacío que estamos arrancando necesito preguntar también lo obvio, por ejemplo ¿Hacen cine debate para pensar lo diferente? o ¿Salidas a la calle con banderas?

E1: Nosotros particularmente todavía no hemos tenido ese llamado, esa inquietud, ese deseo, ese sueño. Porque creo que nosotros hemos tomado muy en serio la necesidad de dar apoyo y recibir apoyo, humanamente. Independientemente de los conflictos o los pasados o las cuestiones de cada uno... es abierto. Tenemos una compañera que al principio se sentía mal porque no tenía diagnóstico psiquiátrico. Ella quería ser loca. Ella quería estar mal. Y nada, se dio cuenta que era una más, se dio cuenta de su propio locura. Y ella atravesó, está atravesando, un proceso de transformación personal maravilloso, siendo trabajadora social, bellísimo. Y creo que, si creo que, hay algo que es del orden teórico o del orden del plano del pensamiento que yo siempre digo, participo en muchos espacios públicos: encuentros, jornadas, congresos, festivales, y siempre escucho que me preguntan ¿Cómo pensar esto? y yo siempre digo primero ¿Cómo sentir? Después ¿Cómo pensar?. Y ahí volvemos a la cosmovisión: la relación entre la mente y el corazón. La palabra, la garganta. Me parece que ahí hay algo que quizás yo lo puedo comunicar por el saber artístico de estudiar continuamente cómo funciona el cuerpo de los actores y las actrices que yo sí puedo aportar. Y creo que sería importante en algún momento que alguien empiece a desarrollar algún tipo de teoría como hizo el Movimiento Feminista. Bueno, ya hay algo, hay un libro de Judith Chamberlan en Estados Unidos. Ella fue una de las primeras militantes locas en la década del 80, publicó un libro y ella define algo como el “mentalismo”, que no tenemos todavía una traducción más precisa. Pero el “mentalismo” es el análogo del racismo y el machismo. Para el machismo su objeto de discriminación son las mujeres, para el racismo las etnias y para el mentalismo las mentes neurodivergentes. Hay algo, la comunidad autista brinda algo teórico que es muy importante: la comunidad autista

para despatologizar a los compañeros y a las compañeras brinda el concepto de “neurodivergencias”. Es como “femeneidades”. Nos ayuda mucho, lo que pasa es que estamos años luz, pero hay que decirlo y está bueno que aparezca. Porque el concepto de neurodivergencia nos ayuda a pensarnos, a las personas que hemos recibido diagnóstico a que no hay nada malo en nosotros, simplemente somos neurodivergentes, no hay nada peligroso, nada malo.

M: Pienso: ¿Cómo hacer para decirlo, reclamarlo o proclamarlo sin que lo tome el DSM, o teorías neurocientíficas y te encajonan en algún lugar?

E1: Pero lo que pasa es que los que nos apropiamos de esos conceptos somos las propias personas locas, entonces no hay manera. Es obvio que me van a llamar a mí de los medios para hablar de la locura y la salud mental. Es un proceso como muy de detener, una vez que arranca... arranca, no se detiene más. Trasciende la Ley de Salud Mental.

Volviendo a las prácticas que vos decías, cualquier tipo de actividad: cine debate, radios comunitarias, proyectos artísticos, que existen donde participan personas locas, tienen que repensarse y tienen que reformarse. Porque son todos neuronormativos. No son neurodivergentes: están todos pensados desde la neuronormatividad, están todos pensados, realizados y sostenidos desde la normatividad y la cordura. Ahí es donde yo digo: hay neurodivergencia porque hay una lógica en la locura que solamente la pueden comprender las personas que han vivido la experiencia de la locura. Y esto si es ríspido y áspero porque es discutir el dolor. Los dolores más profundos porque es decirle a los compañeros “No están vencidos. Vos podes hacer algo con ese dolor que sentís”.

¿En qué sentido yo digo que tienen que pensar la posibilidad de hacer una reforma? En cualquier actividad el poder se organiza de determinada manera. Y la primera impresión es que el líder es quien tiene el poder. Quienes ocupamos roles de liderazgo, de coordinación o de poder tenemos un compromiso ético con pensar como ejercemos el poder o el liderazgo. Entonces, las personas que están vinculadas a la salud mental y desarrollan actividades comunitarias y son neuronormativos, tienen que pensar como ejercer el poder y el liderazgo. Y ahí es donde los invito a cedérselos a las personas divergentes. Y si el proyecto fracasa, que fracase.

M: Esta idea de neuronormatividad parece un discurso muy amplio. Hoy nombrabas algo del riesgo ¿Vos cuando decís riesgo lo antepones a peligrosidad?

E1: Es que es una ley neuronormativa. Todas las leyes son neuronormativas, pero esta que se dice de Derechos Humanos, es de Derechos Civiles. Muy buena, excelente, pero no de Derechos Humanos. Entonces tiene que garantizar tus derechos individuales y mis derechos individuales. Entonces, es una ley que enuncia que existe el riesgo cierto e inminente en el brote psicótico. Entonces protege tus derechos civiles como persona normal y, dice proteger mis derechos civiles al legislar mis internaciones voluntarias cuando existe un riesgo. Entonces uno tiene que seguir buscando ¿Cómo hago para ganarle la pulseada? Entonces una de las cosas que se nos ocurrió fue trabajar con el terror-pánico. El terror-pánico es al brote violento, a la psicosis violenta. El brote psicótico es el anciano que se suicidó porque no pudo cobrar el ANSES –terror pánico a eso- y también es una persona destruyendo algo en brote psicótico, o matando a alguien. Ahora bien, eso es un problema de la sociedad neuronormativa, no es un problema que tengamos las personas locas. ¿Las personas locas podrían ser violentas? No. Porque son relaciones intrínsecas a la locura, el pacifismo es intrínseco a la locura. Ahora, dentro de 20 años puede aparecer un Malcom X de los locos, yo muchas veces he sentido ese impulso. Pero ese es el impulso de los pacientes psicóticos: convocar a la revuelta, a la violencia a la destrucción, anti. Salgamos a matar psiquiatras, a prender fuego el manicomio. Eso es un anti, pero no es locura, es ser paciente psiquiátrico, estar capturado por el aparato de captura social.

El criterio de peligrosidad está instituido. Entonces una de las cosas que a mí me pasó, fue crear un taller para trabajar con eso. Arme uno que se llama “taller de primeros auxilios en salud mental” entonces, hago técnicas de actuación para intervención en crisis. Los estudiantes, talleristas, les pido que cuenten anécdotas de crisis, urgencias o emergencias y las hacemos emergencias. No para que sean actores, sino para que tengan herramientas de intervención en escenas de riesgo y peligrosidad. Donde hay brotes psicóticos, porque es reducción de daños. Si yo preparo mucha gente y le doy herramientas pedagógicas, somos más los que estamos preparados para reducir el daño de como la sociedad reacciona ante un brote psicótico.

M: ¿Te parece que hay una posibilidad o ya se está gestando la idea de pensar a los locos como una minoría? No de ser pocos, sino de luchar por sus derechos, obtener

resultados, poder materializar demandas, no solo enunciarlas sino en la efectucción de prácticas. ¿Te parece que estamos en ese estadio?

E1: No, no hay unión. Hay que ser loco y hay que ser cuerdo. No hay unión ni articulación. Si la minoría está emergiendo. No es solo el GAM de Buenos Aires. La minoría está representada en el colectivo Librementemente de Chile, en el Proyecto Ícaro de EEUU, en los escuchadores de voces de España, en el instituto para la discontinuación de las drogas psiquiátricas de Suecia. La minoría está empezando a emerger, empezó en la década del 90 con algún que otro movimiento, como “El Orgullo Loco”, eso se empezó a caldear, en el 2010 empezó a emerger, se empezó a visibilizar. Todavía no se ha podido abrir, al menos en Argentina, los trabajadores de la salud mental están agarrados de su profesionalismo y no ven que en las personas locas, los usuarios los sobrevivientes también hay profesionales. Ellos no lo ven, que hay un saber. En algunos casos, en otros se dedican a un oficio, o changas, o tienen trabajo estable, o no trabajan. Pero los profesionales de la Salud mental aun no ven que hay un discurso, no lo escuchan. Escuchan la voz como ruido, pero no escuchan el discurso y en el discurso loco es donde yo digo que hay una lógica, que todavía no se puede escuchar. No es que están en desacuerdo, no escuchan el discurso, escuchan ruido. Saben que hay algo, pero como ruido, no lo decodifican porque no tienen el aparato intelectual para decodificarlo.

Hay una perspectiva histórica que a mí me da el arte, porque en el arte uno hace el ejercicio continuo de salir de este tiempo y este espacio y transportarse a otro tiempo y otro espacio. Entonces, en ese otro tiempo y espacio vos tenés las profecías de Parravichini. La perspectiva historia viene de la experiencia artística. Hoy estamos acá y en 100 años estaremos allá, entonces eso es una forma de ver la cultura y la sociedad.

M: Bien por último... mi gran pregunta, qué viene de la idea de la minoría pero implica una mayor reflexión ¿Hay posibilidad de una identidad colectiva con la locura como referente?

E1: Sí. No es sencillo, yo creo que es muy complejo porque es algo que se está haciendo. Yo tomo como referencia el colectivo de mujeres, el feminismo, que abrazó a las mujeres trans, y la Teoría Queer que abraza cosas también complejas y ahí, las identidades locas tienen mucho que dialogar con las identidades queer. Es algo a construir. Yo el otro día lo descubrí, se me reveló: en un blog había un glosario de identidades en la Teoría Queer. Una cosa loquísima. Y fijate que maravilla, una de las

categorías era *identidades neuroqueer* y la definían como identidades que solo las podían usar los compañeros neurodivergentes. Y ahí dije “acá, nosotros somos herederos de esto”. Y había un montón de categorías, incomprensibles, complejísimas. Pero si alguien logra hacer un diccionario de esa teoría, de conectar los neurogenereos como los neurodivergentes, ahí se podrá dar un paso teórico importantísimo. Ahora bien: el otro desafío. En las identidades locas hay algo complejo, particular y específico que no tiene que ver con las identidades queer y que no tienen que ver con el feminismo, que es la discusión que yo tengo con el feminismo chileno que tiene que ver con la espiritualidad. Y acá es realmente complejo. Las identidades locas tienen un actor espiritual, porque no se construye, se revela. Cuando en la vida de una persona irrumpe el delirio y/o la alucinación, la sutil diferencia es que el delirio es visible o audible, material, y la alucinación es espiritual, pero son lo mismo, no hay uno sin el otro. Eso cuando aparece en la vida de una persona es una revelación. Y eso es transversal a las religiosidades. Entonces ahí es necesario el dialogo con otro tipo de discurso, que aún no lo tenemos. Entonces, la construcción... yo no es que la excluyo a la idea, es muy necesaria, hay que darle espacio, la locura puede darle espacio a todo. Pero en Chile que está pasando, las locas se acomodaron en el movimiento feminista, porque no es lo mismo ser loca que loco. Y yo digo, está bien, tenés razón pero eso es el movimiento feminista no es el movimiento mentalista de Judt Chamberlan. Esta buenísimo que vos defiendas a la mujer, pero defiendes a la mujer. El movimiento de la locura defiende a las locuras, no es loco/loca. Porque la neuronormatividad ha comprendido eso y nos separa: las locas al manicomio de las locas, los locos al de los locos, los niños al de los niños y los ancianos al movimiento de los ancianos. Tiene todo organizado. Entonces si vos separas a la loca de los locos, estas siendo funcional a la neuronormatividad.

M: Quería llegar a algo de esto, recuerdo que ya habías propuesto esto. Y me parecía entre fantástico y extraño, y me quedaba esa idea latente. Pero esta bueno esto que me acabas de decir, me parecía un adelanto en la reflexión de la locura, pero esto hace que de un movimiento más, ya está pensado así. Inevitablemente uno no puede dejar de pensar en lo que sufren las locas: la prostitución, las violaciones...

E1: No estoy diciendo que una loca no atraviese el estigma de su menstruación, o los varones locos el pito pequeño. Eso no es motivo de que las locas sufran más o menos. Porque la primer tentación es creer que hay sufrimientos superables. Yo también tuve

que superar esa instancia de pensar que por haber sido torturado en una celda de castigo, era el loco que más había sufrido. Y yo conozco locos que no estuvieron nunca internados y la están pasando peor que yo, sin haber pasado un manicomio en su vida. Es el debate entre el feminismo y la locura.

M: Es interesante porque al principio yo pensaba en el feminismo como un paso previo de reflexión, de pensar lo colectivo y las identidades, de pensar ¿Podría la locura llegar al “ni una menos”? ¿Más locos todavía? De llegar un nivel global de presencia mediática, de discusiones, así como mucha gente está en contra...

E1: Es muy probable que pase, porque hay una cuestión que es innegable. Los varones matan mujeres por ser mujeres todos los días. Y las personas neuronormativas matan locos y locas todos los días. Todavía no hay una cantidad, un volumen de casos testigos. Pablo Galfre, con un libro, cerró un manicomio. Con el caso testigo de Saulo, que lo mataron los trabajadores normativos, creó una granja de rehabilitación en un año. ¿Sabes lo que es eso? Es un héroe.

M: De no creer que podría pasar...

E1: yo pensé que no iba a vivir lo suficiente como para ser testigo de eso. Con un librito cerro un manicomio. Fíjate el poder del amor, de la locura, la literatura, el periodismo. Entonces, no nos queda otra opción que creer que habrá en un futuro un “ni una menos de la locura” y nos va a trascender y tiene que ser así. Es un movimiento que nos tiene que trascender para que pueda suceder.

Entrevista 2

M: ¿Cuál es tu profesión? ¿Qué tipo de trabajo realizas en relación al sistema de salud mental y sus usuarios y hace cuánto trabajas en el campo?

E2: Soy licenciado en Psicología y trabajo en tres grandes áreas: la docencia, en una práctica que se da en el Hospital Borda, ahí trabajamos con los alumnos yendo a cada uno de los servicios del hospital, hacemos un recorrido estándar de una persona que llega a lo que es boca de entrada y hasta donde se da el alta. Después trabajo en clínicas privadas y en el gabinete de un colegio, hace 3 años...

M: Cuando se sancionó la ley en 2010, ¿Recordás algo del momento y de la disputa?

E2: No me encontraba trabajando de manera oficial, pero si estaba en los consultorios externos del Hospital Borda. Si, de hecho fui uno de los que estuvo militando en lo que fue el cambio de paradigma que proponía la ley.

M: Ahora con respecto a la ley ¿Qué opinión te merece?

E2: Hay un cambio de paradigma súper interesante donde se ubica a los pacientes desde otro lugar, es más se llaman usuarios, y una de las cuestiones que favorece al psicólogo en particular es la posibilidad de ser jefe de servicio que estaba circunscripto a lo que son los psiquiatras, más que nada en la línea médica. Entonces desde ese lugar nos habilita a nosotros psicólogos la posibilidad de hacer una carrera y participar del servicio. En cuanto a la noción de usuario y, esta perspectiva que propone la ley permite, de alguna u otra manera tener un rol más activo en el proceso de alta de los pacientes... y también la cuestión de la peligrosidad que aparecía en cuanto a la ley, ya es desplazada la noción de peligrosidad ya que tiene que ver con ciertos riesgos inminentes para la persona o para terceros en su proceso de internación. Pero siempre del lado de la posibilidad de decidir del usuario.

M: ¿Consideras que la ley puede pensarse como un momento bisagra que instala un antes y un después en el campo y las prácticas?

E2: Si, por ahí es medio complicado hacer una lectura, porque efectivamente en el proceso en que se estuvo pensando la ley y hasta que se promulgo, digamos que proponía un nuevo paradigma y otra forma de entender a la salud mental. El problema

que percibo hoy en particular es que la aplicación de la ley que está complicada de que se efectivice, si bien hay instrumentos que empiezan a aparecer... pero en la actualidad está complicada, la coyuntura no ayuda, no acompaña para que se instale el nuevo paradigma desde un montón de aspectos... los hospitales monovalentes, las internaciones... hay un desmantelamiento del Borda en particular. Había una propuesta de la ley de salud mental relacionada a los servicios de salud mental en los hospitales, las casas de medio camino... bueno no hay como un tipo de políticas en relación esto. Ahí me genera una especie de tensión pensarla en tanto si hay un cambio o no. Para mí sinceramente, en este momento en particular, creo que no estaría bueno que se aplique de manera efectiva el desmantelamiento del Hospital Borda en particular porque no están las condiciones para que se pase a lo que propone la nueva ley de salud mental.

M: ¿Consideras que la ley representa una contribución en materia de derechos de los usuarios de salud mental?

E2: Si, desde ya, eso es fundamental. Creo que la ley tiene como su pilar los derechos humanos y la posibilidad justamente de ponerse de ese lado pasivo en cuanto quedaba apresado el usuario en este proceso de salud, donde ingresaba y no había posibilidad de escuchar, sino una cancelación de la subjetividad.

M: Con respecto a la sociedad o interés social ¿Te parece que la ley generó mayor visibilización de las problemáticas? ¿Que la sociedad conoce del tema o está interesada?

E2: Por ahí es una de las deficiencias de la nueva ley, que seguro haya que dejar de decir “nueva” ley... que es una de las falencias porque no se trabajó en función de tratar de sacarle esa carga negativa que tiene aquella persona que está en una situación de crisis y sigue habiendo una carga social, un imaginario donde el loco es peligroso, es imprudente, no puede auto valerse... todavía hay una carga social con eso. Creo que fue una de las patas que tendría que haberse trabajado, pero a la vez estaba sostenido con esta idea de empezar a sacar, si se podría decir, el hospital-monovalente-manicomio y empezar a trabajar integrándolo con los hospitales públicos. De esa manera se vería desde otro lugar, también la cuestión de la comunicación sería muy importante sostener, que esta ley efectivamente trata de sacar esa etiqueta del loco como peligroso, porque aparece de forma continua, hasta en los propios estudiantes de psicología, hay una carga en sus cuerpos que registro.

M: ¿Expresan este miedo después?

E2: Si, de hecho lo trabajamos en función a eso en la cátedra para ver qué es lo que sucede y empezar a desarticular todas estas cuestiones, este imaginario social. Empiezan a mencionar frases como “yo no podía creer que había personas caminando por el Borda” porque tienen esa concepción de *loco encerrado*.

M: ¿Cuáles consideras que son los problemas que más afectan al campo de la salud mental? ¿Hay formas de resolverlos o transformarlos?

E2: Una de las propuestas de la ley era encarar la salud mental de manera multifactorial, no quedar acotada al trabajo del psicólogo o del psiquiatra, sino también tener en cuenta cuestiones que estaban vinculadas a lo social, desde el plano económico, de la educación, que son variables a tener en cuenta en el trabajo en salud. Se trata de entender a la salud como multicausal. Por ahí se trabajó en cuanto el alta. Es uno de los temas que por ejemplo en el hospital hay cuestiones que están muy limitadas a la adquisición de determinadas habilidades sociales que le permita a la persona que está en el hospital, revincularse dentro del tramado social. Ahí, creo que se queda corto, porque es una de las cuestiones a trabajar en función de la noción de la “puerta giratoria”, que son aquellos diferentes servicios por donde va pasando el usuario y tomando el ejemplo del Borda, en los servicios de pre alta se apunta a cierta adquisición de estas habilidades sociales, ya sea: cepillarse los dientes... o la posibilidad de armar alguna especie de oficio. En el hospital tenés “La Huella” como uno de los dispositivos de pre alta que es súper interesante, pero no apuntan a lo que es el alta en sí, como una forma más global. Se queda acotado únicamente a eso. Entonces una de las cuestiones que creo está buena para poder pensar y poder incluir al tratamiento y al alta en si es la posibilidad de que esa persona logre un cambio subjetivo que no va a estar dado a través de la adquisición de esas habilidades o del trabajo, sino un laburo más terapéutico que apunte a esa posibilidad.

Dentro de la cátedra se trabaja el HDT (Historia Vital del Trabajo), donde se arma un dispositivo que apunta a una –entre comillas- “reconfiguración subjetiva” que pueda hacer que esa persona se arme una consistencia identitaria, pero que permita cierta cambio subjetivo con relación a su estar en el mundo. Entonces, apuntar a eso, que la cátedra de hecho apunta, ya viene laburando en distintos servicios en provincia, apunta no solamente en lo que es la adquisición de habilidades sino a un cambio de

posicionamiento subjetivo que permita la construcción de cierta identidad que permita habitar el mundo desde cierto lugar y no desde ese lugar del padecer.

M: Bien, ahora tengo una pregunta muy específica con respecto al uso diferencial de palabras entre padecimiento y sufrimiento mental por un lado, y trastornos y enfermes mentales por el otro ¿Te parece que para los profesionales, trabajadores y usuarios es una diferencia que se hace en el discurso día a día? ¿Es una cuestión importante para lo que propone la ley?

E2: Para mí el lenguaje es súper importante, de hecho el posicionamiento teórico, clínico y político que tengo está relacionado al padecer como el padecer por el lenguaje, el sufrir por el lenguaje. Entonces la utilización de ciertas palabras pueden habilitar o inhabilitar ciertas cuestiones y creo que por ejemplo, la utilización de paciente o usuario para nominar aquella persona que está dentro de un sistema de salud mental es importante y no es lo mismo uno que otro, porque configura a la persona que ingresa de distinta manera. Es más, es tu relación como profesional con esa persona. Tratarla como paciente, es tratarla en un segundo plano, como si estuviesen en un nivel de inferioridad, frente a vos con una carga imaginaria que inhabilita, por ejemplo, ciertas funciones, donde vos decís *estúpidos o está loco*, ya queda desde ese plano. La noción de usuario posibilita.

También en el tema de los enfermos mentales “trastorno”... pero en todos estos casos hay algo que es como complicado y es la lucha que estamos dando más desde la línea de la psicología, es que dentro del ámbito de salud mental, todavía tiene una importancia notable, por ejemplo la psiquiatría. Todo el discurso médico tiene un peso muy importante, por ahí el psicólogo queda medio relegado. Se puede militar para cambiar ciertas nociones y formas en el hablar, pero el discurso médico tiene un peso zarpado. Y también una cuestión que es la de género, vas a encontrar que la mayoría son jefes de servicio. Sé que había un hospital en provincia donde una psicóloga había rendido para ser Jefa de Servicio y no la aceptaron y ella dijo que fue por ser psicóloga y mujer. Entonces en cuanto al uso de nociones creo que es importantísimo cambiar, pero estamos supeditados por el discurso médico.

M: Bien, siguiendo por el camino del discurso y las nociones ¿Qué influencia te parece que tienen el DSM IV y V, cómo los toman, qué ha llegado hasta acá, para las prácticas en salud mental?

E2: Bien, lo mismo que estaba mencionando en relación a que sigue apareciendo el discurso médico como aquel que normaliza. El DSM es armado por psiquiatras. Y su configuración permite tener una especie de diálogo común, pero ciertas cuestiones en donde habilita o posibilita la discusión de otras cosas. Es un armado de los trastornos a partir de la acumulación de síntomas. Si tenés una serie de síntomas, estos se agrupan como síndromes, y a partir de ahí se puede ubicar en un trastorno o en el otro. Entonces pensar el discurso médico también es la configuración del DSM o el CIE, entonces es para tenerlo en cuenta. Para mí es una cuestión que es necesaria repensar teniendo en cuenta que muchas prepagas y otras sociales hacen uso de ese manual como para poder brindar los servicios, y cubrir un tratamiento. Para mí del CIE habría que sacar la transexualidad como una enfermedad, pero hay ciertos países que hacen uso de esos manuales para brindar un tratamiento hormonal, necesariamente debe estar dentro del manual para que hagan la prestación. Por suerte en Argentina tenemos la ley de Identidad de Género, que eso ya lo cubre, así que no nos pesa tanto el CIE.

M: **Con respecto a la atención primaria en salud mental ¿Te parece que es más humana o ética hoy en día? O sea ¿Se ha modificado la forma de proceder en el primer instante que llega quien se quiere internar hacia un mejor trato?**

E2: Sí, totalmente, sí. Está como más ligado a las cuestiones de los derechos humanos, en relación a poder decidir la internación. En el Borda lo que es boca de entrada, tiene como dos servicios importantes: uno es guardia y otro es admisión. En admisión ingresan los casos de internación, sean externos o del propio hospital. Cuando hacen el circuito de alguna situación externa en donde ese ingresa por guardia, y guardia evalúa si puede o no pasar a admisión dependiendo del estado agudo de la enfermedad, hay cuestiones que están asociadas a si es una internación voluntaria o involuntaria, si es involuntaria hay un familiar que esté acompañando para que pueda habilitar o tiene que tomar la decisión el servicio de admisión... Dentro de eso, la ley acompaña en función de que tiene que cumplirse determinado tiempo de esa persona dentro de ese espacio de internación. Hay organizaciones que van -porque todas las internaciones son subidas a entidades que se encargan de ver si esa persona sigue estando ahí o si es necesario que continúe en admisión-, pero son periodos breves y lo que se trata de hacer es compensar. En los espacios de admisión es donde ves estados de la enfermedad aguda, crisis, donde efectivamente puede haber un daño para esa persona que está por internarse, como así también para terceros. Se trabaja en lo que es “el chaleco químico o

farmacológico” –la utilización de pastillas- entonces, ahí podemos ver como ciertas cuestiones a pesar ¿no? Esto lo linqueo con las experiencias de Basaglia en Italia, donde se trabajó con no pastillas y si desde otro lugar esos periodos de crisis que son excitaciones psicomotoras, que son cuestiones *heavys*... no es que son locos que están delirando, están descontrolados, algunas veces efectivamente es necesario para que esa persona no se lastime tener tres monos agarrándolo, porque la fuerza en esos momentos es desmedida. Hay un padecimiento claro y concreto y es necesario que se responda a veces desde ese lugar. No digo que tenga que ser el factor común, cada persona que ingresa tiene que ser tratada de cierta manera, pero hay situaciones de crisis de la enfermedad que son zarpadas.

En cuanto al trabajo y la relación más que nada a este cuidado o cambio ético, como podríamos pensarlo, el elemento que a mí me parece súper interesante es que las internaciones en admisión son breves, que es lo que promueve la ley, y también la posibilidad de ser controlados por otra entidad ajena al hospital que se acerca y evalúa el estado de esa persona. Entonces son periodos cortitos y de ahí se deriva, o se da de alta a los servicios de tratamiento.

M: Volviendo a la idea de discurso médico y hegemónico, ¿Cuánto de este discurso te parece que sigue siendo así de fuerte o tiene momentos de quiebre junto a otras perspectivas? También me interesaría saber si a los usuarios mismos se les cuele la idea del discurso médico...

E2: Totalmente. Vamos por esto último. Hay un servicio del hospital que es Control de Medicación, es un servicio de tratamiento ambulatorio, pero también hay casos de personas que están internadas ahí. El jefe de servicio es psiquiatra con una perspectiva psiquiátrica y está a favor del tratamiento con shock eléctrico, que tiene su argumentación... que podría ser hasta discutible, pero es una práctica que en si se da como forma de tratamiento (En Chile es legal y en lugares de Argentina también). Es todo como una discusión, pero lo que quiero ubicar en particular es que el servicio tiene una premisa muy básica o apunta su tratamiento a la medicación como un discurso más dentro de lo que circula, que tiene un impacto a nivel orgánico y subjetivo, entonces se trabaja de forma grupal y ahí van relatando como se llevan con la medicación que están tomando... y hay como cierta posibilidad de discusión e identificación con ciertos síntomas, efectos secundarios, etc. Y ahí aparece algo súper interesante que es que cada

uno de los usuarios que está dentro de los servicios se presenta a través de su patología “hola, yo soy esquizofrénico grado 2 o tengo bipolaridad grado 1”. Ahí vemos claramente como aparece el discurso psiquiátrico, a partir de una conformación identitaria. Entonces hay todavía hoy en día y, va a llevar mucho tiempo, aunque la Ley trata de desarticular el discurso médico dando lugar a otros, pero tiene un peso zarpado hoy en día... se arman las identidades a partir de un diagnóstico psiquiátrico. Hay como que seguir trabajando en función a ello y este elemento de que un psicólogo pueda ser jefe de un servicio, trataba de romper un poco esto.

M: Internamente o con los usuarios ¿La palabra loco se usa?

E2: Si, está bueno porque la utilización de la palabra loco le quita esa carga negativa que trae la palabra, que podríamos ubicarla dentro del plano más social, pero aquella persona que está dentro del servicio, la utilizan, pero de forma jovial como para tratar de desarticular. Como Fernando Peña que usaba el “marica” o “puto” sacándole la carga negativa que tiene la palabra. En particular, la uso desde ese lugar también, sacándole ese peso. En gran medida la locura no es un estado, no es algo que estás loco o estas sano, si no que digamos es como... momentos en donde se puede ubicar esos estados de enfermedad. Entonces usar la palabra loco y sacarla de ese lugar, yo creo que está bueno.

M: Recién decías algo que viene justo con esta pregunta. Sobre el Artículo 7º, Inciso N, que “el padecimiento mental no sea considerado inmodificable” ¿Qué opinión te merece?

E2: De eso habla la OMS, no la entiende como estados, sino como proceso. Ubicando dos grandes polos con un movimiento entre estos dos polos ideales: la salud plena o la muerte en sí. Nos movemos en esos grises. De hecho, el padecimiento mental son momentos, no son estados, no están armados desde ese lugar y es clínicamente necesario pensar de esa manera, sino son internos que pueden llegar a estar toda su vida en el hospital. Pero no por locura o por haber estado en un momento donde hay cierta vulnerabilidad social y emocional y hasta económica, entonces la manera de poder seguir estando es en el hospital. Hay un montón de casos que son internos de por vida porque no pueden tener otra forma y se armaron la vida en el hospital. Hay uno que está siempre en el barcito donde bajas las escaleras, que siempre está ahí, es de Salta, y tejió todo en el hospital. Quedó desvinculado fuera del hospital, si desarmamos el manicomio

y no están instalados los otros servicios, casas de medio camino, los dispositivos para alojar esas personas, van a terminar en la calle. Entonces ahí está el momento de tensión, la cuestión donde yo no sé bancar de forma completa el desarme de todos los hospitales monovalentes porque no están dadas las condiciones sociales, económicas y políticas de poder alojar esas personas que efectivamente están en el hospital.

M: Con respecto al uso de la medicación, que ya algo dijiste... ¿Te parece que hay un desarrollo en terapéuticas o caminos alternativos a la medicación o sobremedicación?

E2: Esta bueno porque mencionas sobremedicación y ahí es donde puedo ubicar un punto a discutir. Creo que la medicación en ciertos casos es necesaria, es todo un tema. El Borda ofrece distintos medicamentos que bueno, como para poder contener en Guardia. Poder contener a quienes no pudieron acceder a un turno en Consultorios Externos. Sostienen la medicación tres meses como máximo, que de alguna u otra manera regula a la persona y, después, el tratamiento en el hospital ayuda a que después desplazemos la medicación y podamos trabajar desde otro lugar. La cuestión es: uno de los problemas con respecto a la medicación, concreto en el hospital, es que antes se tenía un listado de 50 tipos de pastillas gratuitas y pasaron de tener un listado enorme a tener diez, con elementos que son medicaciones viejas, cuando hay avances en antipsicóticos, reguladores emocionales, etc. que se está dando como lo peor. Pero el uso de medicación si es necesaria, la sobre medicación es lo que podemos discutir, es decir que se arme una terapéutica en función de la medicación solamente sin poder laburar desde otro lado.

M: Y con respecto al desarrollo de otros caminos, hay más espacios para la palabra, el tratamiento psicológico...

E2: Si, sí. Los casos de la enfermedad en situaciones más agudas, hubieron varios proyectos en el servicio de admisión, en donde se permita pensar a ese servicio como un servicio dentro de un hospital a puertas abiertas, como es el Borda. El único servicio cerrado que tiene seguridad, no policial sino del hospital, es Admisión. Es el único a puerta cerrada, que no te podes ir así porque si, tiene que haber algunos procesos... entonces es interesante porque acá estamos hablando del estado agudo de la enfermedad. Entonces se habían pensado proyectos con otros tipos de formas, de otras terapéuticas, si mal no recuerdo hace unos años largos, la posibilidad de trabajar con

cuestiones artísticas plásticas. Pero no hubo resonancia, como que no avanzó. Pero creo que hubiese estado bastante interesante. Si se le da lugar a la palabra, lo que pasa es que el trabajo con la palabra del lado del psicólogo es muy complicado. Más que nada por su estado agudo de la enfermedad, entonces hablar en esos momentos o armar una idea con esa persona, que te diga algo, porque muchas veces están muy sobre medicadas para bajar la excitación psicomotriz, es muy complicado. Pero había propuestas como armar un espacio, una habitación, cubierta con colchones o algo con lo que no se puedan lastimar y hacer que descarguen la excitación. Interesante para pensarlo, se usó en otros lugares en el mundo, era una posibilidad. Pero armar algo desde la palabra es muy difícil... también puede que hayan bajado la excitación, pero están tomados por las alucinaciones.

Si a mí me parece que estaba buena la posibilidad de trabajar desde un lugar más artístico y plástico, que en lo personal he hecho en estados así agudos de la enfermedad, de forma privada, no en el Borda, pero con Rastis, poder armar algo. Porque a partir de ahí algo con lo subjetivo también se podía empezar a armar.

M: Con respecto a tu rol en el campo de la salud mental ¿Te sentís un trabajador de la salud mental, militante? ¿Cómo definías el lugar que ocupas, si es que sentís que ocupas uno?

E2: Me gusto lo de “militante” de la salud mental. En particular en la cátedra hay una libertad en cuanto a la posibilidad de trabajar desde distintas corrientes teóricas y en el trabajo que hago en el colegio también, en cierta “militancia” de hecho mi formación es psicoanalítica con una perspectiva de género, entonces el laburo que hago tiene ese lugar, parte desde ese lugar... Aparecen resistencias, por supuesto.

M: ¿Te toca trabajar con las áreas donde está el trabajo interdisciplinario? ¿Trabajas con musicoterapeutas, sociólogos, abogados, etc.? ¿Cuál te parece que es el lugar de cada uno de estos profesionales, o entre ellos, sobre todos quienes laburan desde las ciencias sociales? ¿Qué desafíos y dinámicas implica?

E2: Hay muchos desafíos en el trabajo interdisciplinario... porque es distintas maneras de abordar y hasta el objeto de estudio es distinto, entonces siempre aparecen ciertas complicaciones... pero yo siempre apunto al trabajo interdisciplinario. Me parece enriquecedor escuchar a otras persona, como desde otra ciencia, por ejemplo terapistas

ocupacionales... o psicomotricistas. La perspectiva y el abordaje es buenísimo, entonces la articulación hay veces que se torna complicada, pero creo que parte de las posiciones de los psicólogos –me paro desde ese lugar- en cuanto a ese lugar de saber... porque muchas se ocupan en el lugar de que “mi disciplina es más legítima”, entonces es ahí donde se vuelve medio pedante y empieza a opacar la posibilidad de trabajar de forma interdisciplinaria. Por eso creo que es necesario que se repiense esa persona que está desde ese lugar, porque justamente una de esas premisas del psicoanálisis es correrse del lugar del saber. Entonces, el laburo interdisciplinario es interesantísimo, nos permite abordar a la persona de forma multifactorial, que es totalmente necesario. Hay situaciones donde prima la atención de elementos primarios, después vemos la relación con papa y mamá, como el plano económico “¿Tenés para viajar? ¿Cómo estás en tu casa?” Y son estos elementos recontra básicos donde me peleo con el psicoanálisis, donde cae la responsabilidad completa en el sujeto en cuestión. Estás así, porque inconscientemente querés estar en ese lugar y no es así... hay determinaciones sociales, económicas, políticas, que condicionan de una u otra manera tu lugar en el mundo. No se trata solo de las condiciones económicas, también esto que comparto del psicoanálisis y es pensar que el ser humano es un sujeto de deseo. Que podemos pensar después si es personal o social, pero ante todo es la posibilidad de ser algo más que eso.

M: Con respecto a los dispositivos como: hospitales monovalentes, servicios dentro de hospitales generales, casas de medio camino... ¿Cuáles te parecen que funcionan o no en cuanto a la internación y externación de los usuarios? En otras palabras ¿Cuál conformaría una “mejor” o “más exitosa” internación?

E2: Si bien la inclusión de los dispositivos de salud mental dentro de los hospitales generales abre todo un nuevo campo, tengo mucho que pensar porque es la aplicación hoy de la ley, qué está sucediendo hoy, entonces como está todo a un cuarto de camino, está todo medio complicado. Porque sin lugar a dudas el espíritu de la ley lo comparto, de pensar la salud mental... la posibilidad de las internaciones breves, que tengan posibilidad dentro de estas internaciones de poder construir algo en relación de su lugar en el mundo. El tratamiento, después los programas de externación a partir de las casas de medio camino... pero es como un ideario ahora todo eso, porque efectivamente no hay, no está funcionando. Me genera cierta contradicción, estoy a favor de todo el proceso de la construcción de servicios que no estén en el hospital monovalente, pero dada la situación actual tengo que bancar un poco lo que pasa en el Borda.

M: Y otros tipo de espacios tipo talleres, cursos, el FAB, talleres de radio ¿Te parece que son terapéuticos, paliativos, que no sirven para nada?

E2: El Frente de Artistas hace un laburo enorme, conozco lo que hacen. Lo que hace “El pan del Borda”. Banco mucho el laburo en función a ello, pero por ahí pensarlo en esto de que hay también un imaginario donde se sostiene que “el arte lo cura todo”. Y si fuese el arte lo cura todo, Alejandra Pizarnik no se hubiese suicidado... entonces hay que detenerse un poco a pensar si podemos poner al arte como una forma terapéutica per se. Por ahí pensarlo desde otro lugar, me parece que son herramientas que ayudan muchísimo, el campo de la musicoterapia, que permiten encarar el trabajo de otro lugar. Pero el laburo clínico en cada uno de esos servicios es como necesario pensarlo, si bien en el FAB hay amigos muy queridos, que tienen un abordaje buenísimo no es así en cada una de las ramas dentro del FAB. Entonces por ahí el arte como forma terapéutica en si... se puede como pensar como tantas más, como trabajo y otros tipos de formas. La cuestión creo que es esto de la posibilidad de repensarse en el mundo y ese reposicionamiento subjetivo es lo que permite dar una compensación a ese padecer que por ahí algunos tienen más recursos que otros, pero es como el objetivo... de entender a toda la rama artística como curadora.

M: Ahora con respecto a lo que es riesgo cierto e inminente ¿Qué significa? ¿Qué tiene de diferente con la idea de peligrosidad? ¿Que implica para los sufrientes mentales y para la sociedad en general la idea de riesgo cierto e inminente?

E2: Bueno la locura está siempre sujeta a la peligrosidad. Se hizo una encuesta hace unos 40 años, 45 años atrás en cuanto a cómo se percibía la locura. Y había ciertas respuestas que si las comparamos con ahora, son exactamente iguales. La noción del loco como un estado, el loco es loco siempre, el loco es peligroso porque te puede dañar, está totalmente instalado hoy en día.

Entonces hay una carga en cuanto a la locura y esa cuestión de lo peligroso que era el objetivo de la ley romper esa noción, pero eso no implica que efectivamente la persona tenga o estén dadas las condiciones para que se lastime o para que lastime a otras personas en esos momentos de crisis y momentos más agudos de la enfermedad donde hay cuadros de excitación psicomotrices gravísimos o niveles de alucinaciones en donde la paranoia y todos lo están persiguiendo y efectivamente puede lastimar a una persona.

Se evalúa, si bien la peligrosidad está, la idea de locura es lo que se está tratando de desarmar.

Lo que estoy tratando de decir es: es peligroso para sí, es peligroso para terceros. Pero la carga de noción de la locura está tan asociada a lo peligroso, que no es así. No es un estado constante, son momentos. Si la cuestión de un riesgo totalmente inminente dado su estado de crisis de la enfermedad o depresiones severas o donde ya hay cuestiones asociadas al suicidio es como para evaluarlo y para tomar ese elemento como factor de internación.

M: ¿Es posible medir este riesgo? ¿Se mide? ¿Tiene criterios? ¿Ha ido cambiando?

E2: En cuanto a los criterios siguen siendo los básicos, cuestiones asociadas a ciertas ideas que ya dejan de ser fantasías, por ejemplo en lo que es el suicidio, dejan de ser fantasías. Por ahí lo que se toma más en cuenta es que antes eran fantasías que podían estar con esa persona y eran elementos de internación. Lo internamos por las dudas. Entonces con la Ley se trataba de correr de ese lugar y evaluar efectivamente si era una fantasía o era un elemento tomado en cuenta. Eso lo podes ver por estados de abulia total, es decir que no hay vinculación afectiva, cero afecto, totalmente apática, personas metidas que no pueden hablar, no les interesa nada, les saca interés a la vida. Entonces estos elementos son criterios para la internación que sirven para trabajar en función a ello.

Obviamente esta evaluación se hace de forma colectiva o multitudinaria. Con psicólogos, psiquiatras. No es algo reservado a la psiquiatría sino que se toma de forma conjunta donde se evalúan ciertas cuestiones.

M: ¿Te parece que hay situaciones o ciertos tipos de dispositivos o de lugares donde las personas son efectivamente vedadas de su libertad? La ley insiste mucho en el cuidado de la libertad del otro y no vedarla. ¿Existen prácticas, por ejemplo, de todavía atar a las personas...?

E2: Si, ese tipo de prácticas aún existe. Existen los chalecos químicos, y eso creo que seguirá existiendo por un rato. Las internaciones voluntarias son tenidas en cuenta. Pero en cuanto a la privación de la libertad es como medio complicado poder responder esa pregunta porque se me cruzan cuestiones asociadas al lugar del Estado en todo esto... si

el Estado es el que tiene que velar por la integridad física, psíquica, económica, de aquellas personas y decide que tiene que actuar en función de ello y realizar una internación. Que si bien son internaciones breves y hay organismos que se encargan de hacer un seguimiento de esas personas –los Órganos de Revisión- que se encargan de hacer un seguimiento y efectivamente cortar la internación. Esto sí aparece por la ley.

M: Con respecto a la internación ¿Cuáles son los principales motivos que llevan a las personas a internarse o ser internadas?

E2: Mira hoy en día aparecen algunas cuestiones vinculadas, que es una discusión a dar, que es lo que llaman los psiquiatras las “patologías duales”. Estas están dadas por un consumo de algún tipo de sustancia y algún cuadro de base. Comúnmente esos son los cuadros que pasan por la discusión. Lo que es discutible, la cuestión de la “dualidad” pero son la mayoría de los cuadros que aparecen a la admisión del hospital. Cuadro de base son esquizofrenia o psicosis. La mayoría de los casos aparecen con esquizofrenia paranoide, que es una desorganización y niveles de persecuta –como le dicen ellos-. Aparece mucho la correlación con el uso de algún tipo de sustancia.

M: ¿Llegan solos o acompañados?

E2: Hay una mezcla. Si bien hoy en día no lo puede llevar la policía, sino que tiene que llevarlo el SAME, aparecen muchas personas que pasan Admisión a través del SAME. Pocas llegan a Admisión con familiar. Las que pasan vinieron directamente con el SAME.

M: Y con respecto a la internación voluntaria ¿Crees que se han modificado? En tanto: motivos, cantidades, modos de acceso.

E2: En las voluntarias si aparecen con familiares. Esos datos están buenos y están en la página del hospital.

M: Hemos hablado un poco de esto pero ¿Qué estrategias técnicas o prácticas se han llevado a cabo para la internación o la externación? ¿Cuáles se han renovado, algunas han dejado de existir?

E2: Es una pregunta complicada porque ubicas tres momentos distintos: momento de internación, momento de tratamiento y después lo que son los servicios de externación.

El que se ha trabajado más es el de internación, más que nada por lo que hemos hablado del cambio de peligrosidad a riesgo.

La internación tiene como dos momentos: uno puede ser la internación, el momento agudo de la enfermedad, donde están efectivamente en el servicio cerrado del hospital y hay seguridad. Después están las internaciones dentro del hospital en otros servicios de tratamiento. El alta se les puede dar en los servicios de tratamiento o se trabaja en los servicios de externación, que es donde se trabaja puntualmente la cuestión del alta o la externación. Los servicios de externación siempre funcionaron con la misma lógica de la adquisición de ciertas habilidades sociales, otros tienen implementaciones desde el ámbito laboral. Hay un servicio, que desde la Psicología Social, tienen dentro del servicio distintas áreas: confecciones de bolsa de residuos, donde se meten dentro del servicio de externación y tienen una salida laboral. También hay otra área de arreglo de instrumentos o hacen tarjetas personales y libretitas, todo esto se hace dentro de Psicología Social. Pero ese servicio en particular trabaja también lo que es el tejido de redes sociales. No se quedan únicamente con la adquisición de habilidades o meterlos dentro del ámbito laboral, sino también el estado en concreto actual de tu situación en el tema de las redes por fuera del hospital, entonces se trabaja en función a eso desde distintas áreas: terapeutas ocupacionales, psicólogos... no hay psiquiatras en ese servicios, hay nutricionista y medico clínico. Está buenísimo, pero es un servicio de externación.

Los de tratamiento son cama adentro y se deben quedar por un periodo que es breve, no puede superar determinada cantidad de tiempo. Tres meses. Entonces ahí se tiene que evaluar qué es lo que está sucediendo. Los servicios de tratamiento es en donde, por ciertas cuestiones de vulnerabilidad social, económica, están ahí hace 20 años. Si se van de ahí se quedan en la calle.

M: ¿Podrías brindar una definición de los usuarios del sistema de salud mental actual? Teniendo en cuenta rasgos etarios, género, modos de ingreso, dolencias, etc.

E2: Desde la psiquiatría se está diciendo que las patologías que llegan al hospital están dadas por patologías duales. Mencionan algún tipo de patología base como esquizofrenia y psicosis y una patología de consumo, que muchas veces refuerzan o sobredimensionan la patología base. Esto es lo que más aparece. Y obviamente en el

hospital todos son mayores de 18 y hombres. Eso es lo que circula... si tendría que dar una definición de los cuadros que aparecen diría que el plano económico es necesario tenerlo en cuenta y se tratan de personas de una vulnerabilidad económica zarpada los que llegan. Y eso no se tiene en cuenta a la hora de trabajarlo, aunque se trabaje con una perspectiva más interdisciplinaria, sigue estando el diagnóstico configurado a partir de lo médico. Los malestares que hay están asociados a estos cuadros de alucinaciones.

M: ¿Las patologías duales son novedosas?

E2: Venía pasando gradualmente y hoy en día están en la cima en ese sentido.

Es muy difícil como dar una definición porque es muy amplio, pero sí creo que está muy bueno tener en cuenta el cuadro social con el que llegan porque muchas veces lo que necesitan es un lugar para quedarse. Es la calle o estar en algún servicio que por lo menos tenés techo, baño y comida. Por eso también hay muchas personas que quedan, que son estos “personajes”, como el Dr. García, que es histórico en el hospital. No tiene familia, no tiene guita, la pensión que le baja el Estado es una pensión, una miseria.

La pensión opera dependiendo las causas, si tiene CURATELA o no, eso lo puede hacer el Estado, sino hay familiares, que son los que se encargan de la administración económica. Ya sea de la guita que le llega por parte del Estado o si tiene algún inmueble o algo. Si es un cuadro severo, en donde hay complicaciones en la administración económica, interviene el Estado para que no se patine toda la guita.

M: ¿Hay conocimiento de los usuarios sobre la ley? ¿Crees que se autoperciben como sujetos de derecho? No sé si en el servicio que vos estás esto se trabaja.

E2: En algunos servicios se trabaja, no en todos. Se trata de posicionar desde otro lugar al usuario, revitalizando esta dimensión que estás mencionando. Cada uno de los servicios que vas a encontrar en el Borda tiene su forma de abordaje, su perspectiva de locura y a partir de eso se da la forma de tratamiento que es con la que abordan. Si todos tienen como base este punto de la resocialización, de la inclusión de vuelta en el entramado social como más importante. Hay un Servicio de Psicología Social que trabaja desde ese lugar y tiene esta perspectiva, la de poder como incluirlo, no sé si llamarlo empoderamiento, pero sí que tenga un nuevo posicionamiento de su padecimiento mental y reforzando los lazos sociales.

Se trabaja muchísimo. Si lo que no hay en todos los servicios es lo del reposicionamiento subjetivo. Eso es como fundamental, porque se trabaja mucho en psicosocial más que nada y en otros servicios, que son ya más de externación. Donde se trabaja para que pueda salir del hospital. Ahí se trabaja más que nada el tema de la adquisición de ciertas habilidades sociales, pero no hay un movimiento de posición subjetiva, sino que queda anclado ahí. Pero algo es algo... también se laburan los oficios.

M: Vos me estás hablando de diferentes servicios... Trabajar de ciertas y diferentes formas la práctica ¿Te parece que conlleva a concebir otros usuarios? ¿A diferentes tipos de usuarios?

E2: Si, totalmente. La locura como una patología, ahí, limita la posibilidad de trabajar. El loco como el improductivo, anclarlo en un lugar sin posibilidad de que devenga otra cosa. Que su existencia no esté formada solamente desde el plano de la locura. También el trabajo social es importante. Lo linqueo con muchos talleres que se arman en el Borda, cursos, que entregan certificados del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires... pero tratan de no incluir que lo entregan desde el Borda, o sea que no se hace desde el hospital para que no tenga una carga estigmatizante. Es una medida que está buena y trata de correr a la locura como una única forma de estar en el mundo.

M: ¿Te parece que los usuarios quieren conocer sus identidades e historias? ¿De qué forma te parece que lo pueden hacer? ¿Qué esto suceda?

E2: Es complicado porque lo estoy pensando por cada uno de los servicios y no hay un patrón que se repita por servicio. Esto de hablar no es un elemento común en todos y muchas veces depende del momento del padecimiento mental. Podes tener muchas personas muy metidas hacia adentro, es complicado que se establezca un diálogo o están sobremedicados y están babeando. También es el servicio del hospital que a veces limita la posibilidad de trabajar o hablar en función de algo. Por ejemplo, en el Servicio de Control de Medicación, donde está la posibilidad de hablar limitada a la relación que tiene el usuario con la medicación que está tomando. Entonces cualquier cosa que escape a eso, es limitada. Eso es una apuesta terapéutica que tiene el servicio. Pero hay cuestiones que a veces desborda ese límite armado por el dispositivo, empiezan a hablar que quieren empezar a trabajar pero la medicación los volteaba... pero cuando esto aparece, los cortan y deben hablar de los síntomas. Pero esto se replica en otras personas

que quieren hablar de lo mismo. Pero creo que eso es necesario poder trabajarlo y traerlo, aparecen cuestiones del deseo más allá de la medicación...

M: ¿Te parece que hay otros deseos que sean así explícitos? ¿Familias, afectos, querer superar esto para formar una familia, por ejemplo?

E2: Si, aparecen. Esta terapia en particular trata de que vengan con algún familiar. Entonces sí aparecen cuestiones relacionadas a lo familiar, como armar una familia o tener una pareja. Recuerdo un caso de un pibe tomado por las alucinaciones y su pilar para estar bien era ver al hijo que recién había nacido.

M: ¿Crees que la experiencia de la locura, el paso por una internación, sea ambulatoria... termina modificando las identidades de estar personas o solo es una experiencia más en la vida?

E2: No sé si hay un cambio de identidad. También es difícil como responder de forma inmediata y depende de las disciplinas, que plantean que hay posibilidad de armar una identidad porque creen que con mayor información el padecimiento va a ser menor. Vuelvo al Control de Medicación que tiene una característica que es presentarse desde “soy esquizofrénico, paranoico, grado 2” o todas esas configuraciones del DSM V o DSM IV. A mí me hace muchísimo ruido. Tu existencia se fija a partir de la enfermedad. Entonces la cuestión de las identidades si bien creo que es necesaria desde lo clínico, desde lo político, formas que nos son útiles para vivir en común tener en cuenta que eso no se cierra en su mismo, es un trabajo. Digamos que en ciertas personas es vital hacerse una identidad... el tema es cuando esa identidad queda cristalizada, después se vuelve un padecimiento enorme.

M: Porque otra cosa es que la locura sea tu referente... si se podría llegar a hacer ese giro. ¿La locura puede ser un referente identitario?

E2: Es que la identidad posibilita un estar en el mundo. El tema es entenderla como algo absoluto, si se pudiese pensar como algo más relativo y más como un pasaje, una ficción útil, como dice Nietzsche, pero es una ficción.

La locura como identidad también tendría sus consecuencias. Es decir, banco la utilización de ciertas posturas identitarias que permitan una pelea política, pero no que se consolide como un estar en el mundo ya de esa manera. Por ahí, las configuraciones

identitarias que si bien nos sirven como para pelearla, la idea de entenderlo como ficción... es decir, si tenemos que ir con una movilización para que se contemple desde el hospital, voy a estar bancando la cuestión de la locura. Pero no cerrarla o consolidarla como una identidad, porque como que restringe ciertas cuestiones.

M: Todo esto entonces tiene que ver con la idea de que la locura es un estado que puede ser modificado, que no es continuo en la vida.

E2: Totalmente. No es un continuo. Y en el hospital atraviesas eso. Los locos no están 100% locos y la locura es un padecimiento, no está bueno pasar por ese momento. Los chabones no la están pasando bien en ese momento. Por ahí igualar la locura a padecimiento mental... por ahí eso si me hace un poco de ruido. Pero si esto, son momentos. Y eso aparece en la clínica continuamente. Por eso está bueno pensar en momentos, que te toma todo el cuerpo y estallas, pero no es un estado continuo.

A mí en particular, obviamente es una posición, el estar loco no me copa como construir una identidad a partir de eso. Si, y me parece esto de la utilización de ese significante de forma de desarticularse de todo lo que condensa, la locura tiene una condensación de significación enorme, desde este imaginario que estás loco entonces toda tu vida es una locura. Y locura que vas a estar todo el día alucinando, al palo, una excitación psicomotriz enorme. Después está la idea que se asocia mucho al arte como una forma terapéutica, si... pero no es el arte la salvación. Y hay otras formas, en el trabajo. En el laburo vas a ver otra forma más de estar en el mundo y atravesarlo. Entonces esos relatos que se arman en torno a la locura y la forma de abordarla... con la música pasa lo mismo, la música como forma terapéutica. El ejemplo de Alejandra Pizarnik es clarísimo... la tipa se termina suicidando. Podes leer la poesía de Alejandra y es impresionante, pero entender que eso por si solo te va a ayudar y te va a liberar, no sé, por la experiencia que tengo –que no es un montón- en el estar, ver, dialogar me permite empezar a derivar esto... grandes relatos que se arman en función al arte por ejemplo.

M: También hay un dejo de infantilización en estas cuestiones...

E2: Es uno de los puntos a trabajar, preguntarse qué es lo que estoy haciendo, a partir de tratarlo de determinada manera en los usuarios. Y también se juega esta idea de la peligrosidad... se pone en juego. Ya el cuerpo se configura de cierta manera. Y hay prejuicios a partir de los profesionales, me acuerdo de un profesional que le dice a dos

alumnas “tengan cuidado por donde van, traten de ir acompañadas, porque ustedes son mujeres y puede pasar algo”. Hay cierto imaginario que se sostiene de ese lado, que si bien puede suceder, puede suceder en cualquier ámbito. Esto obviamente sacando de lado los momentos más agudos de la enfermedad, donde hay tanta excitación psicomotriz que te puedes ligar un golpe. Pero en esos momentos la agresión no está dirigida hacia vos. Hay algo de la regulación de lo corporal que en ese momento está como perdido.

M: Me interesa lo que decías del prejuicio del profesional. Intento pensar el diagnóstico desde la identidad, si le sirve tener un diagnóstico como una respuesta o si en realidad lo encasilla...

E2: Mi opinión en relación a esto... que se presenten que ellos son esquizofrénicos grado 2 o que tienen trastorno de bipolaridad, eso los configura de determinada manera en donde toda su vida gira en torno a esa construcción identitaria. Que si bien Freud lo utiliza y está bueno, debería ser de forma ortopédica. Una forma identitaria pero que no configure tu existencia. O sea, te ayudo a acomodarte pero después te la saco y que devenga algo que no sea tan restringido a esa patología, porque es una macana...

M: ¿Funciona el prejuicio del profesional con respecto al usuario? ¿Tiene que ver con la etiqueta? Bueno, ver del otro lado como funciona este etiquetamiento...

E2: Bueno, es fuertísimo, porque del lado del profesional es “está haciendo esto porque es un paranoico” y por ahí no tiene nada que ver con la interpretación del profesional. Entonces, ahí se empiezan a parecer estos prejuicios y el diagnóstico como un obstáculo más que como la posibilidad de tratamiento. Y ahí hay que tener ciertos cuidados en el diagnóstico. Sí como posibilidad de poder hablar con otros profesionales, pero teniendo siempre ciertos recaudos. Por ejemplo, todos los pibes son TGS, ADD, todo tienen tal cosa... ahí si nos quedamos con la lectura del diagnóstico para tranquiliza. Por ahí sí permite de forma ortopédica acomodar algo, porque sentir que tenés una enfermedad y no sabes qué es, es re angustiante, entonces decir “lo que vos tenés es bla bla bla” por lo menos te acomoda. Pero armar y hacer desde el profesional toda una lectura de su vida y de su historia a partir de ese diagnóstico es como medio complicado.

Hay una cuestión de que el diagnóstico más que ayudar limita bastante y creo que es como necesario tener ciertos recaudos. Vuelvo a lo mismo, el padecimiento mental es una instancia. La locura asociada al padecimiento mental... creo que ahí está el error.

M: Hemos nombrado un poco esto, lo que tiene que ver con la familia y los lazos sociales. La ley insiste bastante en reconstruir los lazos sociales ¿Te parece que en general los usuarios son acompañados por sus familiares sea en los diferentes procesos, te parece que ha habido un cambio en que lleguen acompañados o sigue una idea de soledad? Para los imaginarios sociales, la locura suele estar muy atada a la soledad también.

E2: Si, totalmente. A esa persona que está padeciendo asilémosla porque genera una complicación. Es el complicado de la familia. El tema es esto, que me gusta pensarlo para el tratamiento, la idea que implica que esa persona está encarnando una conflictiva que es familiar, pero también es de la historia social más allá de que la familia es una mini representación del entramado social. Es toda una historia. Me gusta cómo abordarlo de esa manera porque me corro de la idea de la individualización en el tratamiento, es decir, cada persona es un mundo. A ese absoluto lo trato de relativizar y pensar que es el producto o resultado de toda una historia, y ese malestar mental representa de una u otro manera lo que está sucediendo socialmente. Entonces producto de esto las personas vienen con los lazos cortados, de estas vinculaciones familiares y se nota. Muchísimo. Influye también la cuestión de la vulnerabilidad socioeconómica. Es el resto de este entramado capitalista que está ahí, pero que es parte de lo mismo. Porque es el resultado de eso. Entonces los lazos aparecen cortados.

M: ¿Y adentro del hospital se generan entre internos?

E2: Si, sí. Cada servicio es un mundo. Por ejemplo en las casas de Medio Camino se trabaja en función a ello. Son lugares reducidos, 20 o 30 personas. En el Hospital hay un Centro de Noche que es una casa, que la idea es que vayan a trabajar y vuelvan y tengan un espacio para estar. Que es como mínimo... esto de tener un lugar hacia donde volver, es fundamental. ¿Imagínate no tener un lugar a donde volver? Vos fijate que se arman estos espacios en la vía pública, que están ranchando. Pero arman un lugar para dejar sus cosas, ir a cartonear y volver. Ranchitos debajo de la autopista. Entonces esas cosas son como fundamentales. Entonces, relacionado a la pregunta anterior, la familia como ese lugar para volver.

M: Hay una cuestión que me llama la atención y es como se labura con respecto a la autonomía y la toma de decisiones de los usuarios. ¿Es posible laburar en la autonomía de estas personas? Si tiene más que ver con lo que el doctor le va diciendo que le va a hacer bien o tiene que ver con la construcción de una toma de posición del sujeto... teniendo en cuenta las herramientas que se tienen, dentro del universo de lo posible.

E2: Hay un mix. Vos habías mencionado lo de la toma de decisión. La autonomía se trabaja muchísimo en todos los servicios. Se trabaja a partir de esto, de que tengan ciertas habilidades sociales, ya sea porque no estuvieron trabajadas o porque de alguna u otra manera la vida los llevo por otros lugares. Y lo bueno y lo interesante es que hay servicios donde se trabaja a partir del armado. Creo que te había comentado de “La Huella”, de carpintería y recuperación de muebles. Este lugar lo que hace es recuperar muebles y participan usuarios y se armó una cooperativa y trabajan la decisión en asamblea, o sea, que la toma de decisiones se toman en asamblea. Se sientan todos los usuarios, que dejan de ser usuarios del servicio de salud y empiezan a ser cooperativistas. Entonces fijate como ahí se corre el lugar de la nominación de la locura como forma de estar y tratamiento a un cooperativista que está en un proyecto. Entonces cambia completamente. Toda esta carga que tiene la locura, entonces ahí la locura está asociada a lo improductivo, a que está delirando todo el día... y estudiantes de psicología que van al Borda tienen esa reflexión... la improductividad, la peligrosidad, la posibilidad de establecer un diálogo.

M: En la anterior Ley la cuestión de la comunicación solo era unidireccional, el doctor obligado a comunicarlo todo. En la nueva Ley la comunicación no es un eje tan importante, pero me gustaría saber si para los profesionales es importante fomentar la comunicación: sea entre usuarios, usando otros medios, lo que me contás de la asamblea forma parte de esto...

E2: Bien, pero dentro del modelo hegemónico no funciona de esa manera... sigue estando dado en manera unidireccional y no se brinda información alguna. Sino que te dicen “es esto, esto y tenemos que hacer aquello”. Y queda todo limitado en esa cuestión. Y no es todos los servicios. En los servicios donde vos encontrás una psiquiatra o un psiquiatra que esté a favor, bien, porque no todos militaron la nueva Ley... hay mucha resistencia, el discurso que impera es el discurso médico. Así que los

psicólogos tratan de dar otra vuelta de rosca. Es muy complicado que se pueda dar esto de la comunicación, que se pueda dar algo que escape a lo ortodoxo y esas formas tan cerradas de tratamiento.

M: Me imagino que hay una idea de operatividad. No hay tiempo de charlar, o buscar los mejores medios para que suceda... o entender, para explicar.

E2: Y el que pone el gancho siempre es el psiquiatra o el psicólogo. Entonces todos los demás profesionales que participan, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, el que firma el historial clínico es el psiquiatra... o el psicólogo. Entonces ubicar eso no es un detalle menor, pero los que van a mandar son ellos. Hay psicólogos que también arrastran esa prehistoria y no pueden pensar algo más.

M: Bien, por último más a modo de reflexión, relacionado a los usuarios de salud mental... ¿Cuáles crees que son sus preocupaciones principales, sus problemas principales? En cierto plano de lo afectivo, lo elegido...

E2: Ufff, es re amplio eso, o podría buscar la principal. Depende de las situaciones, entonces los intereses son otros. Me parece que desde el plano laboral... recuerdo un usuario que estaba en el Servicio de Admisión, que es el servicio heavy, que tenía ganas de empezar un emprendimiento de tatuajes. Entonces su interés es salir de ese momento y dedicarse al dibujo y poder ponerse un local... pero no sabría decirte efectivamente. Me quede pensando ¿En qué sucede y qué pasa con los sueños y los deseos en el tratamiento?. Y está bueno eso porque hay veces que se pisa o se pasa como un segundo plano, que en ciertos momentos si... en los estados más agudos hay que trabajar con los síntomas para que baje un poco. Pero el después está bueno... más que nada por las cuestiones de externación. Hay uno de los grandes problemas de los hospitales de SM que es la “puerta giratoria”, usuarios dados de alta que después vuelven. Entonces esa problemática se empezó a tratar de abordar, porque solo se hacían tratamientos que lo trataban de bajar, lo equilibraban un poco y lo daban de alta. Lo externaban. Entonces, esto lo toma la nueva ley, y se trata de configurar esto del entramado social, la vinculación, el trabajo como algo que permite la inserción casi inmediata. Pero no hay un laburo en cuanto a los intereses y deseos de esa persona. Que más que nada es como esto... tenemos taller de lutier, tarjetas y bolsas, como hay en el Servicio de Externación. Entonces, los usuarios llegan al servicio entonces más o menos por el perfil vas a este o este, quedando limitado en lo que queda en el servicio. Las preguntas

están direccionadas a los espacios que tiene ese Servicio. Si te viene uno con que quiere pintar y lo tienen que derivar y hay que ver si hay espacio en el otro servicio y se vuelve una cuestión administrativa. Si hay como proyectos de externación que contemplan eso pero desde el lugar del trabajo. Se trabajan los deseos e intereses desde ese lugar para poder armar algo en relación a ese cambio subjetivo.

M: Sin haberte preguntado por la cuestión del trabajo, fue algo que nos atravesó todo el tiempo.

E2: Si, es uno de los ejes que se permite abordar. Porque el psicoanálisis trabaja sobre el trabajo. Hace una diferencia entre lo que es el trabajo, es el empleo, no necesariamente tiene que ser una retribución económica, sino algo donde se ponga en juego tu deseo y que puedas hacer algo con ese deseo. Algo de lo creativo. La creación es fundamental, es uno de los elementos que posibilita el trabajo. Que puede estar asociado no necesariamente al trabajo en sí mismo... si el trabajo es uno de los ejes súper importantes. No es el único, para el tratamiento es muy importante, no es el único, el arte es otro por ejemplo.

Entrevista 3

M: ¿Qué diferencias encontrás entre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y la ley que regía en la ciudad 448?

E3: La Ley 448 surge en el año 2000 y fue reglamentada en el 2004. Resultó un antecedente muy importante para la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), tenía alcance en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Es una ley de la ciudad y no del resto del país. Sabemos que la realidad de la ciudad de Buenos Aires, más allá del Riachuelo o la General Paz, es muy diferente a lo que ocurre en el resto del país. La verdad es que esta ley no trae grandes cambios en las prácticas del Sistema de Salud Mental.

Trajo muchos cambios la aplicación de la LNSM y su Decreto Reglamentario 603 del año 2013, como también la modificación del Código Civil en el 2015.

Se reglamentó la intervención del Órgano de Revisión y la Unidad de Letrados desde el Ministerio Público de la Defensa.

La 448 en cambio, quedó como letra muerta, tuvo escasos efectos en las prácticas. Esta transformación necesita de tiempo, de la participación de las universidades, los profesionales de las distintas disciplinas y las asociaciones de profesionales.

Los cambios tienen que producirse desde diferentes ámbitos y actores. La Ley 448 planteó una intención pero faltó ajustar las condiciones de su implementación.

La Ley de la Ciudad de Buenos Aires, a diferencia de la LNSM, plantea la sustitución de las prácticas y lógicas manicomiales hacia aquellas que sostengan tratamientos ambulatorios, no restrictivos de la libertad de las personas y con base en la comunidad. Sostiene la transformación del manicomio pero la LNSM en cambio, determina su cierre en el 2020... ya nos estamos aproximando.

Entonces la LNSM plantea su cierre, uno podría decir “cierre o transformación”, que pase de ser un hospital monovalente a uno polivalente. Esta diferencia implica advertir todas las dificultades que se presentan: tiene que haber camas de salud mental en los hospitales generales, capacitar a los técnicos de salud mental, crear instancias alternativas a los hospitales psiquiátricos... hay muchas cuestiones.

M ¿Qué cambios crees que la Ley Nacional introdujo en el sistema de Salud Mental?

E3: Estoy de acuerdo con la Ley Nacional. Nosotros trabajamos desde esos lineamientos, desde una perspectiva integral, desde el paradigma de reducción de riesgos y daños. Se trata de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

En este servicio, funciona un Programa de Pre Alta y de externación asistida. Nos enfrentamos con muchas dificultades, sobre todo con aquellos usuarios que no cuentan con una red singular de apoyo, recursos habitacionales ni económicos para sostenerse afuera del Hospital en un tratamiento ambulatorio. Apostamos a poder transformar el fenómeno de la puerta giratoria propia del sistema de salud donde se producen las reinternaciones y no se sostienen en el tiempo los tratamientos ambulatorios. Hay que crear las condiciones para la continuidad de cuidados. Es necesario sostener derivaciones asistidas, mayor accesibilidad a los turnos para las consultas. Si el usuario tiene que concurrir a un Hospital de madrugada para acceder a un turno, faltar al colegio o al trabajo para obtenerlo o hacer las largas colas en pasillos en época invernal. Muchas veces tienen que hay que ir con criaturas... son condiciones propias de los hospitales, si bien hubo mucha campaña de que los hospitales funcionan de 8 a 20 horas, y que los turnos pueden sacarse por teléfono o internet, en la realidad no siempre es así.

Acá pudimos vivir uno de los cambios que produjo la 448 y que también se puede apreciar en la LNSM: los cargos de conducción de los equipos, tanto jefatura de sección como de servicio o unidad, puede ser ocupado por cualquier integrante del equipo de salud. Habrás escuchado que históricamente desde el modelo médico hegemónico, la conducción de los servicios de salud de los hospitales siempre fue protagonizada por un médico. Se dio desde el lugar de poder y control social que ocupó la Medicina y sobre todo la Psiquiatría y así, la medicalización de la vida de las personas. Entonces, es a partir de la Ley 448 como antecedente importante, que cualquier profesional de la salud, si demuestra su idoneidad para el cargo y presenta las incumbencias profesionales necesarias para ejercerlo, puede concursar para ser jefe de un servicio. Históricamente, hubo resistencia si no era un hombre el que ocupara ese lugar, más aún si no era médico... Aunque hubo algunos casos aisladamente, en algunos hospitales más que otros, algunas psicólogas mujeres fueron jefas de servicio. Por eso te contaba que pude

concurrir en el año 2013 como Terapeuta Ocupacional para ocupar el cargo de Jefa de Sección.

Primero estudié Terapia Ocupacional, después Psicología y como siempre me interesó la Docencia, hice el Profesorado de Psicología. Con mi cargo inicial de Terapeuta Ocupacional pude concurrir como Jefa de Sección en este servicio. Actualmente estoy “a cargo del Servicio” porque se jubiló el jefe anterior hasta que se efectúe el llamado a concurso. Igualmente fue resistido, me vinieron a decir que no podía concurrir porque era terapeuta. Después fue aceptado.

¿Cómo podemos pensar los servicios de rehabilitación de prevención, de APS a cargo únicamente de médicos?

M: Recién me contabas sobre una serie de problemas de la implementación de la Ley Nacional, ¿Cuáles te parecen que serían los principales problemas para una implementación total? ¿Cuáles son los problemas más grandes que ves para cumplir el objetivo?

E3: Son varios... en principio si bien hubo muchas campañas y asociaciones que vienen trabajando en cambiar la estigmatización de las personas con padecimiento mental y la representación social de la locura, aún no se ha logrado. Se trata de no discriminar... digo locura y digo adicciones, lo vamos a poner en el mismo lugar.

Me parece que socialmente, si bien se trata de una ciudad grande –hablando de Buenos Aires- que puede tener la ventaja del anonimato también puede ser una desventaja para algunas cuestiones. La comunidad, la sociedad no está preparada para las transformaciones que propone la ley, para alojar e integrar a las personas con padecimiento psíquico.

Después está la cuestión de la formación de los profesionales, como transición necesaria para el cambio de paradigma. Existen muchos prejuicios que nos determinan a la hora de pensar y transformar las instituciones. Cuando empecé a trabajar en este Hospital, había alrededor de 2500 pacientes internados, ahora hay 300 y pico. Se invirtió la pirámide en cuanto a la cantidad de pacientes internados y los que están realizando tratamientos ambulatorios. Hay muchos profesionales que tendrían que acompañar y sostener la externación asistida, el sostenimiento del alta de los pacientes. No siempre

ocurre, no necesariamente esto se fue modificando en todos los efectores del Sistema de Salud.

Después, es verdad que hay personas que transitan su crisis, su descompensación y pueden volver al lugar donde estaban y cuentan con su familia. Algunos cuentan con algún trabajo o alguna actividad o rutina ocupacional... pero es cierto que muchos están en una situación de precariedad habitacional o en situación de calle.

Esa es otra problemática que no se reduce estrictamente al ámbito de la Salud Mental. Hay una gran parte de usuarios que viven en situación de calle. El acceso a una vivienda como a otros derechos está totalmente vulnerados... entonces para dar el alta siempre pensamos: “si acá se internan por riesgo cierto e inminente”, atraviesan la crisis, se puede trabajar para lograr su compensación. Se organiza el esquema de medicación pero... ¿Cómo se sigue después? En realidad, la persona está compensada en condiciones de contención, de manera intensiva durante las 24 horas. Se puede decir que cuenta con un apoyo de grado alto. Durante la internación se puede garantizar que tome la medicación y cuenta con diferentes cuidados... pero ¿Qué pasa cuando la persona se va de alta y necesita de la continuidad de cuidados en un contexto ambulatorio? No es lo mismo ver un paciente una vez por mes que en la continuidad de todos los días. Si llega a faltar a su consulta, coincide con un paro o no puede acceder al hospital por cualquier motivo... pierde el turno, no puede renovar su receta, y como no lo puede comprar por el alto costo, deja de tomar su medicación y se vuelve a descompensar... Tal vez no tenga la intención de abandonarla, no siempre los pacientes se oponen a continuar su tratamiento. Puede pasar que se queden dormidos y no lleguen a su turno. Entonces... ¿Cómo trabajar desde lo comunitario, lo territorial para que no se reduzca a la modalidad hospitalocéntrica? Allí entramos en otro tema que tiene que ver con la accesibilidad a los servicios de salud y a la necesidad que los mismos se encuentren en la cercanía de los usuarios, en sus barrios.

Se necesitan más hospitales de día, hospitales de noche, Casas de Medio Camino, pisos asistidos... Hay personas que realmente no pueden vivir solas o no es indicado que lo hagan luego de su externación. Necesitan de un cuidado que a veces es mínimo y otras veces, requieren de la continuidad de cuidados para que puedan sostener su tratamiento ambulatorio. A veces es necesario asegurarse que pueda tomar la medicación, que descansa en un ritmo de sueño organizado y que alguien pueda advertir signos de alerta

o índices de alarma frente a una posible descompensación. Simplemente para contener, para realizar ajustes y para que la persona pueda seguir externada... pero no siempre contamos con esos recursos, con vacantes en casas de medio camino e instancias alternativas a la internación. Nos encontramos muchas veces, en el dilema de que la persona siga internada porque aquí está cuidada, compensada o que se vaya de alta en condiciones que puede quedar “a la deriva”.

El hospital psiquiátrico no es un lugar para vivir, la calle tampoco lo es. Entonces... ¿Qué condiciones son necesarias para que esa externación sea sustentable? Muchos pacientes se van a vivir a un hotel o pensión con un subsidio que no fue pensado para los usuarios de salud mental como es el Subsidio 690 (subsidio habitacional) Tienen que hacer largas colas y sostener mucha espera para entregar todos los meses el recibo del pago del alquiler. Hemos intentado que cuenten con un pase libre para dirigirse directamente a la oficina, que suban directamente para entregar su recibo de alquiler. Al mismo lugar, Desarrollo Social de la calle Pavón y Entre Ríos, van las personas que están en riesgo de desalojo con el riesgo de terminar en la calle. Nuestros usuarios en diez meses (mientras dura el subsidio habitacional), no consiguen trabajo, no cursan una carrera universitaria y ni dejan de necesitarlo. Entonces en ese punto, no contamos con más recursos. Existe el PREASIS del Gobierno de la Ciudad, trabaja como dispositivo de externación, cuenta también con subsidios y acompañan en la reinserción social. Hay Casas de Medio Camino que requieren de mucho tiempo de espera para acceder a la vacante. Hay muy pocas camas disponibles para toda la Ciudad de Buenos Aires. Además, no se trata de necesidades de “medio camino”, es un recurso que no resulta necesario de manera transitoria. Hay personas que lo van a necesitar siempre.

Todas estas cuestiones son las que evaluamos y diseñamos desde el Programa de Pre-Alta y Externación Asistida.

Entonces, para que una externación sea sustentable, se necesita contar con un sistema de apoyos. Algunos de ellos pueden ser disminuidos gradualmente y otros se tendrán que sostener en el tiempo.

Uno de los mayores desafíos y obstáculos que encontramos es la falta de una vivienda digna al momento de la externación. Los pacientes terminan recurriendo a hoteles, alquilan habitaciones que en realidad son “*dormideros*”. No cuentan con muebles, ni siquiera con una mesa. Tienen que comer en la cama sobre su falda, no tienen

calefacción ni refrigeración. El sistema eléctrico no soporta que puedan enchufar nada... todo esto en un contexto de vulnerabilidad y a veces donde se presentan vecinos que protagonizan situaciones de mucha violencia. Se trata de contextos que no son nada favorables, más aún si se trata de personas que tienden a recluirse, a aislarse. Justamente en esos lugares se encierran, no cuentan con ventanas, no saben si es de día o de noche, muchas veces no cuentan con luz natural, no es un lugar conveniente, no es un lugar saludable.

M: ¿Estas situaciones las conocen porque una vez que se externaron hacen un seguimiento, porque las personas vuelven a internarse?

E3: Este es un Servicio de Pre-alta pero luego de la Ley Nacional de Salud Mental se fue transformando en un Servicio de Pre Alta y Externación Asistida. Las personas continúan asistiendo una vez externados. Realizamos un seguimiento cotidiano, concurren desde el desayuno, comparten las actividades de la mañana y tienen el almuerzo con sus compañeros. Trabajamos con el Servicio de Nutrición, con las nutricionistas de manera interdisciplinaria. Contamos con licenciado en enfermería, una acompañante terapéutica, psicólogos, una trabajadora social y terapistas ocupacionales.

M: ¿Y hacen usos de todos los recursos los usuarios? Por ejemplo, la nutricionista, lo hacen porque quieren, es una obligación...

E3: Si nosotros evaluamos que hay alguna cuestión nutricional, pedimos la interconsulta. Los nutricionistas trabajan con los servicios, vienen a dar talleres, asesoran, hacen el seguimiento alimenticio de las personas.

M: ¿Qué herramientas se le brindan? ¿Hay una preparación antes de la externación o antes de llegar a otros dispositivos?

E3: Si partimos de la idea que el alta tiene que ser programada y asistida, hay que diseñarla desde el día cero de la internación.

M: ¿Era novedoso entrar como Terapeuta en esa época?

E3: En ese momento ya existía un Servicio importante de Terapia Ocupacional. En el momento que ingresé se llamó a concurso por diez cargos por un proyecto de Departamentalización del Director de ese momento. Pudimos ingresar diez terapeutas y diez trabajadoras sociales.

Volviendo al trabajo de pre alta, lo importante es que sea desde el día cero de la internación, que sea un trabajo progresivo y que se pueda ir evaluando desde los permisos de salida.

Trabajando con los servicios de internación podíamos evaluar que nos derivaban pacientes que tenían el alta pero en realidad se trataba de un alta administrativa y no terapéutica. Es necesario considerar la continuidad de cuidados luego de la externación.

Es muy diferente si desde el primer día de la internación se trabaja en función del alta, se planifica cómo y a dónde se va a externar que no hacerlo.

Desde que se implementó la Ley Nacional hubo cambios, antes había profesionales de la salud que decían: "... bueno, su hijo, su familiar es un enfermo mental, lo mejor es que se quede acá, el hospital es el mejor lugar para él". Todavía se escucha eso: "mejor que se quede acá, en su casa no lo va a poder manejar". Persisten aún esos discursos y esas prácticas. Ni siquiera evalúan qué posibilidades de programar un alta hay. Se tendría que poder articular una derivación de manera cuidada o asistida. Que al momento del alta, pueda contar con un turno para la consulta ambulatoria, habiendo establecido un lazo con el equipo que lo seguirá atendiendo. La idea es que conozca a los profesionales, presentárselos, que los conozca de manera personalizada y que no sea sólo un papel con un nombre. Es diferente que puede armar el lazo previamente. Esto no suele suceder así. Así que bueno... hay equipos que trabajan programando y preparando el alta con tiempo. Winnicott avisaba del alta dos años antes... Suele pasar en el sistema de salud que un profesional se jubila o termina su rotación y cuando viene el paciente a atenderse, le dicen que ya no viene más, no trabaja más acá. Es necesario mínimamente despedirse del paciente, buscar quién va a continuar con su tratamiento, que pueda encontrar el profesional adecuado.

M: ¿Te parece que ahora pasa más, esto de un mejor trato o de prevenir con tiempo el cambio de situaciones?

E3: Es medio relativo, hay quienes tienen una forma de trabajo cuidadosa y de respeto de los derechos de los pacientes y hay quienes no. Tiene que ver con la posición ética, con el compromiso con su tarea, con el respeto. Tiene que ver con la ética de cada uno... Ni siquiera tiene que ver con la profesión, sino con la ética y el modo de posicionarse.

M: Te iba a preguntar también, ya que el Borda es ejemplo en ese sentido, con respecto a los talleres que hay y otros tipo de dispositivos como: talleres de oficio, lugares como El Pan del Borda, el FAB, la Colifata...

E3: Me parece que en el Borda pasan cosas que no son las deseadas pero otras tantas cosas que sí lo son. Me parece que suele prevalecer el discurso mediático que resalta lo negativo pero hay gente muy comprometida. En el Borda se implementaron históricamente ideas y proyectos de trabajos innovadores e interesantes que no siempre se visibilizan.

Es un lugar donde hay un montón de cosas, hay muchas iniciativas. Lo complicado es que no siempre se cuenta con el presupuesto necesario. Muchas veces queda a cargo de voluntarios y profesionales ad honorem que una vez que consiguen trabajo, lo tienen que dejar y ya no se puede sostener.

Respecto a las trayectorias terapéuticas, se evidencia absolutamente la diferencia que hay entre una persona que está en un servicio donde se estimula el lazo con el otro, donde se proponen actividades significativas, donde se intenta causar la motivación, algo de su deseo... eso es totalmente distinto. Siempre digo ¿Cuántos intercambios por día tenemos? Desde que te levantas a la mañana, tomás un medio de transporte, ¿con cuántas personas hablás? ¿Cuántos estímulos recibís en el día? ¿Cuántas conexiones y lazos con la realidad? ¿Cuánto se espera de vos durante el día con los distintos roles que cumplís? La persona que está encerrada, no sostiene lazos ni intercambios significativos.

Hace poco empezó a tener salidas un paciente que está internado hace 27 años... parece difícil de creer. Me comentaba una colega que en el Melchor Romero hay un paciente que está internado hace 70 años... se internó a los 18 y ahora tiene 88.

El paciente que te cuento, retomó los permisos de salida. No tomaba un subte hacía 27 años. Notó que el subte estaba totalmente cambiado. ¿Qué implica para una persona estar en un servicio de internación, no tener un lazo con el afuera por tanto tiempo?

Me parece que toda estimulación es importante, se trata de que alguien te espere, te aloje, te transmita que tiene un sentido tu presencia, que si concurrís o no, no da lo mismo. Se trata de que puedas sentir que sos necesario. ¿Por qué te levantas a la mañana en invierno con 2° grados y aún es de noche? Si nos levantamos es porque alguien nos

espera, hay una función que cumplir, tiene un sentido. Si una persona queda invisibilizada, nadie la espera, no se la cuenta, da lo mismo si está o no está, termina resultando un “*como sí*”. Distinto es decir “yo registro tu presencia y registro también si no viniste”. Cuando faltan, los llamamos por teléfono o le preguntamos al día siguiente por qué no vinieron, qué les pasó.

M: Con respecto a la ley me gustaría preguntarte si recordás cuándo salió y como se vivió el momento, el proceso, los escenarios, los actores...

E3: Depende de cada escenario, cada lugar... en cada institución se vivió de manera diferente. Yo lo viví en el Hospital Bonaparte, que en ese momento era el Cenareso.

Tuvo la intervención institucional de Edith Benedetti en función de lo que plantea la Ley Nacional en sus artículos. Se crearon distintos dispositivos para cumplir con las transformaciones que propone la ley para el sistema de salud mental como priorizar los tratamientos ambulatorios, indicar y sostener las internaciones como último recurso terapéutico, diseñar estrategias asistenciales que no restrinjan la libertad, que no corten los lazos sociales, que consideren su pertenencia y referencia territorial, etc. Bueno... todo lo que determina la Ley. Otra pata importante desde la intervención, fue el área de capacitación como herramienta para lograr la transformación institucional. Se dictaron muchos cursos en relación a los derechos de los pacientes y del equipo de profesionales. Yo realicé muchos cursos virtuales. Pero acá en el Borda, los cambios empezaron a verse desde el año 2013 en que se reglamentó la ley. Me parece que lo que impulsó el cambio en las prácticas fue la presencia de la Unidad de Letrados, de la Defensoría y el Órgano de Revisión.

En ese momento yo estaba trabajando en internación, se presentaba la Unidad de Letrados para defender los derechos de las personas con internación involuntaria. Nos reuníamos con ellos a diseñar estrategias, a pensar el tratamiento de los pacientes, su internación y la planificación del alta. Entrevistaban a cada paciente, evaluaban las condiciones de su internación y si habían firmado el consentimiento informado. Observé cómo un letrado se presentaba para defender sus derechos. Lo pude ver acá en las internaciones. Así que más que nada, esa presencia y los distintos profesionales que estaban favor de la Ley, empezaron a transformar sus prácticas.

Bueno, los cambios no se dieron de la misma manera en todos los sectores y servicios. Por ejemplo, es fundamental ubicar cómo se respondía desde la Guardia en las consultas, ante los pedidos de internación. De qué manera se medía y se evaluaba la presencia de riesgo cierto e inminente a diferencia de la presencia de peligrosidad en el paradigma anterior.

Las internaciones antes podían producirse *por orden judicial*, en cambio ahora, el Juez no puede indicar una internación, sólo puede ordenar una evaluación interdisciplinaria. Es diferente que se trate de *un equipo interdisciplinario* y ya no sólo de un médico psiquiatra. Acá en la guardia hay también psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Faltan los terapeutas ocupacionales que hay en otras guardias como en los Hospitales donde funciona la RiSaM -la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental- Tendríamos que ver qué pasó en los distintos lugares, sobre todo en Admisión y Guardia. Los cambios se dieron en los criterios de internación y en la duración de las mismas. Otro tema es cómo pensar el momento de programar el alta. Hay algunos programas que trabajan en la externación de los pacientes, se creó el PREASIS, algunas Casas de Medio Camino, pero no son recursos suficientes como instancias alternativas a la internación.

El Estado tiene que brindar alternativas a que las personas se queden viviendo en los hospitales monovalentes, que se extiendan las internaciones por *razones sociales o habitacionales*.

En el momento de dar el alta a un paciente, es importante evaluar su situación social, económica y habitacional. Es necesario, a la hora de externar contar con una red de apoyo. Si no existiera y no hubiese contención familiar, es necesario construir una red alternativa. No alcanza con tramitar un subsidio habitacional y que se vayan a vivir solos a una pensión, habitación o casa. Muchos de ellos necesitan una externación asistida y una residencia protegida o asistida, requieren de un sistema de apoyo. Muchas veces está indicado que puedan contar con acompañamiento terapéutico, como un recurso muy importante para trabajar la externación y el sostenimiento de la misma. Algunos tienen PROFE (Programa Federal Incluir Salud), pero es una cobertura insuficiente en sus prestaciones. En este momento no cuentan con acompañantes terapéuticos.

M: ¿Estas son obras sociales?

E3: Son coberturas médico-asistenciales para aquellas personas titulares de pensiones nacionales no contributivas. No llegan a ser una obra social. La mayoría de nuestros pacientes tiene certificado de discapacidad, muchos necesitan acompañante terapéutico pero no se logra a través de este Programa Incluir Salud y tienen que pagarlo de forma particular. Es muy engorroso para ellos poder hacer los trámites, resulta muy burocrático.

Para lograr que les cubra los medicamentos, tienen que atenderse en un hospital público, concurrir a una farmacia determinada, hacer largas colas... al final, terminan pagándolo de manera particular. Nosotros lo llamamos “*Excluir Salud*” porque no permite realmente el *acceso a la salud*, los deja por fuera.

Después hay otros temas... Trabajé muchos años en Emprendimientos Sociales de Salud como un efector más del sistema de salud mental. A partir de la Ley 448 se formó el Programa de Emprendimientos Sociales del Gobierno de la Ciudad (Res N° 893/MSGC). Según la Ley 448, se lo considera un efector de salud que favorece la integración sociolaboral de los usuarios (adolescentes y adultos) de la Red. Es para aquellas personas que presentan vulnerabilidad social y económica.

Nos enfrentamos con el desafío de lograr la sustentabilidad de los emprendimientos para la inserción laboral y la autonomía económica de los usuarios. Ese es un gran tema y una deuda muy importante para las personas con sufrimiento mental.

Después bueno, para lograr lo que plantea la LNSM, habría que ver en cada área, ¿no? Existe la necesidad de crear más hospitales de noche, hospitales de día y todos aquellos dispositivos de contención y continuidad de cuidados que les permita sostener tratamientos ambulatorios y no estar institucionalizados en hospitales monovalentes.

M: Con respecto a lo que ha sido la internación y la externación ¿Te parece que la población que se venía a internar voluntaria o involuntariamente cambió? ¿Son más jóvenes, vienen con nuevas patologías o el abanico es aún grande?

E3: El abanico es grande. Lo que cambia son los criterios que se utilizan para la internación. Si bien no se puede generalizar, antes la internación, en muchos casos, era la primera respuesta, la primera medida o indicación frente a una situación de consulta en una guardia frente a una crisis o desestabilización. Ahora tal vez, se intenta agotar otras instancias o estrategias de contención como ajustes de medicación, indicación de

acompañamiento permanente, consultas ambulatorias para evaluar el criterio de internación como último recurso. En general, ha cambiado el orden de prioridades.

M: También me comentabas lo de riesgo cierto e inminente ya no pensando en términos de peligrosidad.

E3: Cuando se piensa en términos de peligrosidad, lo que se está considerando es un *riesgo potencial*, de una situación que puede presentarse o no. Nadie puede tener la certeza de que una persona presenta riesgo suicida o que puede realizar acciones o actos que impliquen riesgo para sí o para terceros. Desde el cambio de ley, lo que se evalúa, es si la persona presenta riesgo cierto e inminente al momento de la evaluación. El equipo interdisciplinario que realiza la evaluación, tienen que determinar si la persona presenta riesgo y que resulte muy probable. No se trata de advertir un riesgo que *pueda presentarse o no a lo largo del tiempo como un potencial*. Si se lo considera como riesgo inminente, se trata de una situación actual, se presentan síntomas agudos que producen una descompensación psíquica con presencia de excitación psicomotriz, ideas de muerte, de matarse, de lastimar o matar a otro. Además, eso se presenta como algo inminente y no hay mucha duda.

En cambio, el concepto de peligrosidad implica que una persona *es de por sí peligrosa*. Desde el paradigma anterior, por el sólo hecho de haber tenido una crisis o presentar determinado diagnóstico, ya se la consideraba potencialmente peligrosa. Implicaba que una persona, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, y por haber tendido descompensaciones previas, puede en cualquier momento volver a tenerlas. Se considera el *curso invariante de la enfermedad*. En realidad, puede volver a tenerlas o no. Dependerá mucho del tratamiento, seguimiento y contención que tenga esa persona para poder sostener la estabilización. Seguramente, por el sólo hecho de portar un diagnóstico, ya era suficiente o justificaba las internaciones ante cualquier situación que tal vez, se podía resolver de manera ambulatoria. Ahora, aunque tenga un diagnóstico, siempre hay que evaluar la presencia de riesgo cierto e inminente.

Desde esta perspectiva, se trata de cambiar la presunción de incapacidad por la presunción de capacidad de las personas. Poder pensar que por el sólo hecho de tener un diagnóstico, no es suficiente para determinar de manera lineal que la persona es incapaz. Es importante advertir si hay capacidades que están conservadas y, en todo caso, esas capacidades dependerán del sistema de apoyo que tenga la persona en su funcionalidad

cotidiana. Desde esta concepción de discapacidad social, se considera que una problemática o enfermedad es discapacitante en función del entorno de esa persona. Se trata de no quedarse con la idea del curso invariante de la enfermedad y la incapacidad de las personas con sufrimiento mental.

Desde el paradigma anterior, si un paciente sufría una descompensación, una vez estabilizado, se quedaba solía quedar 10, 20 años o de por vida en el Hospital. Entonces, ese paciente se compensaba pero como tenía un diagnóstico de psicosis, una enfermedad mental, se quedaba en el Hospital.

M: ¿Eso tiene que ver con el artículo que dice que el padecimiento mental no sea considerado inmodificable?

E3: Claro, invariante... el curso invariante de la enfermedad o el padecimiento. Si la persona tiene una crisis, una vez que se haya estabilizado esa crisis, ya no se justificaría que siga internado. Antes, se internaba, se estabilizaba pero quedaba internado. Si no había una familia que reclamara su externación y pudiese alojarlo luego de su alta, si el paciente se adaptaba, se institucionalizaba, terminaba tomando el Hospital como su lugar para vivir... se quedaba a vivir acá.

M: O sea que antes de la 448 o de la 26.657 ¿Ya existían los dispositivos de medio camino y alternativos o se quedaban en el hospital?

E3: Si, antes de la 448 ya existían. Por ejemplo, de este servicio dependía una Casa de Medio Camino que se inauguró en el barrio de Flores en el año 94. También se creó para ese entonces el Hospital de Noche. De hecho, el Hospital de Día del Borda, se inauguró con Mauricio Goldemberg en el año 67. Fue el primer Hospital de día del país, Se trataba de una propuesta innovadora de tratamiento diurno, alternativo a la internación en el cual el paciente no corta los lazos familiares y sociales. Puede continuar viviendo en su casa y hacer tratamiento durante el día. Fue muy innovador para ese momento, para el año 1967. Estábamos a sólo 15 o 20 años de la revolución que produjeron los psicofármacos en los años `50. De la mano de los psicofármacos, se podía lograr la estabilización de las personas y que puedan continuar un tratamiento ambulatorio. En ese sentido, me parece que hubo muchos antecedentes importantes, no todo empezó con la Ley 448 o con la Ley Nacional.

Respecto a la implementación de la LNSM hay muchas cuestiones que no son sencillas. Cuando se presentan situaciones de riesgo cierto e inminente y el paciente no acepta la internación genera algunas dificultades. También se generan controversias cuando se tiene que externar a los pacientes para no extender en el tiempo su internación y no se cuenta con los dispositivos y recursos necesarios para que el paciente cuente con un sistema de apoyo y la continuidad de cuidados. Sobre todo, cuando en la mayoría de los casos, no cuentan con una red singular de apoyo.

Siempre se trata de contemplar el caso por caso. No alcanza que atraviese su crisis y se vaya. Hay que acompañar la externación asistida. Se tiene que trabajar en esa dirección desde el día cero de la internación. La misma tiene que ser programada, planificada y asistida. Hay que evaluar y trabajar en las distintas condiciones de externabilidad.

Porque bueno sí que se vaya de alta, pero hay que ver en qué condiciones se va. Pasamos de una contención total de las 24 horas a una situación en la que no encuentran contención afuera... entonces podemos de esta manera, estar repitiendo el fenómeno de puerta giratoria.

M: ¿Los pacientes participan cuando van a ser externados, se les pregunta, hay decisión de su parte?

E3: Eso es muy variable, depende cómo trabaja cada servicio. No se puede generalizar si participa o no.

Hay equipos que respetan mucho la voluntad del paciente, que sostienen una escucha activa y respetuosa de lo que el paciente quiere. Hay otros que bueno... "*te interno y te doy el alta*", allí el paciente es poco protagonista. Entonces vos estás preguntando si el paciente ocupa un lugar activo en su tratamiento, no se puede generalizar, depende de cada equipo, de cada servicio. Hay profesionales que lo respetan y hay otros que no.

Una cuestión importante respecto a la LNSM y su implementación, es que no se crearon las condiciones para que las prácticas puedan ser acorde a todo su planteo.

Uno puede tener muy buena voluntad y compromiso ético, pero si no tenemos los recursos necesarios, no se puede llevar adelante los lineamientos que plantea la Ley. No puede ser que haya dos o tres Casas de Medio Camino con ocho camas cada una para toda una ciudad de 3.000.000 de personas más todo el Conurbano que se vienen a

atender acá. Entonces, existe la Ley Nacional pero no se implementaron las condiciones llevar adelante esas prácticas.

M: Quería preguntarte un poco por lo del trabajo interdisciplinario ¿Qué desafíos presenta? ¿Se realiza junto a gente de Ciencias Sociales?

E3: Presenta *todos* los desafíos. El trabajo no sólo tiene que ser interdisciplinario sino intersectorial. Tal vez se lo puede pensar como el horizonte a alcanzar, como esa utopía que nos marca el camino. En realidad, me parece que en los últimos años se fue instalando cada vez más la idea del abordaje interdisciplinario en los equipos de salud.

Es necesario el trabajo interdisciplinario e intersectorial para abordar la complejidad que implican las problemáticas de Salud Mental. Ante situaciones complejas, las respuestas no pueden ser simples, tienen que ser articuladas desde distintas estrategias y modalidades de intervención. Hay obstáculos para que esto suceda que tiene que ver con la formación, con la manera en que entendemos nuestro trabajo y la manera de pensar las problemáticas en Salud Mental.

Si se plantean respuestas desde una sola disciplina se sostiene una mirada reduccionista. Esto puede explicarse desde varias razones, la formación que se da en cada carrera influye mucho en el modo de concebir las prácticas profesionales. En las carreras universitarias, encontramos pocas carreras y dentro de ellas, pocas materias donde se habla de interdisciplina. También tiene que ver con la posición y la ética profesional de cada uno. Son lugares y encuentros donde se juega el narcisismo de cada uno y de cada cuerpo profesional, de los que conforman cada disciplina. Se pone en juego el *narcisismo de las pequeñas diferencias* que señalaba Freud. Se juega la competencia, el poder... ¿Quién cura al paciente? ¿De quién es el paciente? Si lo pensamos desde una perspectiva ética, lo que tiene que importar es qué es lo mejor para el paciente y no quién tiene más poder. Pero sí... hay un montón de desafíos para poder trabajar de manera articulada. Lo que suele observarse es la multidisciplina, distintos abordajes en paralelo y no articulados entre sí. La idea es que haya una articulación y una misma dirección donde confluyan los distintos abordajes. Que pueda sostenerse un intercambio, el debate y la discusión clínica. Si eso no ocurre, puede haber superposición de intervenciones y direcciones divergentes o contradictorias entre sí.

M: ¿Puede tener que ver con ciertas palabras que implican prácticas? Desde comunicación puedo ver que cuando se habla de *diagnóstico*, se habla de *medicalización*, *DSM V*, *discurso médico hegemónico* ¿Cómo yo que no estudié todo esto, cómo hacer un diagnóstico, cómo puedo trabajar a la par de quien si tiene la hegemonía y el conocimiento para hacer eso?

E3: Una cosa es yo sea médica, médica clínica, infectóloga, psiquiatra, etc... estoy preparada y tengo incumbencias para diagnosticar, tratar y medicar a alguien. Pero el tratamiento no debe ser sólo farmacológico. Tiene que diseñarse también, otras estrategias e intervenciones. Una cosa es medicar cuando es lo indicado para aliviar el sufrimiento, síntomas o enfermedad de una persona, y otra es la medicalización. No se trata de medicalizar la vida de la personas.

¿Por qué pensás que el saber de alguien que prescribe un esquema farmacológico es el único poseedor de la verdad y su saber es superior al de los demás?

M: Intento ponerme en un lugar común, lo entiendo como algo instalado, del discurso médico hegemónico que está instalado en la sociedad. Cuando hablás con gente enseguida relaciona la salud mental a fármacos, con que el psiquiatra y el psicólogo son los principales y no ven que puede haber gente de un montón de aristas.

E3: Como te decía recién, eso tiene que ver con el narcisismo y con la manera que cada uno se piensa en su disciplina. No tendría por qué ser hegemónico el saber de ninguno. Me parece que se trata de diseñar estrategias desde cada mini-equipo tratante y en función de la singularidad de cada paciente. Dependiendo de cada caso, para algunos pacientes y en determinado momento, lo más importante puede ser el tratamiento farmacológico y en otros puede ser la intervención de otra disciplina. Dependerá de la problemática de cada uno y de lo que le está pasando en ese momento.

M: ¿Qué te parece que implica para el paciente un diagnóstico? ¿Hace a su identidad, a su implicación, te parece que funciona como etiqueta o estigma, le da alivio?

E3: Otra vez te diría que no se puede generalizar, en ninguna situación podemos generalizar. Todas las opciones que nombraste dependen de cada situación y del uso que se hace del diagnóstico. Puede funcionar como un estigma, como una etiqueta o como

algo que le da respuesta y le permite entender lo que le pasa. Depende también de cada paciente y como cada equipo aborde el tema del diagnóstico.

Lo importante es que el diagnóstico no sea lo que da respuesta a todo. El diagnóstico debe considerarse una herramienta clínica y terapéutica para el paciente. Depende de la manera de instrumentarlo. El paciente tiene derecho a saber su diagnóstico, ser informado sobre su padecimiento y tratamiento. Si uno piensa que todos los esquizofrénicos son iguales, todos los bipolares son iguales, hay que darles el mismo tratamiento es uno el que está generalizando y borrando la singularidad de cada uno. Distinto es que más allá del diagnóstico, se tenga en cuenta la singularidad y las variables personales de cada uno.

M: Una vez que los usuarios están internados ¿Ves que se generen lazos al interior, entre ellos?

E3: Sí. Tampoco se da en todos de manera igual. Hay amistades que se sostienen muchísimos años. Incluso algunos se externan y se siguen visitando. Se han formado parejas o hay quienes se van a convivir luego del alta porque arman un lazo amistoso.

M: ¿Algo más aparte del tiempo y la convivencia que te parece que lo habilite?

E3: Sí, el trabajo de los equipos. En muchos servicios y en este mismo, se trabaja la sociabilización, el intercambio y se propicia que puedan compartir distintas cosas.

M: Por último, ¿Cuáles te parecen que son las preocupaciones principales de los usuarios o sus deseos y problemas?

E3: Hay quienes no se quieren ir del Hospital y hay quienes se quieren ir desde el día uno. El hospital brinda techo, comida, medicación, compañía y un montón de cuestiones que al momento de la externación no siempre encuentran eso afuera. Muchas veces las condiciones, aunque parezca sorprendente, son mejores acá dentro que afuera. Algunos afuera, están en situación de calle o en paradores. Suele ocurrir que se externan y se sostienen condiciones de mucho aislamiento, de encierro, sin una mirada, sin la continuidad de cuidados. Por la vulnerabilidad social y económica, a muchos no les alcanza para comer. Vienen a comer al hospital durante la semana y después no les alcanza el dinero para comprarse comida para el fin de semana. No son las mismas condiciones cuando se externan y vuelven a vivir con la familia que cuando se van a

vivir solos. Es diferente si cuentan con casa propia o si tienen que vivir en un hotel o pensión... el que puede contar con un trabajo... es muy variable.

M: Me habías dicho que hace unos años las personas que se internaban en el hospital eran miles...

E3: Sé que en un momento llegó a haber 3.000 o 3500 camas. Ahora hay muy pocas camas ocupadas.

M ¿Y con qué tenía que ver ese momento?

E3: Todavía nos encontramos con población que fue internada desde el viejo paradigma. Se trata actualmente del encuentro de dos paradigmas. Un hecho a considerar es que fueron falleciendo muchos pacientes que se internaron hace años... tal vez se internaron a los 18 años y se quedaron a vivir acá después de su primera crisis. Muchos fueron falleciendo, eso es una gran realidad. Los tiempos de duración de las internaciones han cambiado totalmente. En muchos servicios, cuando se interna a una persona, se le dice a la familia: “mire, su familiar, su hijo, su hermano va estar acá mientras dure la crisis, va a tener permisos de salida, va a tener visitas y se va a ir de acá”. Tal vez se lo dicen el primer día y eso marca el camino.

Yo he escuchado que alguien traía a internar a su hijo de 18 años descompensado, en crisis y le decían: “bueno, mire el mejor lugar para su hijo es este, que se quede acá porque está enfermo, este es el mejor lugar para él”. Tal vez no le decían “mire, una vez que se estabilice su crisis se tiene que ir”. Podían plantearse después de bastante tiempo de internación, que un paciente estaba bien y que podían intentar externarlo pero, al momento de pensar esa alta, ya estaban cortados los lazos familiares, sociales... ya resultaba muy difícil poder lograr la revinculación. Vi en algunos casos que su habitación se había transformado en un kiosco, ya no había lugar para esa persona en la casa. Ya no tenía más cama o se había ido a vivir allí otra persona.

En algún momento tuvo un lugar pero esos lazos se fueron cortando, los equipos tampoco propiciaron que esos lazos se sostengan...bueno... hay otros que si lo hacen, como buscar en las redes sociales o en la web, tratan de ubicar a los familiares o allegados. Antes había que ir a la policía... cuando se presentan pacientes indocumentados, hay que empezar a rastrear, buscar en la guía de teléfono, etc. Ahora

tenemos otras alternativas para intentar ubicar el familiar de alguien, amigos o allegados.

Entrevista 4

M: ¿Cuál es tu profesión? ¿Qué tipo de trabajo realizas en relación al sistema de salud mental y sus usuarios?

E4: Soy Ana Tisera, Jefa del Hospital de Noche y Casa de Medio Camino. Son dispositivos que tienen mucho tiempo. La Casa de Medio Camino está desde el 2000 y el Hospital de Noche está desde el 94.

Ahora estamos atravesando el edificio central y en general a mí me gusta contar, cuando estamos recorriendo, que este edificio central está sin terminar, que no fue finalizado el reciclamiento del edificio con lo que lo que marca son ciertas contradicciones en la política de salud mental. No se han creado cosas nuevas que tenga que ver con la superación del modelo hospitalocéntrico y tampoco se arregló y se destinó la plata que tenía ya otorgada el hospital en terminar el ala del edificio central. Si nosotros vemos el edificio central, cuando salimos, vamos a ver que está pintada toda la fachada principal, que arreglaron las persianas de la fachada principal. Y ahora cuando peguemos la vuelta, la parte que no se ve no la arreglaron ni la pintaron, y el edificio central quedó en los laterales sin gas. Desde el año 2011, desde la crisis del gas en el primer Gobierno de Macri que dicen que van a hacer el Centro Cívico en el Hospital Borda y que van a cerrarlo... primero dicen que van a cerrarlo y proponen un plan de Salud Mental donde iban a abrir cinco monovalentes o siete... en distintos puntos de la ciudad. O sea, cerraban el Monovalente Hospital Borda y hacían cinco. En este momento nosotros, los que empezamos a cuestionar ese plan, llamamos los “macricomios”. Eso por supuesto fracasó porque no tenía ningún sentido y se avanzó con el reciclamiento del hospital hasta un punto, donde como te decía está la pared sin pintar. Porque no se ve. Eso para alguien que trabaja en comunicación es muy lindo contarlos en imágenes. Paredes sin pintar, persianas sin arreglar y la zona sin gas que vemos los Split. Los Split están solamente puestos en los dormitorios, no en las salas comunes, lo que también refuerza un determinado modelo. Calentito en la cama. Los lugares de sociabilización no tienen Split. Eso marca un estilo en la política de salud mental de hace unos años.

M: ¿Justificaron porque cerrar acá y abrir otros? Entiendo que hay que cerrar los monovalentes por las leyes, pero no entiendo la idea de abrir cinco más.

E4: Claro, bueno, habla del poco conocimiento de las leyes esa contradicción. Ves que acá estamos viendo el edificio porque es más nuevo (señala el edificio central), es del año 50 que aparece como más viejo, y este edificio que es del año 30 (el Hospital de Noche) aparece como más nuevo porque acá si se avanzó con la restauración y se mantuvo el estilo arquitectónico del edificio y se le agregaron las puertas y las escaleras de incendio, esto no es de la estructura original. Todo este pabellón, que es el Pabellón A, ya se recicló con una mirada moderna. Donde había camas, ya no hubo más camas de internación, por ejemplo en todo este sector había camas, ahora está el servicio de kinesiología. En aquel sector siempre estuvo Hospital del Día, en el primer piso están los emprendimiento de Terapia Ocupacional. Y hay una Cooperativa de Salud Mental que es “La Huella”. Acá está el Servicio de Psicología Clínica que son consultorios externos con orientación psicoanalítica. Está el gimnasio de kinesiología. Este es un lugar que se mantuvo, parte de la estructura original, pero que se recicló y se restauró todo.

M: **¿El sentido del lugar también cambió?**

E4: El sentido del lugar también, antes tenía camas, antes de la restauración, que terminó todo en el 2009.

M: **¿Específicamente cómo son los dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio camino? ¿Podrías contarme un poco de eso?**

E4: El Hospital de Noche y la Casa de Medio Camino es un programa residencial para personas que están de alta. Personas que ingresan al programa residencial que ya tienen su alta y se manejan con horarios específicos y con llave de los dos lugares. (Caminando por el Hospital de Noche) En el Hospital de Noche, que esto tradicionalmente era una sala de internación, nosotros tratamos de convertirla en un dormitorio. Para eso cerramos los vidrios, porque los vidrios estaban destinados a que el enfermero pueda ver qué pasaba en los dormitorios (ventanas internas a un pasillo) y le pedimos al hospital puertas corredizas, que en algún momento de mucho insistir las compramos. Y después adentro (adentro de la habitación) lo que hicimos fue sacar una cama del medio, para que hubiese distancia entre las camas y mesas y sillas, para que esto no fuera una sala de internación, sino un dormitorio. El máximo son cuatro personas con un espacio considerable y cómodo. Y además teniendo en cuenta que cuando uno se va a dormir se saca el saco, lo pone en una silla o tiene una mesa donde

escribir o anotar algo. Entonces estos fueron son cambios que nosotros introdujimos, no era así antes, que nosotros tratamos de marcar como un estilo.

M: ¿En qué año empezaron?

E4: Nosotros empezamos hace un año y medio. Yo gané el concurso en el año 2017, antes había otro equipo. Esto fue algo que empezamos a trabajar este equipo. (Sigue caminando) este es el comedor, la cocina, el lavadero, cocinan ahí, tienen sus cosas crudas que le da el hospital. Ellos tienen que cocinar y tienen una llave, que entran con la llave por ahí (por el acceso de la puerta Brandsen), tienen la llave de la calle Brandsen, hay un portero eléctrico si alguien de los ex residentes, que participan de alguna actividad, nos avisa e ingresa por ahí y nosotros tratamos de usar esa rampa. Tratamos de tener un acceso diferente al hospital. Esto ya existía desde que se creó el Hospital de Noche. El mismo se creó estructura en el año 94, pero recién en el 2011, 2010, se muda acá cuando termina la restauración. Toda esta parte de atrás es lo que te decía de los Consultorios Externos, el Hospital de Noche y el Hospital de Día. Esta parte de planta baja es prácticamente para pacientes ambulatorios.

M: ¿Quiénes son los que ingresan y están en el Hospital de Noche? ¿Cómo pueden entrar al mismo?

E4: Bueno, los equipos de internación derivan a los señores que ya están en condiciones de irse y el objetivo es que los acompañemos en la búsqueda de un domicilio en la comunidad. El requisito para que estas personas puedan ingresar a este dispositivo es que sean personas autónomas porque durante gran cantidad de horas van a estar solos. Entonces un requisito es que estas personas puedan participar de un proyecto colectivo, o sea que estas personas puedan sumarse grupalmente a este proyecto colectivo –el Hospital de Noche- porque durante varias horas van a estar ellos solos y si hay una urgencia el compañero tiene que poder resolverla. O si hay algo que sucede en este espacio como el horno que no funciona o una luz que se rompió, tienen que poder llamar a mantenimiento en cualquier horario porque hay guardia. La Casa de Medio Camino es lo mismo, pero tienen que tener mayores niveles de autonomía porque ahí no está el hospital que responde rápidamente, sino que hay una empresa de mantenimiento que funciona solamente de lunes a viernes. O sea que si hay una urgencia tienen que llamarnos a nosotros y si es una urgencia de salud al SAME. En el Hospital de Noche si hay una urgencia de salud llaman a la Guardia. Eso marca como dos niveles de

autonomía. Se supone que en la Casa de Medio Camino tiene que haber un nivel de autonomía mayor. La Casa de Medio Camino es un PH que está en Flores y que tiene capacidad para siete personas. En total el programa residencial –que es Hospital de Noche y Casa de Medio Camino- tiene una capacidad 15.

Normalmente no está completo, sino que aproximadamente trabajamos a un 70% de la capacidad. Primero porque somos un equipo chico y segundo porque el perfil de paciente que nosotros podemos trabajar es un perfil muy específico. Y además, que es muy importante, la persona que ingresa al programa residencial firma un consentimiento informado por tres meses. Ese consentimiento se puede renovar, pero se trata de que no se renueve más de la cuenta. Sino volvemos a tener una población detenida. Entonces, un promedio de estadía, hasta el tiempo que venimos trabajando, es un año. En ese año ya debe haber encontrado una habitación en un hotel o un lugar en alquiler. Nosotros acompañamos todo ese proceso y después hay una tercera etapa donde hacemos el sostenimiento ya en la comunidad. En este momento hay, tanto en Casa de Medio Camino como en el Hospital de Noche, señores que se han mudado a distintos hoteles y también hacemos supervisión de esos casos.

M: Y el sostenimiento en la comunidad tiene que ver con: ¿Vivir en otro lugar, que consiguen trabajo, de qué se trata, a qué apuntan?

E4: En general la población nuestra tiene grandes dificultad para ingresar al mercado laboral, como pocas poblaciones vulnerables, donde generalmente están cubiertas por subsidios y protección social. Los pacientes que tienen algún tipo de discapacidad, la población que se atiende acá, casi todos tienen un certificado de discapacidad porque dentro de sus problemáticas esto también les ha generado una desigualdad social, entonces el certificado de discapacidad es una manera también de pelear por derechos o exigir cierta accesibilidad a servicios, por ejemplo: ir al cine, viajar, puede viajar gratuitamente tanto en provincia como en capital, también pueden pedir un subsidio habitacional que es con el que nosotros contamos para que estos señores puedan mudarse a un hotel. Ya cuando están acá, están en la comunidad. Porque nosotros tratamos de que tengan una vida en comunidad por fuera.

M: ¿Terapia Ocupacional es un servicio aparte?

E4: Si, sí. Es un hospital que tiene 30, 40 servicios. Ya conociste el Servicio de Pre Alta que es el Servicio 59, este es el Servicio 165 y Terapia Ocupacional es el Servicio 48. Cada lugar tiene su jefatura y su planta de profesionales. Nosotros tenemos una planta pequeña, los profesionales de planta somos cuatro y la jefatura.

M: **¿Es interdisciplinario? ¿Cuesta trabajar de esta forma?**

E4: Si, hay una psiquiatra, una trabajadora social y tres psicólogos. Es difícil trabajar interdisciplinariamente porque los recursos no están distribuidos de manera que se pueda fomentar la idea de equipo. El Hospital tiene una estructura histórica, este y todos los hospitales, jerárquica. Entonces está el jefe, el subjefe y la planta. Y a veces las disciplinas también, por ejemplo en el caso de los médicos, que tratan de concentrar el tema de la jefatura. Es fue también algo que se peleó mucho en relación a las leyes. La Ley 448 y la 26.657 plantean que todas las disciplinas puedan ser disciplinas que ejerzan la conducción, pero esto también fue un punto muy discutido por la medicina porque lo que ellos pretenden y pretendían es que los cargos de conducción sean exclusivamente médicos. En eso se avanzó mucho, yo soy psicóloga, y hay acá en este hospital muchos jefes psicólogos de distintos servicios, por ejemplo, el Servicio de Orientación Vocacional, El Hospital de Día, el Servicio de Consultorios Externos. Entonces, en el hospital se ha podido avanzar, pero no es así en toda a la salud en general y en la salud mental en particular de la ciudad. En general hay muy pocas posibilidades de que otra profesión que no sea la médica acceda a un cargo de conducción.

M: **Me estabas contando que en este Servicio la idea de comunidad sea otra, me hablabas de proyecto, del consentimiento al entrar...**

E4: Si, el consentimiento informado tiene que ver con que nosotros pactamos algunas cuestiones con los señores que entran acá. Tratamos de que también lo firme alguien de la comunidad, un familiar, una amigo y lo firmamos con el interesado y nosotros, el equipo. En ese consentimiento acordamos por ejemplo, cosas muy simples básicas como que no se puede fumar acá, adentro del Hospital de Noche o la Casa de Medio Camino, no se fuma. Es una regla básica de convivencia de un grupo humano que si el que no fuma no tiene porqué aguantar el humo del que fuma, y además este es un espacio saludable. También les pedimos que se hagan responsables del cuidado de su salud. Por ejemplo, ese señor se sentía mal y va a ver al médico y en el caso de que acá

algún médico no lo atienda, tiene que ir a un Hospital General, pero tiene que contar con las condiciones de poder resolver una situación conflictiva. Puede ser un problema de salud o un problema que surja acá en el dispositivo.

Nosotros dividimos el consentimiento informado en objetivos y actividades. El objetivo general es que puedan conseguir una vivienda para que puedan vivir en comunidad y los objetivos específicos están ligados al cuidado de la salud. En ese cuidado de la salud hablamos nosotros de un concepto que es la “continuidad de cuidados”. Pasan de estar en un servicio de internación con una mirada muy totalizante, donde están 24 horas bajo una mirada médica o hay enfermeros o médicos las 24 horas, a una mirada de alguien que alguien ya tiene que pasar a un nivel de autonomía mayor y que va a estar ciertas horas del día solo. O con sus compañeros. Que es algo que va a pasar si van a mudarse a un hotel o si, en algunos casos, van a volver a su casa. Van a estar probablemente solos o con su grupo primario. Entonces revisamos cada tres meses si esos objetivos fueron cumplidos o no. Y si esos objetivos no se cumplieron, renovamos el plazo. Si esa persona está esperando un beneficio social que tarda en salir, porque ahora los procesos son el doble, bueno... acaba de cambiar el ministerio. Cuando esos procesos se extienden, nosotros renovamos el plazo en virtud de esas demoras. A veces podríamos trabajar más rápido si los tiempos burocráticos de algún subsidio o de alguna pensión salieran más rápido.

M: ¿Qué cambios ha traído la ley y que problemas y dificultades, como algunas de las que me comentabas, se han sostenido? Sobre todo teniendo en cuenta las especificidades de este dispositivo.

E4: Los cambios es que en general las prácticas cambiaron en relación a que los tiempos que marca la ley es un tiempo corto. La larga internación estaría prohibida con la ley y no debería existir más. Eso hace que haya quedado el escenario de la institución dividido en dos. De un lado quedaron los del nuevo paradigma, que son las personas que tienen alguna crisis estando ya vigente la ley y las personas que estaban ya de antes del cambio de paradigma. En ese caso vemos a personas que tienen muchos años de internación y que es muy difícil pensar la externación debido a la discapacidad que va generando la propia internación. La propia internación va disminuyendo ciertas habilidades sociales y la posibilidad luego de recuperarlas se hace cada vez más difícil. Entonces ese escenario dividido en dos deja a todo un sector del otro lado del

paradigma, donde no es tan fácil o para nada fácil aplicar el paradigma de derechos, y estos tiempos cortos y esta suposición de autonomía no se puede aplicar porque esas personas tienen largos tiempos de internación. Todos los procesos de reforma en el mundo entero les pasó lo mismo, o sea, quedó como un núcleo duro, pequeño de lo que formó el paradigma anterior. Entonces, los que han reformado grandes hospitales les quedaba como una población que ya no se podía externar porque había perdido habilidades para poder vivir en comunidad. El Estado también tiene que prever qué va a hacer con esas personas. Esas personas probablemente ya sean personas con una edad avanzada, entonces ya dependen de las políticas públicas de la tercera edad o pueden ser personas que tengan problemáticas propias de un geriátrico, entonces tiene que ser pensado en términos gerontopsiquiátricos. Ese núcleo duro debe ser abordado con una especificidad muy rigurosa, porque obviamente, no se puede descartar. Hubo reformas como la norteamericana en la de Reagan, donde estado norteamericano cerró todos sus manicomios ¿Y qué hicieron? Nada. Los echaron todos a la calle. Lo que pasó es que aumentó la cantidad de *homeless* y muchos terminaron en la cárcel. Esa reforma de los años 80 es como el ejemplo de la reforma que no hay que hacer. Se menciona como una reforma brutal, neoliberal salvaje... cierro todo porque no sirven los manicomios y aumenta la cantidad de *homeless* y de personas con sufrimientos mentales en situación de calle.

O sea nosotros tenemos esa problemática. Nuestros señores, muchos, han atravesado situaciones de calle. Han estado en crisis, sin recibir atención y en algunos casos han vivido en la calle. Ese es un escenario, sobre todo los que trabajamos en la inclusión sociohabitacional, tratamos de garantizarle que la persona pueda recuperar algo de la idea de hogar. O sea, que el hogar es algo subjetivo, es algo que se puede desplegar en una habitación de hotel o no. O sea, el entorno no siempre los ayuda porque los hoteles a los que tienen acceso estos señores suelen ser feos y precarios, de condiciones muy precarias y lo que tratamos particularmente nosotros de hacer, el equipo, nosotros, es tratar de ver cómo podemos supervisar esa estadía en la comunidad viendo, por ejemplo, analizar los vínculos, si esa persona va a estar viviendo con un compañero, si podemos hacer un contacto con el encargado del hotel, si podemos tener un vínculo con ese encargado y lo que aparece como una figura bastante novedosa e interesante, son los acompañantes o asistentes personales que tienen tanto COPIDIS como PREASIS. Y ellos, por ejemplo, el señor que más estuvo, porque tuvo muchas dificultades para poder

reinsertarse en la comunidad, ahora tiene dos acompañantes de dos equipos distintos que lo asisten en el hotel. Todo lo que él hacía acá, vigilar que su ropa estuviese limpia, que tuviese ciertos hábitos de higiene incorporados porque le costaba... es un señor que tiene obesidad, que pudiese tener una alimentación saludable... entonces, todas esas habilidades que nosotros fuimos trabajando acá, ahora las estamos supervisando en comunidad. No siempre nos va bien, lo primero que hizo cuando se fue a vivir solo fue comerse cuatro hamburguesas al hilo y se descompuso. Entonces tiene que poder resolver una situación de crisis en la comunidad, reflexionar sobre eso... porque cuatro hamburguesas no puede comer. Por suerte se fue a vivir en el mismo hotel con otros dos señores y pudimos trabajar esto desde lo grupal: como pueden cocinar juntos, pensando en una comida para más personas se puede pensar en que sea más saludable.

M: ¿Esto se trata de un proceso de externación? ¿O ya en el Hospital de Noche están externados?

E4: Si, estaríamos dentro de lo que es un proceso de externación asistida.

M: Y si no es exitoso ¿Pueden volver?

E4: No. O sea, en general, que significa que no sea exitoso. Puede pasar, que una persona tenga una crisis. Si esa persona tiene una crisis, sale de la órbita de lo que es el Hospital de Noche y la Casa de Medio camino, que somos la pata ambulatoria, y esa persona entra en lo que es el sistema de la urgencia. En el sistema de urgencia tiene que verlo la guardia y asistirlo la guardia y a lo mejor a travesar una internación nuevamente. Lo que tiene de bueno el cambio de paradigma, es que sabemos que ya la internación no va a ser prolongada, porque esa persona va a ingresar con el nuevo paradigma, si es una internación involuntaria va a tener un abogado que vele por sus derechos, y si es una internación voluntaria también van a tratar de que sea breve. O sea, esto es lo que yo te decía que el escenario está dividido en dos. Pero si es un señor con muchos años de internación, en su crisis ya hay que tener más cuidado, porque el manicomio lo estabilizó y se refuerza la idea de esa persona de que solo puedo estar bien, si estoy internado. Todavía funciona como una representación fuerte.

M: Las personas que están en el Hospital de Noche ¿Realizan alguna actividad del hospital?

E4: No, tratamos de que hagan actividades fuera del hospital, salvo que sean actividades destinadas a la reinserción como el Programa de Pre Alta. El Programa de Pre Alta tiene unidades productivas, talleres, Los Molineros del Borda... ellos son señores que algunos vienen de la calle, otros se están por ir, y que están tratando de hacer un trabajo que les de algo de dinero y, además, tratar de venderlo y tener un contacto con la economía social u otros emprendimientos y circuitos de feria, entonces sí pueden ir a algo que tenga esa perspectiva. No a un taller que se de en un servicio de internación. O sea, les pedimos que se contacten con programas de reinserción que trabajen también con esta mirada comunitaria, que sea una mirada hacia la calle, no una mirada endogámica y hacia adentro, sino una mirada que sea bien hacia la comunidad.

M: Y desde una perspectiva del usuario ¿Te parece que genera miedos todo esto?

E4: Si, si, genera muchos miedos esto pero lo que tiene el trabajo grupal es que estos miedos son compartidos, justamente la circulación de la palabra hace que se pueda avanzar sobre esos miedos.

En general tanto Casa de Medio Camino, como Hospital de Noche, tienen reuniones convivenciales en las que hay que conversar quien va a hacer cada cosa, quien va a cocinar, quien va a lavar los platos, quien va a sacar la basura. Tienen que repartirse tareas entre los que están. Y rotarse, que no sea siempre el mismo. Eso generalmente se hace en las reuniones convivenciales.

M: ¿Y tienen otros espacios como encuentros con psicólogos y psiquiatras?

E4: Si, acá hacemos un seguimiento individual, en el que tratamos de corroborar que tengan un tratamiento psicológico en el que estén cumpliendo con la medicación. La parte de la medicación nos lleva mucho tiempo porque pasan de que la medicación se la de un médico a que ellos tengan que una bolsa llena de medicación o un montón de medicación que tienen que auto administrarse. Una cosa que trabajamos mucho es el pastillero. En general tratamos de que accedan a un pastillero que sea claro, el que recomendamos es uno de doble entrada que marque la toma que tiene que hacer durante el día, de lunes a lunes. Y donde ellos llenan ese pastillero semanalmente. El seguimiento es semanal y en ese momento que es semanal, armamos el pastillero. Lo que queda de esa medicación la guardamos para visualizar que esté tomando bien su medicación, en ese pastillero vemos cuando dicen “acá me levanté tarde y no la tomé.

Me levanté a las 12 del mediodía y no tomé la de la mañana”. Ah bueno listo, ahí ya queda y ve porque no la tomó y puede recordar por qué no la tomó. Tampoco es “levantésé temprano para tomar la medicación”, si es sábado o domingo.

M: Me gustaría consultarte por algunas diferencias entre el Hospital de Noche y el Hospital de Día...

E4: Al Hospital de Día las personas vienen de la calle. No están durmiendo en el hospital, viven en sus casas y tienen dificultades para organizar su tiempo libre. Esas personas sí tienen actividades regladas durante el día para poder organizar cuestiones que amerita que sean organizadas desde una propuesta profesional. El Hospital de Noche no tiene nada que ver con el Hospital de Día. Surge, el nombre es confuso, por eso nosotros le pusimos “Dispositivos residenciales”, o sea, cargamos con esto de que al Hospital de Noche vienen de noche, está muy habituado que piensen eso, que las personas vienen acá la noche. Es lamentable porque no podemos hacer nada para cambiar el sentido, pero en realidad por eso nosotros propusimos desde el comienzo un programa residencial, con dos residencias. El Hospital de Noche es una residencia. Lo que trabajamos son cuestiones que tienen que ver con el habitar un lugar, no tiene que ver en ese sentido con lo que se hace en un hospital de día. En el Hospital de Día puede ser que trate de personas que están tratando de evitar una internación y en el Hospital de noche pueden ser personas que más bien están superando una internación. Como que son dos puntas del camino.

M: Si, se tiende a pensar la obviedad de acá solo vengan a dormir.

E4: Claro, si vos tendrías hospital de día y hospital de noche juntas, tenés la institución total de Goffman nuevamente. La idea es justamente es descompletar la institución total. Descompletar en un sentido que la vida pasa por otro lado, no pasa por el hospital.

M: Y otra consulta ¿Los lazos familiares y amistosos se sostienen?

E4: Hay poco. En general todos estos procesos de salud y enfermedad que atraviesan estos señores van dejándolos con un nivel vincular pobre, precario, con menor nivel de vinculación social que personas que trabajan, estudian y circulan por la vida. Se van creando muchos casos nuevos, como por ejemplo en este caso, que tiene que vivir un grupo de personas se van generando algunas alianzas. Primero se fue un señor a vivir a un hotel y cuando hubo una vacante nos vino a decir que se fuera *ese* señor, no

cualquier señor. Porque él quería, ya le había hablado al encargado del hotel que ese señor no fuma, no toma, no se droga, entonces había recomendado a su compañero y así pudimos externar a este segundo señor en el mismo hotel. Esto fue muy importante porque ahí logramos, en esta alianza, poder trabajar justamente algo de la compañía. Así que apostamos a que en estos procesos, si tomamos riqueza y pobreza, se empiece a enriquecer el vínculo social, con otros vínculos.

M: ¿Hay muchos de estos tipos de dispositivos en la ciudad?

E4: No, en la Dirección de Salud Mental que es la autoridad máxima tiene, cinco casas de medio camino y son muy específicas. Hay dos para jóvenes, que son personas que hay transitado internaciones en el momento de la niñez y ya están adultos, una en Pompeya y otra en Avellaneda. Después hay otras dos casas para mujeres que han sufrido una crisis y tienen hijos, entonces es una casa para mujeres con hijos. Después hay otra, que es casa Gorriti y es para mujeres y hombres y tiene 20 plazas y nada más. Esta es una Casa de Medio Camino que depende del Hospital Borda, es inusual porque no hay otras casas de medio camino que dependan del monovalente y se consiguió en el año 2000 producto de la gestión de una persona que ya no está, se jubiló. No, son muy escasos, son muy poquitos. Pero sin embargo, nosotros no trabajamos a full, porque en realidad hay necesidad de otros dispositivos que no sean casas de medio camino, sino que sean casas de convivencia. Un ejemplo de esos es el PREA, es un ejemplo de esto que no hay en la ciudad, que son personas que pueden salir a la comunidad y alquilar un departamento o una casita, esto es en la provincia en Lomas de Zamora, esto se ha extendido más, el PREA es un programa provincial, no es solo de Lomas de Zamora, pero ahí ha crecido mucho ligado al Hospital Estévez. Ellos tienen en este momento alquiladas unas 16 casas donde están viviendo señoras que se externaron del Hospital Estévez. O sea eso no es una Casa de Medio Camino, son personas que se juntaron luego de un proceso de trabajo intrahospitalario, pudieron alquilar con la facilidad del hospital que ayuda, que ha podido ayudar, porque muchos de esos alquileres los paga el presupuesto hospitalario, donde se ha podido reconvertir el recurso hospitalario en recurso comunitario y esas señoras pudieron alquilar, con ayuda del hospital, casas. Es uno de los proyectos más ambiciosos que se trata de replicar, pero que en ciudad no se puede hacer tan fácilmente, porque el tema de la vivienda en la ciudad es absolutamente distinto que en provincia. O sea, nosotros tenemos un exceso de gente viviendo en situaciones precarias, no solamente las personas con sufrimiento mental.

M: ¿Y el PREA sigue teniendo un acompañamiento del Hospital?

E4: Sí, sí, el PREA es una propuesta muy interesante de conocer. Es anterior a la ley, es del año 99-00, bastante anterior a la ley, pero obviamente la ley es producto de políticas y normativas internacional que arrancan en la posguerra. La ley italiana es del 78, o sea que nuestra ley es nueva, pero los conceptos vienen siendo trabajados hace muchos años.

M: Claro, y con otras experiencias...

E4: Si, los italianos arrancan en los años 70. Y también Brasil. Brasil es un proceso de desinstitucionalización muy avanzado en toda Latinoamérica, tienen una ley como la nuestra que es del año 78, la Ley Delgado, también dice que la salud mental debe ser comunitaria y que no deben existir los monovalentes.

M: Ya que estamos hablando de la normativa ¿Recordás el momento en el que sale, como era el escenario y sus actores?

E4: Si, había mucha gente en contra y sigue habiéndola. O sea, la gente acepta la ley por una cuestión obediente, muchos médicos ahora saben que tienen que dar las altas rápido porque lo dice la ley, no porque estén convencidos no porque hayan hecho suya la ley, al contrario, a veces lo que genera es problemáticas de atención que son expulsivas.

M: Con la ley se forma el Órgano de Revisión, la Unidad de Letrados ¿Acá tienen injerencia, intervienen?

E4: Por supuesto, más que en ningún otro lado. El primer lugar que fue el órgano de revisión fue a lo público, a lo privado fue de mucho más difícil acceso y fue mucho más difícil también la transformación. Acá al ser un lugar público es todo muy público, fácil de ver. El Órgano de Revisión hizo informes muy duros, sobre todo con el Servicio de Admisión que es donde reciben a las personas en estado agudo. En este momento es el único servicio que es cerrado, o sea, el Órgano de Revisión justamente lo que trata de velar es que preserve la autonomía de la persona en sus momentos feos, por eso está la Unidad de Letrados y el Órgano de Revisión permanentemente hace recomendaciones y esté permanentemente en el hospital, y la Unidad de Letrados también. Si es una internación involuntaria, tiene un abogado defensor.

M: ¿En la Unidad de Letrados son abogados?

E4: Es un equipo interdisciplinario que articula abogados, no son solo abogados. Nosotros tenemos muy bien vínculo con ellos, es un equipo que siempre hemos consultado, le hemos pedido que de clases sobre la ley y trabajamos con ellos como algo que nos ayuda, más bien le pedimos cosas a la Unidad de Letrados. Aparte nosotros trabajamos en consonancia con la ley, estamos convencidos del cambio normativo, más allá de que el año 2020 es imposible cerrar esto porque no hay creado ninguna otra cosa para sustituirlo. Entonces esa recomendación es impracticable y por ahí era un poco jugado poner una fecha, pero nosotros trabajamos más bien buscando qué dicen el Órgano de Revisión. Yo, particularmente que doy clases en la facultad, los utilizo para dar clases y utilizo mucha información que genera el órgano de Revisión, cada vez menos, porque con este cambio de gestión a nivel nacional, el Órgano de Revisión estuvo muy debilitado en posibilidades de transformación y en que le dieran bolilla en las recomendaciones. En realidad hubo un intento de cambiarlo y que dependa del Ministerio de Salud, por lo que era un claro intento de neutralizarlo y eso fracasó. Querían cambiarle la composición, el Órgano de Revisión depende del Ministerio de Justicia. Tiene una composición donde hay Organismos de Derechos Humanos, donde está el Ministerio de Justicia, la Secretaria de Derechos Humanos, la normativa dice cómo debe estar constituido y hubo un intento de cambiar la reglamentación en esos puntos y en otras cuestiones que tenían que ver con el concepto de salud, que era muy grave también porque querían reducirlo a un concepto más biologicista. Ahí fue una movida que no prosperó y que generó el cambio de la persona que estaba en la Dirección de Salud Mental por otra. Estaba Andy Blake y ahora está Luciano Grasso.

M: Y me contabas que venía la Unidad de Letrados y hablaban de la ley, de los derechos...

E4: Generalmente la Unidad de Letrados la conocemos por casos en particular donde hemos pedido ayuda, tenemos un equipo interdisciplinario y tenemos la posibilidad de hablar con trabajadores sociales y abogados, entonces para poder profundizar cuestiones que tengan que ver con la protección de derechos hemos hablado muchas veces, inclusive les hemos pedidos clases en algunos casos.

M: ¿Te parece que los usuarios se hacen de la ley?

E4: mmm... más o menos, no. O sea, yo antes de trabajar acá trabajaba en el 4to piso y hacíamos Talleres de Derechos Humanos y traíamos las leyes, no solamente de salud mental, trabajábamos la perspectiva de género y se generaban debates interesantes, pero la idea era como abrir y no trabajar solamente el tema de la salud mental, sino el tema de los derechos en general. Y más o menos... te encontrás con gente que no le interesa mucho o no logra comprender porque las leyes son un lenguaje muy abstracto. Pero en general intentamos debatirla, tenerla. En general se transmite bastante en el espíritu, los que estamos a favor de que haya autonomía vamos transmitiendo eso en nuestras prácticas y vemos cuando se van transmitiendo otras cosas en otras prácticas que tienen a la tutela, son como modelos claros. Nosotros por ejemplo ahora estábamos con un señor que tiene la indicación de hacer dieta, cuando está internado le viene la dieta. Ahora acá, se la tiene que hacer el, si alguien lo tiene que retar y sermonear, tiene que ser el nutricionista, ya no puedo ser yo, porque acá estamos tratando de que sepa manejar su libertad. Si tratamos de hacer talleres de comida saludable, baje leyes que tratan del uso de la sal... porque cuando están internados no tienen el salero en la mesa. No es “traígame la sal”, eso es tutela. Entonces ahí lo trato como un niño, es una práctica que hay que superar. Es muy tentadora, es muy tentador el paternalismo, el maternalismo, porque todos estamos atravesados por esas cosas.

M: **¿Te parece que en el último tiempo se ha modificado en la sociedad la idea de la locura, de la salud mental?**

E4: No... no. No, no se ha trabajado en nada, no hay políticas públicas para eso. Los medios de comunicación siguen trabajando con viejos paradigmas, lo vemos permanentemente, en los noticieros, diarios, el “loco peligroso”.

Entrevista 5

M: ¿Cuál es tu profesión y dónde trabajas actualmente?

E5: Soy XXXXX XXXXX, licenciado en musicoterapia de la UBA y actualmente trabajo en el Hospital Piñero en las Unidades 19-20, que es la sala de internación de Salud Mental.

M: ¿Cuándo salió la ley ya estabas trabajando?

E5: Sí, estaba trabajando acá de forma voluntaria, todavía no era musicoterapeuta de planta, sino que un terapeuta voluntario ya bastante integrado. Estoy desde el 2005 así que en el 2010 ya estaba acá.

M: ¿Te acuerdas ese momento de disputa de la ley, los escenarios, las voces que había?

E5: La verdad que no, recuerdo más cuando fue la reglamentación en el 2013, ahí si ya estaba entrando a planta y sí recuerdo que me llegó la convocatoria de los foros para la reglamentación y participé. Hubo un foro, en un espacio público, como una asamblea en la que se discutía la reglamentación artículo por artículo. Me acuerdo que fuimos unas cuantas profesiones que no están mencionadas directamente en el Artículo 7, el del equipo interdisciplinario que menciona médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otras disciplinas a fines. Entonces estábamos los musicoterapeutas, los psicopedagogos, psicomotricistas... que todavía no tenían ley nacional. La Ley Nacional de Musicoterapia salió en el 2015 y no pudimos hacer nada, en la parte de la reglamentación no se puede cambiar eso, pero fue un lugar bastante abierto y se pudieron discutir bastantes cosas. Se estaba discutiendo también como reglamentar el Órgano de Revisión, etc.

M: ¿Te parece que la ley fue un momento bisagra que marca un antes y un después en el campo?

E5: Si... sí. Fue una conquista grande y también un punto de partida, así que si es una bisagra. Una conquista muy grande todo el movimiento de salud mental que empezó en Argentina en Río Negro y que acá siguió con la 448 muchos años, del 2003 creo que es y en varias provincias, fue un acontecimiento importantísimo para la salud mental, que se promulgue la ley por una unanimidad en el Congreso.

M: ¿Y cuáles son los cambios principales que te parece que trajo?

E5: Bueno, en primer lugar la desmanicomialización, o sea, el cierre de los monovalentes y la atención en la comunidad mediada por los hospitales generales, que es distinta a la de Brasil que no está mediada por hospitales generales sino que es directo en la comunidad. Eso es una discusión que sigue estando. En segundo lugar, la cuestión de la interdisciplina, que se reparte un poco el poder médico, más para el lado de la hegemonía de los psicólogos, que son los segundos que tienen firma indispensable... pero bueno, eso hace que se relativicen conceptos como enfermedad mental y pase a llamarse padecimiento mental. Creo que esos son los dos puntos fundamentales de la ley.

M: A nivel social, desde la ley, en los últimos años ¿Te parece que ha crecido el interés, el conocimiento por parte de la sociedad de las demandas y las problemáticas del campo, de los usuarios? ¿Se ha modificado algo del estigma?

E5: Yo creo que muy poquito. Y no sé si es gracias a la ley, quizás es más gracias a La Colifata. Quizás La Colifata hizo más que la ley misma.

M: ¿Principales problemas que detectes en la salud mental o aquello en lo que falta seguir trabajando?

E5: Bueno, faltan, primero recursos de externación: habitacionales, laborales. Falta cerrar los manicomios, los grandes monovalentes... que es verdad que cada vez están más abiertos y es verdad que ya no funcionan como funcionaban antes del 2010. Me olvidé de un gran punto de la ley que es incorporación de las adicciones a las problemáticas de salud mental. Falta formarnos a los profesionales para atender eso, no estamos formados. Adaptar a los efectores, las salas para trabajar con personas con consumo problemático.

M: Recién dijiste algo de nombrar como diferente la idea de enfermos mentales o que ahora en la ley diga padecimiento mental, o sufrimiento, trastorno. Esto de nombrar de otra forma ¿Te parece que hace a algún cambio, que ayuda a pensar la salud mental de otra forma?

E5: Si, por un lado ayuda a pensar de otra forma, sacando un poco la idea de enfermedad o trastorno, que es un eufemismo de enfermedad, cuando ya la palabra

enfermedad queda bastante vetusta... como algo que está fuera de la persona, fuera como una entidad externa que viene y responde a un modelo más biomédico como enfermedad infecciosa, más positivista. Y pensarlos más desde el sufrimiento humano como objeto de estudio de la salud mental, como epidemiología en la salud mental. Ayuda a pensar. Pero también genera mucha resistencia por parte de la corporación médica esa palabra, encima no se bien porqué se eligió padecimiento, porque sufrimiento es como mucho más preciso y tiene mucha más bibliografía. Padecimiento hay muy poquito antecedente de esa palabra y orienta todas las críticas ahí, cuando en realidad las críticas son hacia la interdisciplina y a la pérdida de poder corporativo, pero es verdad que quizás es un punto flaco a nivel teórico.

M: Con respecto a esto que decías del peso del discurso médico hegemónico ¿te parece que sigue funcionando, que sigue teniendo efecto a un campo de fuerzas que empiezan a relativizar?

E5: No, sigue teniendo mucha fuerza. El discurso y fuerza material, las prácticas, poder económico, poder político y poder sobre los cuerpos directamente. Sigue estando, sigue estando ese poder real. A nivel discursivo se le puede pelear, pero a nivel real es más difícil. Se ve, muchas veces, en que no se respeta el derecho del paciente a decidir sobre su propio tratamiento, como una imposición de un tratamiento farmacológico, con poca posibilidad de negociación. Que va cambiando eso, yo observo acá en la sala que no es lo mismo, hace cinco años cuando era una práctica muy común y muy poco cuestionada... le ponían la medicación molida en la comida a los pacientes, y ahora como que hay un poco más de crítica, o más cuidados, no es algo tan extendido y se negocia más con los pacientes... las dosis, el tipo de medicación. Más allá de que siempre se tuvo en cuenta los efectos adversos, en esta sala, no es que se sobremédica. Pero igualmente hay personas que no quieren el tratamiento farmacológico, por un montón de razones, por un montón de efectos adversos y es un tema, porque el equipo, no solo los médicos, todo el equipo interdisciplinario confían en que es la mejor opción en determinados momentos, pero si la persona no está de acuerdo es muy difícil. Entonces muchas veces se avasalla la decisión de la persona, más que anda ahí lo observo últimamente, en esta sala. Y después bueno, la falta de avance, la falta de recursos es una cuestión estratégica, o es que faltan recursos económicos porque las internaciones son muy caras.

M: ¿Cuáles serían estos recursos?

E5: Casas de medio camino, departamentos convivenciales directamente que son sin profesionales de planta, empresas sociales, cooperativas, talleres protegidos. Más que nada eso. Todo lo que es después de la internación. La internación es muy puntual, es una excepción total, que tiene que ser corta y, por más que la ley lo dice explícitamente que no se tiene que internar por cuestiones sociales, por ahí no se interna por cuestiones sociales pero después no lo puedes externar por cuestiones sociales. El problema son las externaciones acá. Entonces tienes un paciente que ya está compensado, que ya está en tratamiento, que va a seguir su tratamiento, si es un tratamiento de forma ambulatoria, pero ¿Adónde va? Si no tiene casa. Ese es el principal problema que tenemos, es como muy simple. Cuando en realidad la cama de un hospital sale mucho más caro que una parte de un departamento convivencial que lo único que necesitan es una vivienda... que el Gobierno de la Ciudad tiene un montón de viviendas abandonadas. Una vivienda en condiciones, para que ellos mismos convivan y parte importantísima de la recuperación es que ellos mismos se administren la vivienda. Por ahí con la pensión de tres personas pueden mantener una casa perfectamente, comprar todo lo que necesitan para vivir y les puede quedar dinero para disfrutar. Pero qué pasa... a la corporación médica le conviene tener una cama en una salsa de internación, porque es lo que le da poder. Lo que le da poder a los médicos, a los jefes de servicio es cuantas camas tienen... cuantos cuerpos tienen a su cargo. Es el poder sobre los cuerpos. Si tienen un departamento convivencia ya no tiene tanto poder sobre su cuerpo, ya no sos tan médico. Encima de todo el complejo de inferioridad que tienen los psiquiatras con respecto al resto de los médicos. Que no son considerados médicos muchas veces. Porque se encargan de algo mucho más abstracto, de la vida mental. La medicina encargándose la vida mental es algo interesante ya como ruptura en la medicina. Pero tienen que afirmar su poder sobre los cuerpos, sino dejan de ser médicos.

M: La terapéutica farmacológica ¿te parece que está acompañada por otras, palabra, psicólogo, música? ¿Se incita a que esto suceda, buscar una mejor combinación o siempre gana la farmacológica? No sé cómo van definiendo las estrategias...

E5: Y es una negociación permanente... siempre está primero lo farmacológico, siempre predomina y después si hay un trabajo psicoterapéutico detrás de la palabra y

nosotros estamos haciéndonos nuestro lugar como musicoterapeutas, muy minoritario y con poca historia y es todo un tema para nosotros, porque el trabajo muchas veces es hacer que nos deriven pacientes. Igualmente hay mucha libertad también para trabajar. Hay una cuestión verticalista, como todo hospital, pero también hay una cuestión de que vos podés trabajar... pero no está planificado estratégicamente, no es que hay una coordinación que dice “bueno, este paciente recibe musicoterapia y psicología, y este terapia ocupacional y farmacología”... no, se va viendo en las reuniones de equipo. Muchas veces se toman buenas decisiones igual y el equipo funciona, pero es como todavía bastante poco sistemático.

M: Esto es todo un desafío para el trabajo interdisciplinario...

E5: Si, si... es que más que inter, estamos haciendo multidisciplina, en el cual cada disciplina labura y más o menos tratamos de estar en contacto, pero no hay tanto una construcción de una pregunta, de todos juntos.

M: ¿Cuál sentís que es tu rol en tu trabajo? ¿Trabajador, militante... como te sentís dentro del campo de la salud mental desde tu profesión y tu laburo? Y ¿cuál te parece que es el rol que ocupa cada profesional según su disciplina?

E5: Yo creo que más que la disciplina, lo que te posiciona en este proceso de transformación en la salud mental es tu posición con respecto a la salud. Si pensás que la salud es algo individual de la persona, te posicionas de una forma. Si pensás que la salud es algo que está más en las interacciones sociales, te posiciona de otra. Yo estoy más del lado de la salud comunitaria, ya venía con eso desde antes, entonces me resulta bastante afín todo lo que propone la ley. Me parece que hay una resonancia entre las estrategias y lo que yo considero que es la salud y que es el trabajo en salud que hace falta en este momento en el país, en Latinoamérica.

M: ¿A qué te referís con salud comunitaria?

E5: Salud comunitaria tiene que ver con, primero, con una perspectiva de salud positiva, o sea, no se define en términos de falta de enfermedad. Si bien es algo que la OMS adscribe a esa definición de salud, y es muy difícil que te digan otra cosa, en la práctica termina siendo eso: la falta de enfermedad, combatir la enfermedad, diagnosticar y trabajar con las enfermedades. En cambio, trabajar realmente desde la salud positiva implica trabajar con fortalecimiento de personas y poblaciones, las

comunidades. Y bueno, en ese sentido creo que los músico terapeutas tenemos también una cuestión identitaria, de trabajar con los núcleos saludables, quizás porque el hacer musical es una de las actividades más saludables del ser humano quizás. Entonces, ya lo traemos, pero bueno es muy importante ese posicionamiento. Si vos agarrás el suplemento de salud de cualquier diario, vas a tener artículos sobre enfermedades generalmente. Es como que está muy en el imaginario social que la salud es la falta de enfermedad y, eso por un lado, por otro lado Salud Comunitaria tiene que ver con la participación, que esto que la ley está claro que el paciente tiene toma decisiones sobre su tratamiento. Y la participación sobre la comunidad como que se cristalizó en la declaración de Alma ATA en el 78, creo, este concepto de comunidad ligada a la participación, que la comunidad toma parte en las decisiones, en la distribución de los recursos, en el planteamiento de los objetivos, en la evaluación de los programas... algo que después quedó en el olvido. Entonces, desde ese lado... creo que mi rol es justamente, a partir de las producciones musicales, sonoras, artísticas, generar que las comunidades tomen parte en el proceso de salud, se involucren las personas. Y que se fortalezcan.

M: Está bueno porque utilizas palabras como fortalecer, cambiar, no está la idea de curar... pensando en el Artículo 7°, Inciso N ¿Qué opinión te merece?

E5: Está perfecto, está buenísimo. No quiere decir que la psicosis se cure. Habla del padecimiento, o sea, hay un choque teórico. Está comprobado empíricamente durante años que la psicosis es una estructura que es muy difícil de modificar, pero lo que sí se puede modificar es el sufrimiento. Una persona puede tener estructura psicótica y no sufrir. Funcionar en la sociedad y básicamente no sufrir. El sufrimiento si se puede modificar o curar. Quizás las categorías diagnósticas están pensadas como algo más modificable, y estable... lo cual es mentira, porque también se revisan y se modifican y según que profesional diagnostique. No son categorías tan racionales como pretenden. Están muy atravesadas por cuestiones que tienen que ver con la ideología del que observa y diagnostica. En parte es apostar por la persona... o sea, si decís que es esquizofrénico ya pensás que no va a poder hacer un montón de cosas. Si decís que es bipolar, bueno por ahí está mal afectivamente y cuando se le pase ese sufrimiento, por ahí pueda hacer un montón de otras cosas. Pero el padecimiento se puede modificar tranquilamente, tiene que ver con encontrar un espacio, un lugar, una función social, un espacio de disfrute... primero tener las necesidades básicas satisfechas.

M: Estabas hablando del diagnóstico, me interesa saber que sentidos lo rodean tanto para los profesionales como para los usuarios ¿Qué significa tener un diagnóstico? ¿Qué poder tiene el diagnóstico para ambas partes?... Me interesa pensar que el diagnóstico no sea una base para la discriminación y me pregunto ¿Puede haber discriminación efectivamente en el acto de diagnosticar o el efecto de diagnosticar?

E5: Es interesante el acto de diagnosticar, es uno de los actos del habla. Un acto performativo, que ya con solo decirlo estás transformando la realidad de esa persona, en ese momento. Del lado de los profesionales, el diagnóstico nos sirve un poco para orientar las estrategias terapéuticas, supuestamente... está muy pensando desde el vademécum de la psicofarmacología, más que nada, digo el diagnóstico fino, diferencial. Hay distintos tipos de diagnóstico, ese es el tema. Y la expresión máxima es el DCM y CCL –la versión americana- no como un compendio gordo de enfermedades mentales, como si fuera una especie de libro de botánica, las especies, las familias... cuando en realidad el sufrimiento humano es tan difícil de clasificar, y justamente porque es tan complejo y particular como cada persona. Lo bueno de eso, para la industria farmacológica, que cada especie tiene una pastillita distinta. No tan así, ¿no?, pero... las estrategias farmacológicas son distintas, en partes. Muchas veces no, es la misma. O incluso, se usa la farmacología como forma de diagnóstico, se prueba: “Ah bueno, si respondió a esta pastilla es porque es este”, es increíble. Pero en la práctica todo vale, porque si realmente estás queriendo ayudar a una persona, yo lo banco. Yo confío bastante en el equipo médico, pero racionalmente, es medio raro lo que estás haciendo.

Por otro lado está el diagnóstico más estructural: psicosis o no psicosis. Que es el diagnóstico que viene más por el psicoanálisis. Si al resto de los profesionales de la salud mental también nos sirve para orientar un poco las intervenciones y hasta qué punto analizar y meterse en cuestiones delicadas del sufrimiento. Si uno observa diagnóstico de psicosis no va a meterse tanto a movilizar los cimientos de esa estructura, porque es una estructura muy débil y muy frágil y se puede descompensar y caer. En ese sentido está bueno y aparte uno puede utilizar otro tipo de estrategias: bordear, rodear, fortalecer lo que hay, armar, construir... es como esas paredes que se están por caer y le ponen unas maderas, un pivote. En cambio en una neurosis uno empieza a cavar y ver que hay abajo, en ese sentido están bien los diagnósticos, pero

obviamente que se abusa y se usa como categoría botánica, se piensa como algo que está fuera de la persona, de la sociedad, la persona sola como un ente, como un sistema cerrado, como si fuese solo la persona sola con el problema, en realidad el problema está en el contexto, el medioambiente. Pero bueno hay otros tipos de diagnósticos: sociales, participativos, también... en los cuales las personas participan en su proceso de diagnóstico.

¿Y qué efecto produce en la otra persona? Y produce un efecto identitario, inmediato, cuando lo sabe, que en realidad su derecho es saberlo. A veces se utilizan estrategias, como decir otro diagnóstico del que el equipo piensa, justamente para que no se produzca esta autoestigmatización. Muchas veces pasa a ser “Hola, yo soy un esquizofrénico, que tal”... es así, así se presentan. Y genera sí, como una identidad que condiciona y subordina todo lo demás. Es un tema... y ni que hablar en la sociedad. Igualmente, muchas veces el tipo que va con el pase colgado al cuello siente la mirada de los demás, eso lo cuentan muchos pacientes en la radio. Como el peso de la mirada del resto de los pasajes dicen “uh, este es un enfermo, un discapacitado, un enfermo mental, ¿Qué tendrá?” y sino directamente a lo que más responde la sociedad es a los síntomas, a los estigmas visibles de la enfermedad, al momento de la descompensación... responde con mucho miedo, pero no sé si tanto al diagnóstico, porque el diagnóstico no se ve.

M: ¿Se podría tratar a las personas, armar terapéuticas sin diagnóstico previo?

E5: Yo creo que no. O sea, el tema es qué tipo de diagnóstico haces. Podés hacer un diagnóstico participativo, pero siempre lo primero es tratar de entender lo que le pasa. Si estás para ayudar en una problemática tenés que tratar de entender lo que le pasa primero. Después por ahí terminas haciendo cosas muy parecidas, yo creo que los musicoterapeutas no hacemos cosas muy distintas con los diferentes diagnósticos. Pero sí hay diferencias como secundarias que están buenas tener en cuenta, pero en definitiva es para el fortalecimiento de la persona, que eso le va a permitir enfrentarse mejor a su problema, posicionarse mejor. Hay detalles que uno tiene en cuenta, más que tienen que ver con cuestiones cognitivos, conductuales. O esto que te decía de la profundidad de las intervenciones... y otras más secundarias, si es una persona que está deprimida no vas a favorecer, o si, o vas a intentar que su ánimo mejore. Pero por ahí querés ver y trabajar que está pasando con esta tristeza. No, creo que no se puede armar un

tratamiento. Si podemos pensar en promoción de la salud, que no hay una enfermedad instalada. Es una “población sana”, podemos trabajar sin un diagnóstico, igualmente va a necesidad, vamos a trabajar en función de la necesidad de una población y esas necesidades surgen de un diagnóstico comunitario, participativo, que no es el diagnóstico médico, psicopatológico...

M: Cambio un poco el eje, te consulto más por cuestiones de dispositivos, espacios, prácticas... Me gustaría saber tu opinión con el posible o no cierre de los monovalentes, servicios dentro de los hospitales generales, dispositivos de externación e internación a nivel dispositivo.

E5: Conocemos algunos acá, hay un sub-equipo que llama “Equipo de Pos Alta” y se encarga justamente de las externaciones y hace un rastreo de recursos. Casas de Medio Camino hay pocas, la que más conocemos y la que nos gusta mucho como trabaja es el Hogar Gorriti y tenemos un buen vínculo, tenemos muchos usuarios y usuarias que están ahí o pasaron por ahí. Es del Estado, del Gobierno de la Ciudad, está muy desfinanciado, prácticamente lo sostiene todo una terapeuta ocupacional que es una genia. Tienen un régimen abierto, que solo anotan en un cuaderno cuando salen y si piensan volver y cuando vuelven. Es una casa de Medio Camino, tiene un equipo interno de operadores que están cuidando un poco, pero a su vez de ahí se deriva a Departamentos Convivenciales que son casi $\frac{3}{4}$ de camino, a veces termina siendo lo máximo a lo que pueden aspirar. Es una casa, tipo “Locas de Amor”... entonces con ese lugar trabajamos muy bien. Hay otros lugares que tienen tan pocas vacantes, o no sé qué pasa, que ponen tantos requisitos para entrar que prácticamente para entrar tenés que no necesitarlo. Tenés que ser auto válido, tiene que estar compensado, tiene que tener una red de sostén familiar... pero para eso ¿Quién necesita ir? Ponen muchos requisitos y no podemos combinar. Otros tienen régimen más cerrado, como uno del Poder Judicial de madres con sus bebés. Pero hay poquísimos, podría haber muchos más. Nosotros tenemos el proyecto de armar uno acá con el equipo del hospital, usando nuestro tiempo, no es ni siquiera con recursos humanos, necesitábamos una casa. A veces armamos cosas como bueno, hay un paciente que tiene una casa grande y no puede estar solo y hay otro que puede estar solo pero no tiene casa, y bueno... si pegan onda “¿No te gustaría que vaya a su casa y te pague con arte de su pensión un alquiler?” y se han armado cosas interesantes, pero muy artesanal.

Y después el dispositivo Hospital de Día funciona muy bien el del Álvarez, por ejemplo... el tema Hospital de Día tiene mucha rigidez con los horarios. Los pacientes tienen que ir muy temprano y tienen que llegar puntual y si no llegan puntuales tienen inasistencias y eso después les implica que estén expulsados. Y para pacientes que están recibiendo atención psiquiátrica llegar temprano es muy difícil. Acá, en ese sentido, el Club de Pacientes no fue pensado como hospital de día para que sea un espacio más abierto y más flexible. Con encuadres más abiertos, no se toma asistencia, se puede venir libremente a cualquier taller... y después los monovalentes no sé qué va quedando, cada vez se va tercerizando... muchos pacientes se tercerizan en clínicas privadas, se vació el Borda y el Moyano, se vació 1/3 de lo que había, así de golpe... y bueno eso es un problema porque a diferencia de los hospitales públicos por más que sea monovalente tiene mucha vigilancia social, la sociedad funciona como una especie de contra-control para evitar violaciones de derechos humanos, encierro y maltrato. Por el Borda pasa tanta gente, tantos profesionales, tantos estudiantes que, si tenés una persona atada probablemente vas a tener problemas, entonces, depende qué servicios, se cuidan un poquito más. En cambio, en las clínicas privadas, son un desastre. Porque son muchas más oscuras, porque no tienen el control de la sociedad. Ellos deciden quiénes entran y quiénes no, son todas a puertas cerradas. El Borda y el Moyano son a puertas abiertas, los usuarios se pueden ir en general. Las clínicas privadas tienen tres puertas, tenés que dejar el celular, son realmente lugares de encierro, son muchos peores. Entonces realmente que se haya tercerizado y que se haya mandado a muchos internos del Borda a estas clínicas es una cagada, porque están encerrados ahora, mucho más encerrados que antes. Creo que también falta eso, de parte del Órgano de Revisión, un control fuerte en el sector privado, que es mucho más feo, como las internaciones en el sector privado son mucho más feas. Es muy raro que haya en el sector privado internación abierta, tienen tres puertas y las llaves las tienen solo el enfermero, hasta para los profesionales es todo un rollo raro, tienen régimen de visita muy estricto, están bastante incomunicados los pacientes, no pueden tener celular ¿Por qué? Acá se internan con celular, a puertas abiertas, entonces... habría que poner la lupa fina sobre el sector privado.

M: Justo hablaste del Club de Paciente, me gustaría que brindes tu opinión sobre aquellos que son otros espacios como talleres y cursos, si te parece que hacen algún

cambio, son contenedores ¿Qué funciones tienen? ¿Qué es lo importante de estos espacios más libres, menos institucionales?

E5: No, son institucionales. Son espacios bastante institucionales, pero son más abiertos. La participación es voluntaria lo cual genera una cuestión de motivación y apropiación del espacio. Hay muchos momentos en los cuales el espacio está abierto y los pacientes van y lo usan, lo apropian. Ahora hay una computadora con internet, que se puedan conectar, escuchar música, compartir entre ellos, tocar la guitarra. Me parece que es un espacio muy especial. Hay talleres coordinados por pacientes que saben algo. Hay un taller que se da guitarra y por ahí no es un súper guitarrista, pero sí tienen ganas de venir y enseñar algo, se pueden sacar todas las guitarras que están guardadas, y prestar y sacar temas. Y bueno, eso te cambia la posición subjetiva de la persona. Pasan de ser enfermos a ser profes de guitarra. Es un montón.

Ayer justo teníamos una clase de interdisciplina, interconsulta. Quizás lo que falta es el lenguaje en común... porque el equipo más duro profesional, médico, psicólogo... quizás sabe, entiende que ese espacio está buenísimo y sirve un montón, pero por ahí, no entiende bien por qué y entonces “bueno, para que pasen el rato y se diviertan”, pero en realidad no es que está subestimando lo que pasa y le decís “Ay, pero no es solo para divertirse, también es parte de la rehabilitación...”, creo que no es que están subestimando, creo que les falta lenguaje para entender, para poder expresar mejor porqué... es un lugar que abrió el anterior Jefe de Servicio, y el tipo podía explicar por qué y te podía decir lo de la flexibilidad y los encuadres, por ahí porque era un tipo piola. Pero después falta construir un lenguaje en común, creo que vale la pena intentar ir a las reuniones, por más que nos sintamos que nos quedamos callados toda la reunión, escuchamos y no estamos de acuerdo con cosas y nos las tenemos que guardar. Pero hay que estar, hay que ocupar también esos espacios, porque es lo que va a permitir construir un lenguaje en común con el equipo médico y comprender cómo les podemos contar bien lo que hacemos.

M: Cuando decís “hay que ir a las reuniones” ¿Lo decís como persona que da un taller en el espacio...?

E5: Si, y que tengo un cargo de planta, y me pagan para también para esto. Yo cuando era voluntario no iba a las reuniones, tampoco me invitaban. Si, está bueno... en realidad debería haber más espacios instituido de profesionales que se encarguen de este

tipo de espacios. Hay todo un movimiento de artistas y talleres artísticos, que dan clases acá mismo. Hay un profe de arte que está intentando organizar a todos los profes de artes que hay en todos los servicios y que cumplen una función en la salud, pero que no está reconocida. Nosotros, los musicoterapeutas, tuvimos la suerte en el trabajo sostenido y como tenemos una pata en salud, una formación como profesionales de la salud que nos habilita, y ahora tenemos una ley y una matrícula, pero antes de eso ya fuimos ganando espacios, pero tendría que haber espacios para prácticas, expresión corporal, un montón de disciplinas que no tienen. Y es verdad que si no tenés el reconocimiento institucional, no podés formar parte de las reuniones. Igual se pueden hacer un montón de cosas, no hacen falta.

M: Me interesaría preguntarte por cómo es la cuestión de la internación, si es por guardia, voluntariamente. Cómo miden el riesgo cierto e inminente, tanto para ingresar como para internarse, un poco ese proceso institucionalizado.

E5: La primera vez, en general, vienen por guardia. O sea, en la puerta de entrada, es la guardia. Hay una guardia externa, es lo mismo para todo el hospital. Muchas veces llegan con ambulancias, a través del SAME, algún caso agudo, de riesgo y descompensación. Y llaman al SAME y llegan con ambulancia. De guardia externa pasa al servicio, a la guardia interna que también es 24 horas y ahí empieza el tratamiento, puede ser voluntario o no. Está el tema del Consentimiento Informado, que acá es un papel. No es un proceso... igual muchas veces para que se firme ese papel hay todo un proceso atrás. Y después, una vez que el paciente se compensó fue dado de alta, generalmente continua en tratamiento ambulatorio, en seguimiento, entonces si llega a tener otra descompensación, viene directamente al servicio, ya lo conocemos o mismo el equipo evalúa que se está descompensado y que hay que internarlo, generalmente son voluntarios, se negocia con el paciente “che me parece que te estás descompensado, estaría bueno que hoy te quedes” y se arma una internación más internamente. Cuando son involuntarias, es más complejo, hay que avisar al juzgado, a veces los manda directamente un juzgado... algún caso que esté judicializado y vean que hay una descompensación, que vienen por alguna denuncia penal y el juzgado evalúa que tiene algún problema de salud mental lo manda acá, generalmente con una consigna que es un gendarme... policía. Y son los que están a veces acá en el pasillo como haciendo la guardia, esperando, haciendo la marca personal de alguno que esté judicializado. No nos gusta mucho... generalmente lo que se hace es se evalúa si el paciente puede y está

bien, se voluntariza, se le informa al juzgado y se le saca la consigna, y sigue internado de forma voluntaria... a veces no se puede hacer eso, ese es otro caso.

M: ¿Y la externación cómo la miden?

E5: Y ahí está toda la complejidad... en un momento, hace unos cuantos años, se medía solamente la compensación psíquica, una vez que estaba compensado, que se le había dado en el clavo en el tratamiento se le daba de alta. Lo que pasa es que a veces volvía a la semana porque tenía problemas en la casa, no tenía su lugar, o no tenía casa. Entonces se empezó a pensar que la externación implica cambiar algo del medioambiente de la persona, no solamente darle un tratamiento. Entonces algo, un proyecto educacional, laboral, o un cambio en la situación habitacional. Algo más tiene que pasar afuera para que cambie sino seguro se va a reinternar. Entonces lo que tenemos ahora son internaciones un poco más largas, pero mucha menor tasa de reinternación. Se bajó mucho la tasa de reingreso. Tres meses es lo estipulado como máximo que a veces se supera. Puede ser un año... puede ser un mes y medio, depende. Cuando hay problemas habitacionales tarda más... encima ahora el contexto está peor que nunca, no están saliendo subsidios habitacionales que antes era un recurso con el que más o menos la piloteaban para una pensión. Ahora no salen y cuando salen, no están actualizados y entonces no alcanzan para ningún tipo de pensión y se nos hace cada vez más difícil.

M: ¿Te parece que los usuarios que ingresan al sistema de salud mental han cambiado en el último tiempo? ¿Ingreso por adicciones hay mucho?

E5: No tengo los datos estadísticos. Por adicciones está habiendo mucha demanda, muchos no ingresan, porque justamente como no está preparado el equipo ni la sala, se revota mucho, pero están entrando. Por suerte se está adecuando de a poquito.

Eso cambió, este servicio tiene en particular mucha diversidad en todo sentido: edades, género, tuvimos trans, de sector socio-cultural, económico, nacionalidades. Hay mucha diversidad en el Bajo flores, dentro del crisol es un crisol más. Entonces de pronto pacientes que hablan solo guaraní, entonces ¿Cómo hacemos? Justo tenemos otro paciente que hace de traductor, se dan cosas así. Hay mucha diversidad, hay mucha gente joven, que tiene su primera internación. Pacientes más crónicos, de muchos años.

M: Por último vos que estás en un taller de radio y en espacios que tienen que ver con la comunicación, te gustaría comentar un poco cómo inicia el taller y qué idea de comunicación se comparte en el taller... como objetivos, si es por diversión, porque suma a mi identidad...

E5: Me parece que esta radio se labura un montón la cuestión de la ley, la cuestión de cambiar la mirada de ser loco y estar loco, qué significa eso. Y poder salir, tiene la particularidad que sale en una radio comunitaria y se escucha por fuera, así que llevar eso afuera está bueno y es algo que falta bastante. Lo participativo, de los usuarios, de la circulación permanente de la voz, de la palabra, de la toma de decisiones... Es muy evidente que hay un lugar de pertenencia, registraban perfectamente todo y preguntaban por los que no estaban, entonces hay como una continuidad y una pertenencia. Y lo del cambio de posición subjetiva en ese sentido, dentro de un espacio son comunicadores, tienen roles que tienen que ir cambiando, si falta alguno el que dice las vías de comunicación, esa es la parte más difícil quizás, escucharse y llegar a una consigna, pero hay algo muy armado. Y desde el punto de vista de la comunicación, hay un receptor y eso es lo que te cambia, lo que diferencia este taller de cualquier otro, es que hay un receptor afuera, no somos nosotros los terapeutas los receptores. Eso cambia absolutamente el proceso de producción, pero es lo que tenemos.

Entrevista 6

M: ¿Cuál es tu profesión y qué trabajo haces en relación al sistema de salud mental?. ¿Hace cuánto que trabajas en el campo?

E6: Yo soy terapeuta ocupacional, trabajo en una Residencia Protegida que es de Gobierno de la ciudad, es la única Residencia que tiene para adultos y es para varones y mujeres, para mujeres que tienen entre 18 y 65 años más o menos. Y trabajo ahí desde hace tres años, y si bien yo hice mi formación en lo público porque soy residente, hice mi residencia en Terapia Ocupacional y después una interdisciplinaria, específicamente en salud mental empecé a trabajar en 2015, en la residencia.

M: Entonces cuando fue todo lo de la ley no estabas trabajando...

E6: No, ni siquiera estaba en la residencia todavía, no entré en el 2011. Pero si, tal vez sí lo que viví fue todo el proceso en que se venía instalando, son los inicios de las pujas para que se instale. Porque pensé que la reglamentación es posterior, entonces hubo ahí un momento medio de bache y tensiones que existen todavía.

M: ¿Conoces la ley?. ¿Qué opinión te merece?

E6: Y... por sobre todo, porque es una ley que está pensada en pos de los Derechos Humanos, entonces, a partir de eso es indiscutible su beneficio y tiene que ver con lo que laburo yo... estuvo muy bien pensada respecto de lo que es internación y los procesos de internación, tiene poco desarrollo para lo que es posterior. Todo lo que es el ámbito comunitario y el aspecto de tratamiento y de proceso que hacen las personas una vez que están afuera de las internaciones está un poco pobre. Pero tiene como esa impronta del derecho humano que es indiscutible y que está buenísima.

M: Y esto que me contás de que hace un poco de agua en lo que es el proceso de internación, ¿materialmente o efectivamente en qué lo ves?

E6: Si, falta de dispositivos alternativos hay. Me parece que lo que falta es articulación, hay muchos y vos los habrás visto, emprendimientos sociales que andan dando vuelta, hay dispositivos habitacionales algunos que funcionan otros más o menos, pero a mí me parece que lo que sucede que no haber entrado en la ley más detalladamente, como que quedaron fuera... como que no hay un proyecto y un programa que los articule de mejor modo. No es que si no está en la ley ese proyecto no va a existir, pero me parece que si

la ley hubiese delineado algo más respecto a eso, tenés un lugar más desde donde tensionar y traccionar. Y se materializa en este punto, donde también me parece que uno de los lugares donde todavía encuentran posibilidades de discusión los defensores de los manicomios, es como donde no pudo desarrollarse tanto todavía como el ámbito comunitario o el habitacional que es como el gran problema de las personas que están internadas en los monovalentes, me parece que ahí queda un bache que le da lugar a las personas defensoras de los manicomios que lo sostengan.

M: ¿Diferencias comunitario de habitacional?

E6: El habitacional es exclusivamente el lugar donde viven... que no es el manicomio, que se supone que no tienen que vivir ahí, sino que están solamente por el tratamiento agudo. El ámbito comunitario si tiene que ver con un paradigma y con una idea sobre la salud mental.

M: ¿Te parece que actualmente la problemática de la salud mental genera un interés social, hay visibilización, qué puede haber cambiado en el último tiempo...?

E6: No estoy segura. Me parece que si lo que sucedió es que, obviamente a partir de la ley que era una de las ideas que también traía de generar mayor visibilización, eso sucede. A mí me parece que queda medio circunscripto al ámbito académico, profesional y que no se si visibiliza tanto en la señora que va pasando por la vereda. Ahí no sé si tiene ese alcance. Me parece que no. Y también lo que pienso que la gente con padecimiento en salud mental es estigmatizada desde que existe el mundo, entonces es un proceso que va a llevar muchísimo tiempo, poder correr esa visión sobre la locura. Me parece que mientras sigan existiendo instituciones totales, como son los manicomios, difícilmente se puede hacer un corrimiento sobre esa visión, porque siempre hay algo ahí presente diciendo “todo bien, pero en algún momento tiene que estar lejos, encerrados...” cuesta mucho también que se corra la idea, y en este punto me parece que no cambió en nada y los medios de comunicación? tienen una posición muy tomada y muy ignorante al respecto, el loco es peligroso. El loco siempre está haciendo algo peligroso, siempre. Entonces el concepto de peligrosidad con el de la locura es indivisible todavía.

M: Sigue funcionando. Si muchas personas han vuelto a la misma figura discursiva.

E6: Pensando en los medios, las pocas veces que aparece una noticia en relación a la locura siempre es desde ese lugar, como el lugar de la peligrosidad.

M: **Internamente, ¿en los hospitales o dispositivos hay algo en el trato hacia el usuario que haya cambiado, que se intente modificar, que se eduque en ese sentido?**

E6: Si, a mí me parece que sí, que cambió un montón. O que la intención esta. Me parece que algún tipo de dispositivos donde se trabaja eso es más común que en otros lugares, pero si, que haya gente que labore en los monovalentes que se cuestione al respecto de las personas que están ahí adentro, sí. Es un cambio y me parece que es producto de la ley. Me parece que personas que tenían una perspectiva diferente a la psiquiátrica clásica existieron siempre, lo que hizo la ley fue dar el marco legal de decir “bueno esto ya es tu posición teórica y mi posición teórica”, también hay un marco legal que dice que esto es así.

M: **Con respecto a las terapéuticas alternativas a la farmacológica, hay avances, que se intenten combinar diferentes respuestas, o ¿sigue siendo fuerte solo medicar?**

E6: Me parece que sí, que hubo muchos cambios. Porque aparte la ley ya habla de la interdisciplinariedad, no solo en el momento de atención, sino también en el proceso de evaluación. Me parece que lo que tiene de piola la ley es entender que el padecimiento e salud mental es una cuestión compleja, que está influenciada por diferentes condicionantes... y al hablar de esa complejidad, de esos distintos componentes, como que ahí se encuentra la base para decir “bueno esto solamente no se puede atender desde un solo lugar, o desde la medicalización”

Eso para mí le permitió a muchas otras disciplinas avanzar en lo que es el tratamiento y lo que es el poder participar en ese proceso, me parece que lo que también sucede es que hay mucha línea de formación psiquiátrica que no avanzó nada. Entonces siguen formados desde el mismo lugar, tienen cero conceptos de tratamiento en salud mental, no de psiquiatría. Y quedan medios atrapados porque lo único que pueden hacer es trabajar medicación.

M: **¿Y en el dispositivo que vos estás hay gente que sigue usando medicación?**

E6: Sí, todos. Todos siguen usando medicación, todos tienen médicos, psiquiatras y psicólogos por consultorios externos, ellos van de forma ambulatoria. El equipo profesional con el que trabajo yo, nuestra función tiene que ver con el funcionamiento del dispositivo y no con el tratamiento individual de ellos.

El equipo está conformado por trabajadora social, psicóloga, debería haber psiquiatra y no hay, está vacante el cargo, y hay enfermería. Y después hay operadores socio-comunitarios u operadores terapéuticos, que son personas que no tienen formación específica y están en la casa cubriendo guardias para que 24 horas al día haya alguien del equipo. Psiquiatra hubo en algún momento, pero como no tienen formación para la atención comunitaria y queda mucho en lo personal, no les gusta el dispositivo, porque no hacen consultorio ahí adentro. Hubo psiquiatra y se fue, ahora en breve será el concurso de nuevo, pero bueno... nosotros también hacemos correr la voz de que entiendan que es un dispositivo comunitario, en donde no hay como la clásica atención donde te sentás en un consultorio, no pasa eso. Es como si fuese un hostel, en donde viven 19 personas y nuestra tarea tiene que ver con eso, en parte con lograr el funcionamiento y la coordinación de lo que es un espacio de esas características. Y después por otro lado acompañar en el armado del proyecto de las personas, pensar a donde quieren ir a vivir en la medida de lo que se puede hacer, porque en realidad tampoco hay muchas posibilidades. Hay gente que va a la universidad, hay gente que tiene trabajos protegidos, como ayudar un poco a coordinar eso.

M: ¿Qué elementos, herramientas o estrategias utilizan para ir viendo el seguimiento de proyecto, para seguir la convivencia dentro de la residencia, tienen reuniones, consentimiento firmados?

E6: Cuando ellos ingresan firman un consentimiento informado, firman como una especie de contrato donde están las normas de convivencia y ahí se establecen objetivos de trabajo. Dependemos de la Dirección General de Salud Mental. Ellos trimestralmente nos piden informes de los usuarios. Nosotros lo que hacemos con esos informes, además de presentárselo a la dirección, es sentarnos con los usuarios para contarles lo que presentamos, para pensar en acuerdos y desacuerdos en relación a eso y revisar los objetivos que se habían planteado en algún momento. Hay asamblea de convivencia que es una vez por semana, tenemos reuniones de equipos, y para mí principalmente nuestra estrategia es el trabajo interdisciplinario.

M: ¿Cómo se llevan con el trabajo interdisciplinario?. ¿Qué desafíos implica?

E6: Bien, pero para mí tiene esos costos... quedan los que se lo bancan. Me parece que con algunas disciplinas también es más fácil que con otras, porque históricamente está más acostumbradas y porque te forman diferente para esa línea de trabajo. A mí me parece que a enfermería le cuesta mucho más porque vienen históricamente y de formación son muy técnicos para trabajar, necesitan que alguien les diga que hay que hacer tal cuestión y ellos son ejecutores. Pero después con el resto de equipo bien.

M: ¿Enfermería que función cumple?

E6: Es raro igual que haya enfermería... es algo que de hecho ahora lo estamos delineando con la Dirección de Salud Mental, porque quedaba muy a criterio de las Residencias. Se está delineando un poco las tareas de enfermería, porque les cuesta cuáles son sus tareas en el ámbito comunitario. No es que tienen que bañar o darles la medicación a los pacientes. Básicamente lo que hacen es supervisar las tomas de medicación, la medicación está en un lugar, los usuarios van toman la medicación, la agarran, se la preparan. Tienen como un tupper donde está toda la medicación junta y se preparan la dosis que van a tomar en ese momento. Y eso lo hacen con una supervisión visual, que en general es enfermería. En general tratan de hacer todo el seguimiento de la atención clínica. Como son personas que viven ahí pasa de “che, estás engripado, tenés que ir al médico o necesitas que te acompañemos por si no entendés lo que te dicen”... como que esas son las intervenciones donde más aparecen.

M: ¿Los usuarios que ingresan de dónde vienen, cómo ingresan?

E6: Son todas personas que hayan tenido algún proceso de internación en algún dispositivo de ciudad y los derivan del Moyano, Borda. Otras de las residencias que tiene la Ciudad de Buenos Aires son de adolescentes, entonces cuando cumplen la mayoría de edad también es un efector que suele derivar a Gorriti.

M: ¿Eligen ir ahí?

E6: Si, ellos tienen que aceptar venir, de hecho nos ha pasado de gente que ha venido a conocer y ha dicho que acá no quiere venir y nosotros tampoco queremos que venga en esas condiciones. Eligen si vienen y eligen si se van. Es un dispositivo de puertas abiertas.

M: ¿Tienen un límite de tiempo para vivir ahí?

E6: En los papeles si, en lo real no. Se supone que están en un proceso durante 2 años. Lo que nos pasa es que no tenemos posibilidad de derivarlos. A mí me parece que nosotros enganchamos un periodo de transición entre dos paradigmas entre el asilar y el de la salud mental comunitaria. Entonces nosotros trabajamos en un dispositivo sustitutivo, pero la población que viene a la residencia no son personas que tuvieron internaciones cortas, son personas re contra institucionalizadas. Entonces tienen mucho de sus prácticas, más allá de su padecimiento, no tiene que ver con su diagnóstico, si no con estar 20 años en un monovalente. Entonces cuando nos ponemos a armar proyectos de salida de la residencia con esos usuarios ni conciben vivir solos en algún lugar porque son personas que hace 30, 40 años viven en instituciones. Ni siquiera es que bueno, viven con un otro... sino que viven en un lugar donde viven 20 o 30 personas más desde hace muchísimos años. Entonces tiene eso de particular esta etapa, en donde son personas que están muy atravesadas por la institucionalización, se les nota un montón.

M: ¿Participan de otro tipo de espacios, más allá de lo laboral, o si adentro de la casa tienen talleres o un centro donde hagan otro tipo de actividades?

E6: Si, adentro de la residencia nosotros no queremos que haga talleres, porque queremos precisamente es que lo busquen por fuera. Hay momento que lo logran más que otros, pero si, nosotros promovemos mucho que vayan al polideportivo que está cerca, que vayan a algún centro cultural a hacer actividades.

M: Pero no que necesariamente sean de salud mental...

E6: No, tratamos que no. Les cuesta igual y ahí es donde les aparece la institucionalización. A veces les cuesta mucho, porque también lo que nosotros trabajamos con ellos es que, con la ley que los instala, como personas con derechos y con responsabilidades también, entonces digamos, si asumen ir a determinado lugar y vos no querés ir, tenés que avisar. Les cuesta mucho construir eso.

M: ¿Qué pasa con la idea de riesgo cierto o inminente?

E6: la posibilidad de pasar por una crisis existe todo el tiempo, eso es así. Tal vez lo que tiene es que, como es un dispositivo habitacional y no de atención, cuando una

persona empieza con una línea de descompensación... nosotros lo que reforzamos mucho es su tratamiento ambulatorio, y si con el tratamiento no es suficiente, vamos a la Guardia Médica como cualquier persona. Entonces frente a situaciones de riesgo se llama a SAME, a la ambulancia, para pedir el traslado a un hospital. No es que se atiende ahí adentro. Se re contra intenta no llegar a la situación, porque nosotros al no ser un dispositivo de atención en ese punto tenemos mucho más aceitado ese sistema, porque lo que necesitamos es que llegue al lugar de atención la persona. Lo tenemos mucho más aceitado. Si no conseguimos que llegue SAME, los operadores que arma un montón de circuitos para que la persona llegue al lugar de atención, aparte nosotros tenemos contacto con sus equipos tratantes... si nos pasa llamar “tal se siente así, lo vamos a acompañar a tal lugar, fíjate si tenés algún compañero que lo reciba en esa guardia” siempre muy en la informalidad todo.

M: Tengo una consulta que me empezó a surgir más al conocer estos dispositivos habitacionales, de residencia... si tenemos una línea de internación, externación y alta, ¿en qué estado estarían los usuarios en este dispositivo?

E6: Y están después de la externación, porque ellos estuvieron internados, tuvieron el alta de la internación, o sea que ya no requieren de atención aguda, pero que por su particularidades no logran solos, solo relativo porque ninguno de nosotros logra solo nada fuera de un sistema de salud, armar algo de su proyecto de vida y habitacional, entonces ellos están por fuera de la internación. No es una internación, pero si es un dispositivo de atención, de salud mental. Es como, por ejemplo, en las empresas sociales en algún punto, porque están en una instancia que no están internados, pero requieren apoyo.

M: ¿Laburan de idea de autonomía, decisiones, responsabilidad?

E6: Es la razón de ser de este tipo de dispositivos... cuesta mucho también porque es lo que te decía, en muchas ocasiones te das cuenta lo arrasados que están por la institucionalización. Como que a veces hay escenarios que son muy simples para nosotros respecto de sus decisiones, de las decisiones de uno para sí mismos, y para ellos no entienden de lo que les estás hablando.

En el otro punto que se trabaja mucho respecto de los procesos de autonomía tienen que ver con el otro también, a veces, esta conversación la tenés con Curaduría, con

curadores que son esa figura legal que se supone que le brinda apoyo a esas personas que tienen un padecimiento y que no tienen referentes sociales, etc. se supone que es una figura que tiene que brindar apoyo y lo que hace es entrar en líneas más sustitutivas. En lugar de brindar más apoyo para que esa persona administre su dinero, lo sustituyen. Entonces bueno le dice “vos haces esto con tu dinero” y ahí tenemos grandes discusiones con personas que ya no son los usuarios del sistema de salud mental.

M: ¿Hay mucha demanda por parte de los usuarios de estos sistemas diferentes, alternativos?. ¿Hay una gran lista de espera?

E6: Si, hay una gran lista de espera... yo no sé si la demanda es de parte de los usuarios eh. Y si se requieren más dispositivos de estas características y de otras características. Estos lugares, las residencias, según la bibliografía pueden tener hasta 20 personas viviendo adentro. Yo diría que más hay un riesgo de que se conviertan en un hospital. Esa es una realidad diaria que nosotros tenemos, y todo el tiempo tenés que están pensando en las intervenciones en esa línea... como de no caer en esas cuestiones.

M: ¿Qué otro tipo de dispositivos te parecerían necesario?

E6: Abrir algo de la línea laboral, dejar de hacer el cómo sí. Hay mucha gente laburando en empresas sociales o en emprendimientos que están buenísimos pero que no logran tener la banca para que no se aun como si del trabajo... donde no hay sueldos. Entonces también los usuarios entran como en un ciclo... en Gorriti hay gente que se querría ir del lugar y armar un proyecto que está bueno, ¡No tienen un mango! Además lo que tienen estos locos con los que trabajamos nosotros, es que son los usuarios del sistema público de salud, entonces además de locos son pobres. Por eso como que las posibilidades son muy pocas, por eso lo que me parece que falta mucho es algo de lo laboral y de lo habitacional.

M: Lo laboral como ¿empresas sociales que estén enmarcadas dentro de salud mental o vos decís empresas sociales en general que atiendan poblaciones vulneradas?

E6: Si... hay un intermedio ahí que no hay que bancarlo. Porque si no queda muy fácil en un simulacro de desmanicomialización. Me parece que cuando quedamos en el medio... me parece que tiene que ver también con nuestra formación, muchos de los que trabajamos ahí venimos de disciplinas de la salud mental, entonces podes tener una

mirada muy abierta pero en algún momento te empieza a operar esta cosa del cuidado... si aparte esa cosa protegida. Me parece que tiene que ser abierto todo. Hay experiencias en el mundo, hay lugares donde es abierto. Las comunidades terapéuticas también tienen esa lógica, ciudades que abrieron los manicomios y en el pueblo donde estaban abren todo, entonces la empresa social que tenían ahí es la que administran este bar, en estas condiciones, sin esperar menos.

Una cosa que pensaba recién, yo laburo en un lugar, en un tipo de dispositivo que son las niñas mimadas de algún modo de la ley, si bien no están tan desarrolladas en la ley, me parece que el dispositivo y quienes trabajamos ahí en general tenemos una mirada de perspectiva de derechos y con una concepción bien diferente de la salud mental. Me parece que es lo que el dispositivo te pide. Hay gente también que labura en este tipo de dispositivo y tiene otro tipo de perspectiva, pero en lo particular donde estoy yo y en este tipo de dispositivos son así, no podes tener una lógica manicomial laburando ahí, porque lo arruinas todo, eso es lo que tiene.

M: Un poco en relación a esto... y sobre todo porque hay un montón de prácticas institucionales: donde vos estás laburando, la lógica manicomial... pero ¿te parece que en general haya un tipo de usuario que esté concebido por estas prácticas institucionales? Pasivos, residuales...

E6: Si, para mí, sí pasa. Me parece que también cuanto más te acercas a cierto tipo de dispositivos, por ejemplo el manicomio, con mayor facilidad te encontrás esas miradas. Que me parece que es producto de muchas cosas, hay gente que labura en esas instituciones desde hace tantos años como gente internada... 25 años, 30, 40 años de laburar dentro de los manicomios. Como se les debe desgastar la energía un poco y la mirada sobre ese trabajo. Me parece que hay mucha mirada sobre los usuarios que es más del residuo.

M: ¿Laburan junto a los usuarios la ley, la conocen?

E6: No sé si la conocen, sí se la mencionamos. La otra vez pensábamos en invitar a gente, nosotros no hacemos talleres pero queremos implementar ciertas visitas, para ciertas cosas. Y pensábamos invitar gente de la Asesoría General para ver si les cuentan un poco. Yo la otra vez les hablaba un poco de las agrupaciones que hay de usuarios del sistema de salud también. Si, intentamos...

M: ¿Para su tipo de laburo el diagnóstico tiene mucho que ver, para elegir los seguimientos o las terapéuticas para las personas o intentan que sea algo separado?

E6: Me parece que es más disciplinar la pregunta. Desde mi disciplina, no tanto no. A veces cuando más lo uso es para tratar de explicar, para ver si me ayuda a explicar cosas después de mucho tiempo de no funcionar. Pero a mi personalmente no me hace mucho la diferencia el diagnóstico.

M: ¿Y a los usuarios?

E6: Para mí eso es muy personal. Algunos tienen registro, algunos no tienen registro. A veces el registro les funciona como explicación de lo que les sucede y a otros como estigma. Es muy subjetivo eso. Igual que lo que me preguntabas de la ley, también es muy subjetiva su disponibilidad para eso... porque hay gente que no se reconoce, como que trata todo el tiempo de separarse de los locos. Y que tiene como sentido, a mí me parece que lo que les pasa es que se perciben como se percibe en el cotidiano, tienen esa construcción social de la locura que es la que manejamos todos. La otra vez hablando con un usuario me decía “a veces ponés cara de loca y parece que te gustara”, y le respondo “es que para mí no es problema”, y me dice “sí, se nota que para vos no es problema. Para mí no es problema esa comparación, para el sí.

M: ¿La locura podría ser un referente identitario, como una posibilidad de sostenerte en ese estigma o en esa visión para poder reclamar derechos? Te ponés en el lugar de sujeto vulnerado a nivel institucional, estatal, para hacer algo nuevo. ¿La locura puede ser parte de esa identidad y eso podría ser positivo, constructivo?

E6: No te voy a decir lo que a mí me parece, sino lo que creo haber visto. Yo he visto a gente como XXXX y he visto a gente como la que te comento recién, “yo con esto no tengo nada que ver”. Me parece que es una pregunta piola hacerle a los usuarios, que son las dos cosas. Igual me parece que aquellos que logran hacer una construcción sobre esto son los que más recursos tienen, como más posibilidades de una construcción identitaria.

M: ¿Llegan con lazos sociales, redes de amigos... o están desarticulados totalmente?

E6: Llegan con un poco, pero con muy poco, muy poco. En general con las familias lo que sucede, es que si la persona que vive en Gorriti tiene 40 años, la familia tiene 40 años de convivir con una persona con padecimiento en salud mental y que en general nunca estuvo muy incluido dentro del tratamiento el laburo con las familias, como el acompañamiento sobre eso. También hay familias súper desgastadas, que no quieren saber nada con la persona, por lo menos desde lo convivencial. Entonces hay familias, hay pocas, y en general el vínculo hay que laburarlo mucho. Y después con respecto a otro tipo de redes en general son pocas y es algo que nosotros laburamos mucho. Se generan grupos al interior, les cuesta un montón, pero se trabaja mucho.

M: ¿Tenés alguna idea de por qué cuesta tanto?

E6: Básicamente porque el lazo social es como uno de los primeros quiebres que tienen. Me parece que muchas cosas deben influir ahí. En algunos pasa que son muchos años metidos en instituciones y quedaron completamente alienados. Me parece que el lazo social es el punto más complejo, el que más laburo lleva respecto del trabajo en salud mental. Hay que leer a otro, hay muchas cosas que se tienen que dar para que uno pueda tener un vínculo. Pero nosotros laburamos mucho esto, y mucho entre ellos.

M: Hablaste de ciertos espacios referidos a la comunicación, ¿te parece que la idea de comunicación es importante laburar? Aunque la ley no hay nada que diga “comunicación dos puntos”, sí habla mucho de la comunicación. Me gustaría saber qué pensás, con qué tiene que ver la comunicación en esta instancia...

E6: Si, me parece que es necesaria y en cualquiera de sus formatos. Me parece que viene a sumar a una causa que es compleja y necesita un montón de recursos para salir adelante. Salir adelante en la línea del estigma. Si hay que profundizar en la comunicación con los usuarios, me parece que son los más relegados en esto –eso es tarea nuestra también- respecto de lo que son sus derechos y construcciones, me parece que le falta mucho...

M: ¿Cuál sentís que es tu rol o lugar en el campo de la salud mental? Como trabajadora, militante, como quien aporta, solo un trabajo. ¿Cuáles son esas posiciones que vas armando?

E6: Pensaba si alguien te contestaría que solo el trabajo... habría que ver cuánto de eso está en la realidad de uno. A mí es un campo que me interesa un montón y no desde el

lugar científico, sino desde el lugar humano. Por eso pienso que por eso no me debe costar nada entrar en este paradigma de la salud mental. A mí lo que más cerca al campo tiene que ver con la vulneración de derechos, con el padecimiento de las personas, entonces yo personalmente además de que sea mi trabajo, tiene que ver con mi concepción de la vida y de las personas. Me cuesta mucho creer que hay haya gente que no los considere gente, a los usuarios del sistema de salud mental. Entonces, si diría que soy una militante de esto desde el punto de lo cotidiano... a mí me gusta mucho salir con ellos, me encanta porque aparte es el lugar donde ves todo al mismo tiempo y muchas veces es un espacio donde puedes laburar con la comunidad. Cuando salgo con ellos es más lo que trato de laburar con la comunidad que con los usuarios en sí mismos. Muchas veces me pasa que si estoy con ellos no les hablan y me hablan a mí. A veces los acompaño a consultas, entrevistas de trabajo o entrevistas en algún otro dispositivo. Una vez acompañe a un usuario a Admisión para tratamiento de psiquiatría y la secretaria del lugar me preguntaba datos personales a mí... ¡Son adultos! Mira lo que me estás preguntando... y todo lo chequeaba conmigo. Son grandes momentos, porque después yo le decía a la persona, que en esos momentos vos también podés plantear que porque no te lo preguntan a vos o decirle yo te voy a contestar.

M: Y por último. ¿Cuál es tu opinión respecto del artículo sobre que el padecimiento mental no sea considerado inmodificable?

E6: Me parece que está re bueno que este escrito, me parece que está lejísimo que aparezca en la práctica, pero sienta un precedente que esté escrito en una ley de ese modo.

Entrevista 7

M: A mí lo primero que me gustaría saber es, ¿de qué profesión venís y cuál es el trabajo que realizás en esta institución?.

E7: Son médica psiquiatra, soy codirectora de la institución. Más que nada supervisar toda la institución. Lo que tiene que ver con los tratamientos clínicos de los pacientes es personal, clínicos en el sentido de psiquiátrico. Cada paciente tiene su médico clínico. Vengo de trabajar toda mi vida con pacientes graves, básicamente en internaciones y urgencia, y hace unos años con mi socia que es psicóloga, que también ha trabajado mucho en instituciones privadas y con pacientes graves decidimos poner una Casa de Medio Camino. Porque consideramos que es un eslabón que falta, que todavía sigue faltando dentro de lo que es el abanico de posibilidades en alojamiento e internación en psiquiatría en Argentina.

M: Cuando surgió la ley, ¿te acordás qué pasó con el campo, qué disputas había?

E7: Hubo muchas. Yo básicamente no estoy de acuerdo con la ley. Ayer por ejemplo hubo otra muestra, una paciente que se descompensó acá que la queríamos internar, yo no estaba, la psicóloga quería emitir una orden de internación y no se la aceptaron, si bien por la Ley los psicólogos pueden emitir ordenes de internación... nosotros vivimos como una especie de caza de brujas, para alguien que se dedicó mucho tiempo a internaciones y urgencias, que nos digan que internamos a los pacientes contra su voluntad porque se nos canta, que básicamente para mi ese es el mensaje de la ley, no me pareció para nada adecuado. Entiendo que hay que promover los derechos humanos y bienvenidos sean, pero restringiendo las posibilidades que un médico le pueda, rápidamente, ordenar alguna cuestión complicada a un paciente, me parece que no ayuda.

Después sirvió para poner en el tapete las casa de medio camino y algunas otras cuestiones que todavía no sé si está reglamentadas siquiera. Estén mencionadas pero no están reglamentadas, entonces de que sirve una ley si no te dice cómo se puede aplicar. Entonces venimos funcionando como a ciegas en ese punto, si bien el Ministerio de Salud, bueno ya le cambiaron el nombre... ya no son Casa de Medio Camino, sino Residencias Terapéuticas, Ministerio y Municipalidad de Buenos Aires nos matan con los requerimientos para una Casa de Medio Camino, pero no está reglamentado en

ningún lado. Tenemos que funcionar casi como un hospital, cuando en realidad es una casa que aloja pacientes compensados como si fuera una gran familia. A mí la nueva ley no me aportó mucho, al contrario me molestó en ese sentido, y las cosas que eventualmente me podían servir como ayer, que una paciente complicada pudiera ser internada rápidamente, no tuvo el respaldo del consenso general y no se pudo aplicar.

M: ¿Otras problemáticas que veas u otros lugares que no cubra la ley?

E7: Yo hace mucho tiempo que estoy abocada más que nada a esto. Estamos medio desguarnecidos cuando tenemos que internar un paciente contra su voluntad, porque el paciente es soberano. Pero si el paciente tiene un accidente de alguna índole, los responsables seguimos siendo nosotros y no nos dan herramientas como para eventualmente forzar una internación. Que no tiene que ver con forzar un paciente, ni violentarlo ni nada, pero podés contar con la policía más fácilmente, la policía viene y no lo toca, dice “no lo puedo tocar”. Pero el paciente se escapa y se mata, la última responsable sos vos. Que antes uno, en una urgencia, iba con un equipo, hacia lo que tenía que hacer, que tenía que ver con poder medicarlo, alguien que te ayudara o lo que fuera, lo hacías, presentado todo lo que tenías que presentar.

Después, en lo que tiene que ver con mi ámbito básico en este momento, hay algunos Ministerios públicos, de los que se ocupan de defensoría de pacientes, que se ponen muy quisquillosos al momento de exigirte que le des un alta, sin investigar los antecedentes del paciente, porque está acá

M: ¿Qué vos le des el alta?

E7: Claro, que el paciente tiene que ser libre, o que tiene que votar, o que tiene que manejar vehículos o lo que fuera y no tienen ni idea del paciente psiquiátrico crónico. Entonces me parece que hay, si bien no creo que fuera mal intencionada la ley, hay cuestiones intermedias que no han sido percibidas de la manera adecuada. De hecho tengo entendido que gran parte del texto de la ley fue hecha por psicólogos y no por psiquiatras y no se escuchó la voz del psiquiatra convencional, ni siquiera se escuchó como corresponde la del Presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos. Entonces, me parece que tiene una pata flaca importante.

M: ¿Y te acordás algunos de estos puntos que los psiquiatras retomaban?

E7: Esto de no darle libertad al psiquiatra, que se confíe en el criterio del psiquiatra de evaluar al paciente, que pueda contar con mayores respaldos en el momento de tener que internar un paciente contra su voluntad... que no sea un caos, que no tenga que estar pidiendo permiso al juez, al fiscal, para poder internarlo, el tiempo corre... si das con un policía piola te va a ayudar, “señora yo la ayudo”, pero sino se quedan todos mirando y nadie se acerca. Y se ha creado toda una especie de psicosis en esto... yo me acuerdo hace algunos años de tener que reducir un paciente en la calle porque se me escapaba, taclearlo porque se me escapaba. Vos ahora llegás a hacer eso y tenés a todos encima diciendo “asesina, ¿qué estás haciendo?”. No se trata, insisto, de violentar al paciente, se trata de salvarle la vida. Por eso te digo que es una caza de brujas, porque cuando uno tiene que forzar una situación, como es reducir un paciente que está excitado, que no ve, que percibe en forma delirante, que no tiene criterio de realidad... por más que sean sus derechos, es riesgoso para él y para otros. Entonces no tenés libertad de acción. O si la tenés, tenés que justificarla tanto que decís “bueno, ¿quién va a estar de acuerdo con mi criterio?”. Hay como muchas lupas y pocas chances de actuar como uno quisiera... o como estaba acostumbrada.

M: ¿Y cómo hacen actualmente para sortear estas situaciones?

E7: Hace tiempo que ya no me dedico a urgencias, un poco por esto y otro poco porque es un laburo bastante insalubre. Muchos años laburé coordinando equipos de urgencia y haciendo emergencias yo, la verdad que en general cuando hay un paciente para internar... salvo que sea una situación límite muy complicada que ahí se llama a la policía y se reza para que el policía ayude, se deja la orden la internación y se le informa a un juez que el paciente está para internar. Y la familia tramita lo que tiene que tramitar para que el juez indique la internación. Cuando es voluntaria no pasa nada porque el paciente se interna y ya está. Entonces cuando es involuntaria hay que informar dentro de las 24 horas que el paciente está internado, interviene el Ministerio Público, que te empieza a correr que cuando le vas a dar el alta porque el paciente tiene que ser libre. En general los que me han tocado a mí han sido gente muy joven y sin experiencia, que viene a cuestionar porque el paciente hace 15 días que está internado. Y uno no le puede decir que porque está loco como un plumero. A ver... creo que hay que sacar el antecedente o la mala idea de que a los psiquiatras nos gusta encerrar a la gente. En realidad no... no hay nada más difícil para un paciente que una internación aguda, no hay nada más estigmatizante todavía, hasta lo que pueden pesar bien creen que es una

mancha en el legajo que no se borra con nada. Tanto para el paciente como para la familia, no son cosas que se comenten habitualmente, es una mancha de tuco. Hasta las casas de medio camino son manchas de tuco. Nosotros hace más de 10 años que estamos y todavía hay gente que no tiene ni la más mínima idea que hacemos. Y por el hecho no estar reglamentadas también, el espíritu que tiene que ver con una casa a medio camino de algo, muchas veces se convierte en algo donde pacientes crónicos terminan viviendo, porque no tienen lugar donde estar. Porque no están para un asilo, para un geriátrico, porque no tienen familia que los contenga y porque sabemos que librados a su suerte se van a descompensar y van a volver a la internación. Entonces, es mejor que estén en una casa de estas características, pero por su cuenta.

M: Recién nombrabas algo de esto... a nivel visibilización, interés social, ¿te parece que algo ha cambiado, que ha crecido en el último tiempo, que la gente conoce o le interesa más?

E7: Un poquito. En general les interesa más a partir de la necesidad. Y ahí aparece el conocimiento. Nosotros hemos invertido mucho en promoción, pero nos pasa con colegas nuestros que nos dicen “ah no sabíamos que había casas de estas”, y no es un concepto nuevo. Yo hace 30 años que me dedico a esto y ya mi primer jefe tenía casa de medio camino. Con él aprendí el concepto, así que imagínate el tiempo que hace. Probablemente haya habido antes que él, pero no lo sé.

M: ¿Cuál sería el concepto de casa de medio camino?

E7: Es una casa para pacientes psiquiátricos que están compensados, que después de, habitualmente, una situación aguda necesitan como terminar ciertos procesos de rehabilitación antes de reinsertarse en su hábitat normal. Habitualmente es entre una internación y el alta definitiva. Ese es el espíritu básico. Después hay gente que necesita mucho más tiempo como para poder adquirir herramientas nuevas o mejorar las habilidades, o pacientes como te decía antes por su deterioro o porque no tienen familia o por lo que fuera, terminan viviendo en lugares así.

M: Y acá, en esta institución en particular, ¿también trabajan cuestiones de reinserción social?

E7: En la medida que podemos si, lo que pasa es que no podemos solos. Necesitamos del afuera y el afuera no es muy convocante. El afuera nuestro básicamente son las

familias. Y las familias muchas veces no tienen ganas de colaborar, viven esto “ya está”, están cuidados, están en un buen lugar. Entonces, que mejor que eso. Cuando uno le pide a la familia que porque no ven de conseguirle una changa, un laburo, cadetería en tu negocio, lo que fuera... prefieren que no. O “o sé si está para”, o ya se mandó muchos mocos antes. Hay lugares que tienen bolsa de trabajo, nosotros la verdad que no hemos podido efectivizarlo. Hemos abierto ferias a la comunidad, como para que la comunidad se meta adentro de alguna forma, con escasa repercusión y han salido pacientes a ferias al exterior, con un poquito más de resultados. Pero, todavía la impronta del loco es una cosa difícil de aceptar más naturalmente. Si bien hay pocos locos complicados, el loco es el loco. Para la comunidad es una persona de la que preservarse de alguna forma y está muy vinculada en estos últimos tiempos a la dependencia de sustancias, entonces el loco también es adicto o el adicto también es loco, entonces es un combo que la gente no tiene ganas de soportar y con cierta razón.

M: ¿Te parece que se ha trabajado en otras alternativas o terapéuticas que acompañen a la medicación? Por ejemplo, si la psicología tomó un lugar importante, para el tratamiento general de los pacientes... o talleres, otros espacios.

E7: En las casas como estas que son pocos pacientes y de edades que son de 18 a 80, es difícil crear actividades grupales que los nucleen a todos. Entonces estuvimos mucho tiempo intentando muchas cosas. Por un tiempo funcionó un taller de teatro que tenía una coordinadora re power que lo movía, pero funcionó mientras estuvo esa coordinadora, después se cayó. Ahora hay dos psicólogas que hacen un taller de manufactura de objetos que los pacientes fabrican y se dedican a vender para su propio provecho y eso los convoca un poco más, pero tampoco participan todos. Entonces, las casas de medio camino, que ahora el Ministerio de Salud nos permitiría tener un lugar más grande para más pacientes, antes máximo era 12. Ahora los de mínima complejidad son hasta 20 pacientes, nos permitiría también ampliar un poco la oferta de talleres y actividades a los pacientes. Nosotros promovemos mucho que como parte de su rehabilitación los pacientes vayan al gimnasio, vaya a hacer un curso, vaya a hacer gimnasia a los bosques de Palermo, volantee. Nosotros tenemos otra casa acá cerca que los pacientes están un poquito más armados y muchos laburan, salen y vuelven. Es mucho más fácil para aquella población que para esta que son complicados, que hay menos chance. A ver, el equipo multidisciplinario funciona... cuando funciona,

funciona. Y acá lo promovemos todo el tiempo. Tenemos tres o cuatro terapistas ocupacionales que laburan mucho con nosotros, dos psicólogas que además de hacer las guardias a la tarde se ponen el chaleco y salen a juntar madera, cartones, lo que sea... nos ves por la calle y somos todos cartoneros, juntando cosas por la calle para que los pacientes hagan. Hasta los familiares del personal no profesional aportan, porque saben del proyecto. Pero es una gotita de agua en el océano, no deja de ser importante, pero es una gotita de agua. Para lo que es la población de estas características, en una ciudad como esta. Que se empiezan a ver más por la calle. Habían desaparecido, y ahora se empiezan a ver más.

M: ¿Cuándo salen a hacer estas ventas, salen solos?

E7: No, en general salen con algunos de estos coordinadores. A veces los llevamos nosotras, la directora y yo, ayudamos a cargar todo. Pero siempre va a alguno porque es un respaldo que necesitan y hay que cuidarlos. Hay muchos que además no tienen permiso de salida solos. Los permisos tienen que ver con el paciente... a ver, son casas de puertas abiertas, quiere decir que el paciente entra voluntariamente y se va voluntariamente. Que si tiene salidas libres, va a tener salidas libres. O sea, va a entrar y salir todas las veces que quiera. Pero, si el paciente no tiene permiso para salir solo, no sale solo, no puede hacer lo que se le canta, cuando quiere con la puerta y que tenemos que laburar codo a codo con el equipo tratante para determinar que paciente está en condiciones y que paciente no. Y que de última, el permiso está definido por la institución... porque el médico de repente lo ve una vez por semana y dijo que está bien, y nosotros lo vemos los últimos dos días que no está para salir. Esto no quita que si un paciente se enoja, se brota, cambia de opinión o lo que fuera, si dice “me quiero ir”, no le tengamos que abrir la puerta. Haremos todo lo posible para que no pase, que era un poco lo que pasaba ayer con la paciente. Pero si el paciente se quiere ir... chau que tengas suerte... con todo lo que eso implica. Ayer le decía a mi socia “imagínate en 30 años todas las veces que pasé por esta situación, siento que otra vez, a pesar de los años y todas estas cuestiones, siento que me envejecen diez años”. Uno le pone la garra, le apuesta al paciente, sabe que no va a prosperar pero igual hace de cuenta que no lo sabe y termina... la frustración. Es una profesión que te acostumbra a la frustración, es maravilloso cuando todo anda bien, pero te pega cada cachetazo... cuesta procesarlo a veces.

M: Aquí particularmente cuando ingresan, ¿firman algún consentimiento informado?

E7: Si, consentimiento informado, reglamento de convivencia, contrato administrativo, si... firma. Firman porque además es obligación que lo hagan, tiene que estar registrado que el paciente quiere venir por su propia voluntad. Nadie viene contento, son pocos los que dicen “que suerte me voy a la casa vivir”, pero unos vienen con más ganas que otros.

M: ¿Sabés en general de qué tipo de experiencia vienen?

E7: Más que nada lo privado... no tenemos convenios con prepagas ni obras sociales, pero facilitamos todo lo que se requiera para que la familia obtenga los reintegros correspondientes. Y en algunos casos terminamos tratando con la prepaga, sin tener ningún convenio con la prepaga, cuando se arma la bicicleta, es más fácil no dejar al familiar en el medio y nos hacemos cargo directamente nosotros. Pero es muy difícil con una población tan chica, bancar la bicicleta financiera de las prepagas. Es una cuestión difícil, sobre todo porque son pocos pacientes para bancar una casa como la que ves, con poco personal durante todo el día, las 24 hs. Entonces se nos complica. Son casas –como nos dijo alguien alguna vez- son casas no caras, onerosas. Porque el servicio es bueno, desde la hotelería y lo profesional, pero el monto a pagar por eso es alto. Casi ninguna familia lo puede pagar, tiene que recurrir a un recurso de amparo para que la prepaga lo banque, porque además como no es una prestación que esté nombrada la prepaga no la quiere pagar. No forma parte del PMO (Plan Médico Obligatorio) y hay que recurrir a certificados de discapacidad, recursos de amparo, gastar en abogados... son 3 o 6 meses de esperar, con el paciente medio incendiado a veces, para que haya una vacante en un lugar de estos, que como hay pocas casas tampoco hay muchos lugares. Es complicado, si hubiera diez casas más, yo creo que laburaríamos todos, el tema es que son tantas las trabas para poder abrir una... nosotras hace un año que estamos buscando una casa. Tiene que ver las exigencias de la Municipalidad y el Ministerio de Salud. La otra casa es una casa linda, pero tiene diez plazas, está llena. Entonces buscamos una que tenga 12, que es lo máximo que podemos tener, hace un año que estamos buscando y no encontramos, entonces, aunque al encontremos, son tantas las cosas que le tenemos que hacer a esa casa para que sea habitable, que nadie tiene ganas de meterse en ese quilombo. Vale más financiar con el

dólar, que ponerte a invertir en fuentes de laburo, un lugar para pacientes. Esta todo trastocado, como está el país, que las prioridades no son las que deberían ser. Y los que queremos laburar, laburamos como podemos.

M: Si, y salud mental nunca fue una prioridad...

E7: La Ley de Salud Mental pretendió serlo, pero la verdad que es un título, es un cascarón vacío. Para mi gusto. No sé qué habrán opinado otros, pero la verdad que no aportó nada. Y lo interesante que podía aportar no se puede establecer. Porque nadie lo conoce, porque nadie sabe, porque siempre fue así y porqué lo van a cambiar ahora...

M: ¿Qué cosas interesantes había para cambiar?

E7: Que un psicólogo pueda emitir una orden de internación, por ejemplo. Y ayer la psicóloga la paso pésimo y me decía “no me aceptaron la orden de internación”, y yo estaba del otro lado de la ciudad, pero no te la aceptan por whassap tampoco. Yo no podía venir, por suerte quedó en una clínica privada y va a ir el psiquiatra de la obra social hoy, pero si la piba se escapa y se iba a seguir consumiendo en otro lado... estaríamos cortando clavos hasta que apareciera.

M: ¿La población acá, particularmente, cómo es?

E7: Es mixta. Todo tipo de patologías psiquiátricas, todas te diría. Adicciones tratamos de no tener, salvo lo que sea diagnostico dual, que esté asociado a otra patología. Porque el paciente adicto es una problemática distinta en sí misma y altera cualquier otra población. Hemos tenido, cuando empezamos y cuando tuvimos mucha hambre, hemos necesitado pacientes, hemos aceptado pacientes adictos porque los necesitábamos y una noche terminamos con dos ambulancias, policías, el paciente rompiendo todo lo que te puedas imaginar acá adentro. Nunca más.

M: ¿Ahí también puede que sea un poco floja la ley, con las cuestiones de adicción? Los suma a la problemática, pero no hay mucho desarrollo.

E7: Si... pero no hay mucho desarrollo te diría a nivel mundial. La patología de la adicción es una patología muy muy difícil de resolver. El porcentaje de recuperación realmente es muy bajo y las instituciones, yo conozco muy pocas... te diría que no me animaría a recomendar ninguna, si bien se del éxito de algunas, no me animaría a recomendar. Porque no estoy de acuerdo con la ideología, el sistema de granja y trabajo

comunitario, y la ley de castigo y premio. Me cuesta mucho. Hace tiempo deje de atender pacientes adictos... y cuando me caen digo “bueno, vamos a ponerle garra a ver qué pasa” y...

M: ¿Y te parece que en el último tiempo los usuarios que ingresan se ha modificado? Por ejemplo, que antes entre gente más adulta y ahora más bien jóvenes.

E7: Siempre fue mixto. No ha variado eso. Nosotros empezamos con una población un poquito mayor pero con el tiempo, un par de años, hemos tenido pacientes más jovencitos. No, es muy variado, depende del momento. Lo que pasa es que los que van quedando son los mayores. Y son los que tienen menos chance de salir, entonces la población se va haciendo añosa porque al joven lo vamos externando y el veterano termina quedando. Pero no por la demanda, si tuviéramos más espacio físico, podríamos tener más rotación de camas. De a poco eso se va como achicando, porque tiende a ir quedando el paciente más crónico y nos queda poca plaza para el paciente más agudo.

M: ¿Sabés si en algún lugar del mundo este tipo de espacio están más desarrollados o son más ejemplares?

E7: No... hay algunos ejemplos en México y en España que yo sepa. En Italia hay algo parecido a través de la desmanicomialización y cuando tuvieron toda la locura en la calle dijeron “no podemos hacer esto” y vieron que no era tan fácil. Justo el jueves tenemos una reunión con gente de Barcelona, nos habrán visto en la web, y quieren tener una entrevista con nosotros un poco para intercambiar experiencias, pero no hay referentes internacionales. Por lo menos que yo conozca. De hecho nos han contactado de América Latina, de varios lugares... diciendo “esto no existe, no sabíamos que existía el concepto, es nuevo” y es algo que no parece tan difícil de pensar. Una internación lo saca más o menos estable pero le falta un golpe de horno, vamos a ver en otro lado.

M: Yo creo que lo difícil, vos me lo dirás, pero es pensar la salud mental no relacionada a la internación, sino a la recuperación, reinserción, el sentido de comunidad, habilidades sociales...

E7: Durante mucho tiempo, eso se pretendió de los Hospitales de Día, lo que pasa es que yo conozco solo uno o dos Hospitales de Día que funcionen bien. Después los demás...

M: **¿Acá solo es Casa de Medio camino?**

E7: No nos dejan hacer otra cosa lamentablemente, no os dejan ser hospital de día. Que venga gente un rato a talleres, actividades, reuniones, laburar con las terapistas ocupacionales y que se vaya a su casa. Y está el Hospital de Noche, que está todo el día afuera y viene a dormir a estos hospitales. Tampoco somos nosotros. A ver, como posibilidades hay infinitas, después que se puedan reglamentar, que puedan funcionar y que tengan éxito... imagínate el abanico de posibilidades.

En una ciudad como Buenos Aires, como ya te digo, si hubiera diez casas de medio camino, como tales, funcionarían todas. Imagínate replicadas en las principales ciudades del interior... yo creo que el cuidado del paciente con algún trastorno mental se vería enormemente beneficiado, lo que pasa como decías, todo es esfuerzo y para los privados una inversión en tantos sentidos, estas casas necesitan personal las 24 hs, profesionales durante mucho tiempo. Yo vivo a 20 cuadras, estamos disponibles siempre. Si me llaman "fulano necesita un refuerzo", voy. No es una queja, es una descripción. Y está bien, me siento joven y con ganas, no sé cuantas pilas más voy a tener. Creo que sobretodo hay mucha gente joven que se está dedicando a esto, que me parece que es un campo de aplicación muy amplio, que valdría la pena. Pero con todos los obstáculos que tenés en el medio, no tenés ganas de poner casas de medio camino.

M: **¿Internamente buscan armar grupos entre quienes conviven?**

E7: Cuando evaluamos los pacientes para ingresar, tratamos de que sean agrupables. En general la pegamos y hay veces que no. El grupo naturalmente se organiza según lo que esté pasando en el momento: se alían para determinada cuestión, se enemistan para otra, como todos los grupos humanos... a veces el grupo logra cosas, que la dirección no logra. Cuando algún paciente se manda un moco y hay una especie de sanción grupal, que no es que se ponen en jurado y decide cierto castigo, sino que naturalmente la normal grupal sanciona un gesto que no fue bien aceptado. Tenemos reuniones de convivencia donde tratamos que se hablen estas cuestiones, donde participa personal no profesional también porque son los que están más tiempo con los pacientes, viven día a

día y además entrenamos al personal todos los meses, tienen reuniones con la psicóloga para plantear estas cuestiones. Porque cuando uno no está preparado para estas cuestiones, cuando un paciente deja el baño sucio por 50° vez, uno tiende a pensar que lo hizo a propósito. Y una mucama que de repente no tiene una preparación lo va a seguir pensar. Nosotros tratamos de laburar con todas estas cuestiones para que el personal también banque la situación, aprenda a dirimir lo que es patológico de lo que no y tratamos ese punto de que todos tengan la información necesaria para cada paciente. Nosotros los profesionales tenemos reuniones mensuales también, para discutir cada uno de los pacientes y dirimir cuestiones de todos los días, más allá que él está de guardia todos los días manda un mail con las cuestiones del día al grupo, nos alternamos las directoras para contestar. Para que todos estemos al tato de lo que pasa. De todas formas, cada paciente tiene un psicólogo de referencia que no es el terapeuta, porque promovemos los tratamientos afuera, sino que es él sabe todo y que me tiene que contestar. Es el que reúne toda la información, participa de las reuniones que las directoras proponemos para alguna cuestión. Los psicólogos forman parte de nuestro staff y de lunes a viernes hacen una guardia de 14 a 21. Aparte de esos psicólogos, cada paciente tiene su tratamiento a fuera: psiquiatras, psicólogos... nos dimos cuenta con el tiempo que si nosotros nos dedicábamos a tratar a los pacientes, esto se volvía muy endogámico y con muy poco intercambio al exterior y hasta es de buena práctica que nos auditen desde afuera. Que un médico tratante venga y diga “bueno, laburan bien” y no que nosotros digamos “laburamos bien”. Y además todos nos sentimos más cómodos... porque ser juez y parte con un paciente, ser la que impone el orden (golpea la mesa), es muy complicado, se contamina todo. A uno lo dejás y al otro no lo dejás, es demasiada demanda.

M: ¿Y los pacientes que están acá, está encargados de alguna tarea de la casa, cocinan?

E7: No cocinan, pero participan de la preparación de cosas. No cocinan porque la cocina es un lugar peligroso y no está preparado para los pacientes. Pero las terapistas todas las mañanas intentan hacer un bizcochuelo, masitas para la merienda, colaboran en algunas compras que no llegamos a hacer, tipo mayoristas y van ellos, van a comprar las pastas del domingo, algunos están encargados del riego, a todos les promovemos que se hagan la cama, no limpian los baños, pero promovemos que participen... les cuesta, es como mover una roca. Porque surge esto “¿y con lo que yo pago lo tengo que hacer?”,

es una población complicada desde ese lugar, pero forma parte del laburo: que ordenen su placard, que laven su ropa... a ver la adquisición de habilidades que necesitan para estar afuera. Por eso, además de esto casa de medio camino, hay como un proceso básico, que sería: la internación, casa de medio camino y piso tutelado o la vivienda asistida. Entonces los preparamos para una vivienda asistida, con suerte podemos participar de ese proceso y a veces no.

M: ¿Llegan a la vivienda asistida?

E7: Si, hemos tenido casos que llegaron a la vivienda asistida. Vino la otra vez un paciente, muy complicado, pero muy complicado, que se casa. Y está feliz. Que cuando llegó dijimos “uf que pronostico” y el pibe progresó. Un lapso de siete años, desde que lo conocimos que ya venía con antecedentes pesados, y ahora se casa y cuando ves la foto no podés creer que sea el Marcos de hace siete años. Eso es lo que te da aire para seguir, es una mosca blanca, pero con una mosca blanca cada cinco o seis años... uno ya está.

M: Lo que tiene que ver con los lazos familiares, ¿lo promueven, ven las intenciones de cada persona?

E7: Se intenta promover, pero hay pocas familias realmente comprometidas, muy pocas. Son familias que están muy desgastadas, que han sido muy maltratadas, hasta en algún punto es excusable que o quieran saber nada más. Promovemos que se incorporen. El papá y la chica de ayer es un caso extremo, pero desde ese caso extremo a familias que han deambulado por todos los servicios sin que nadie les dé una respuesta concreta y sometiéndose a situaciones muy complicadas, se cansan. Entonces encuentran un lugar donde el paciente está cómodo, seguro, bien alimentado, cumpliendo un tratamiento como corresponde. Lo vienen a visitar los domingos, con suerte lo llevan a tomar un helado y lo traen de vuelta.

M: ¿Y otro tipo de lazos como amigos, parejas, existen?

E7: Existen. A veces son difíciles de implementar porque no podemos dejar entrar a cualquiera, entonces es una situación bastante incómoda para nosotras, abalar una relación. Y ahí es donde pedimos mucha participación al equipo tratante, a la familia, nosotros no queremos ser los que decidamos este si este no, nos pone en un lugar de carceleros que no queremos, pero inevitablemente va surgiendo, más allá de que son

poblaciones que tienen a cronificarse y dejar de lado ese tipo de posibilidad, convengamos que los pacientes que terminan necesitado este tipo de lugares tiene que ver con psicosis graves muchas veces y que la principal característica es la diferencia del entorno social, entonces hay poco interés en una pareja o tener un amigo. En los hospitales de día o algunas actividades que eventualmente promovamos hace que empiecen a funcionar como grupo, pero dentro de los lazos de acá dentro. Es muy difícil que se forme una pareja dentro del hospital, lo cual nos complicaría la vida. No lo promovemos, pero no lo impedimos. Si pasa empezamos a establecer normas lógicas. No se puede hacer cualquier cosa en cualquier lado. De hecho hay una especie de romance entre un paciente de otra casa de esta, que sabemos que no va a durar pero bueno... estamos atentos a ver cuándo es el desenlace. Pero si, nos dicen “¿Puede venir fulano de tal?” bueno quien es fulano de tal, quien lo conoce, quien lo abala de tu familia, tu médico tratante está de acuerdo... si cumplen dos o tres cosas, vienen, se juntan en un lugar público, no en la habitación. Estamos observando de lejos a ver qué pasa, y si podemos lo entrevistamos un poquito y vamos viendo que el vínculo se sostenga.

Es muy personalizado el trato. Está bien que sean doce pacientes, por más que es complicado desde lo financiero de una PyMe, pero en lo terapéutico, es muy difícil que se te escape algo, porque si ni estoy yo, está la psicóloga, la mucama, la enfermera, el de maestría. Y lo que dice Ramón hay que darle mucha bola porque tiene un ojo clínico, hace ocho años que labura con nosotros...

M: Con el tema de los tiempos que pueden estar acá, que la ley habla de tres meses, ¿influye o no influye acá? Porque no están internados...

E7: No, esto no es internación. El espíritu de la ley es que se vayan, pero como te decía, hay muchos que se quedan. Y depende de cada patología, la situación, la crisis, el tiempo que van a permanecer. Los pacientes jóvenes con familias más o menos continentales, con primeros episodios de descompensación, tienen más chance de irse pronto, y pronto es un lapso entre tres y seis meses, no menos. Después hay pacientes que hace muchos años que no están.

M: ¿Y acá se genera lo de la puerta giratoria también?

E7: No, no porque no hay lugar. En general cuando los pacientes se van, se va porque están en condiciones de irse. La puerta giratoria, para mí tiene que ver con un paciente que se largó crudo. Entonces no tiene las herramientas necesarias y va a volver a caer o descompensarse o lo que sea y tiene que volver, entonces en las casas de medio camino tenemos menos chance de que esas cosas pasen. Lo que sí promovemos es que cuando un paciente se vaya, que siga viniendo a tomar mate, charlar con nosotros, que nos cuente de su vida. Y eso evita puertas giratorias, recaídas, nos ayuda a avisarle al equipo tratante si no lo vimos bien o si vino fulano y lo vimos bárbaro. El vínculo ese ayuda al pronóstico. Hemos evitado un sinfín de internaciones, solo con verlo una vez por semana. Se trata de eso, de reducir costos en salud, una internación no es lo mismo que una entrevista psiquiátrica. Ayuda mucho... que es lo que la internación muchas veces no permite, por el giro cama y el apuro que uno tiene por despejar la cama porque hay otro que está esperando, está quemándose, además insisto, la internación tiene una impronta a la que no dan muchas ganas de volver, y más allá de que uno pueda no estar muy grave, el de al lado puede ser un desastre y el clima es pesado y denso. No van a ir a ver sus amigos como está, de visita. No se permite habitualmente y está bien que no se permita, pero acá sí, están todos más o menos bien.

M: Ante estos casos graves y agudos, el riesgo cierto e inminente es el que se tiene en cuenta ¿no?. ¿Con qué criterios, cómo lo miden?, ¿vos como psiquiatra qué me podés contar de eso?

E7: Yo como psiquiatra participo en todas las entrevistas de admisión y tengo muy en cuenta los antecedentes de cada paciente, por lo menos para los primeros tiempos. Cuando surgen algunas situaciones de alarma, evaluamos con el equipo y con la familia si es normal, su forma parte de la evolución. Después de unos meses de estar acá, ya al paciente lo conocemos todos. Y con la información tan aceptada que tenemos, estamos muy atentos. –Retoma el caso de una paciente bipolar- Estamos atentos “fulana hay que cuidarla, porque en cualquier momento se nos dispara”, en general es una paciente dócil, que si le decimos que no va a salir por unas semanas hasta que se tranquilice, está bien. Tenemos que bancarla acá adentro arriba, pero aceptan. Cuando no aceptan, los internamos. ¿Cuál es la diferencia entre internarlos o no? El vínculo que hayamos logrado crear con ese paciente. El paciente sabe que acá no lo dejamos salir porque lo estamos cuidando, y lo sabe y lo cree, se queda. Hemos tenido casos que no hemos podido evitar la internación, demasiado descompensados, demasiados bruscos los

cambios, errores –porque no solos infalibles-, “aguantemos, aguantemos” pero no, por más que se quiere no se puede. La verdad que hemos evitado muchísimas internaciones en los últimos años. Como la de esta paciente, te diría que una vez por año.

M: ¿Te parece que en estos ambientes se propicia más el autoconocimiento, que te digan “doctora no estoy bien”, que esté atentos a sus propios síntomas?

E7: Depende de la patología de cada uno. Hay algunas que no permiten esa reflexión, son incapaces de introspección. Pero los que están un poquito más armados si, y es lo que condiciona el tratamiento. Es lo que más o menos diferencia un buen pronóstico de un mal pronóstico. Un mal pronóstico no es que no puedan reflexionar, sino que toda la capacidad de estabilizarse va a depender del equilibrio que se le pueda poner desde afuera. Eso es lo que pasa cuando uno tiene introspección, que uno vea que tiene para defenderse, me volví a equivocar en esto... hay muchos pacientes que no tienen eso y en cambio cuando existe ese recurso, tenemos muchas más chances de que el tipo se pueda ir.

M: Claro y, ¿los pacientes conocen sus diagnósticos?

E7: Tenemos obligación de que lo sepan, pero cuando no preguntan no lo decimos. Y tiene que ver con lo estigmatizante de algunos diagnósticos. Porque cuando vos le decís al paciente “sos un esquizofrénico”, se acabó el mundo. Porque la esquizofrenia es una enfermedad de mierda, todo el mundo lo sabe, no tiene cura. Pero si a un esquizofrénico lo cuidas, evitas que se brote, lo medicas como corresponde... evitas que con cada brote se vaya descompensando y más, el tipo puede tener una buena calidad de vida. ¿De qué sirve que le digas que es un esquizofrénico?

M: ¿Te parece que hay algunas patologías o diagnósticos que sean modificables? Esto es por el artículo en la Ley que propone que el padecimiento mental no sea considerado inmodificable.

E7: Hay padecimientos que son inmodificables, hay otros que no. Y me parece que hay que saber cuáles si y cuales no para no gastar porque los recursos no son ilimitados. Y esto pasó con la paciente de ayer, ocho años de apostar sin importar las consecuencias, listo. Usemos el recurso en otro que quizás se pueda, no seguimos apostando más. Y esto solo es un casito en todo Buenos Aires, ¿cuántos de estos habrá? Yo no sé mucho de macroeconomía ni cuanto se destina del presupuesto de salir al área psiquiátrica,

supongo que muy poco, porque se nota. Yo me forme en el Borda y veía lo que era el Borda, y como los buenos jefes de servicio ponían plata de su bolsillo para mejorar cosas, entonces uno sabe que hay muy poca guita dando vueltas ahí. Cuesta que paguen una institución privada, imagínate la poca plata que circula para esto. Creo que se mueve más a sangre, que a plata. Sobre todo en lo público, en lo privado podemos vivir, sin tirar manteca al techo pero podemos vivir. Lo que tiene que ver con lo macro psiquiátrico, tiene que ver con la fuerza de la juventud, que viene con el furor. Hoy extraño esa inocencia de cuando entré al Borda “con amor y cariño”, porque sé que con amor y cariño las cosas mejoran mucho, no le vamos a curar la esquizofrenia, pero mejoran mucho. Cuando viene alguien que viene, como yo era en aquel entonces, digo “ah que suerte gente así, no está todo perdido”, hay algunos psicólogos de nuestro equipo que yo digo “te admiro, dale seguí para adelante, si ves que no te doy bola pinchame para que te la de”; pero me cuesta acompañar porque te golpeas tantas veces contra la pared y conoces el desenlace final de tantas cuestiones...

M: ¿Pero hoy en día no hay otros recursos para que las nuevas poblaciones modifiquen estas trayectorias?

E7: En la evolución natural de las enfermedades no, de la psicosis. De las depresiones, los trastornos de ánimos hay alguna droga nueva, pero que no curan. Evitamos efectos colaterales más complicados, pero no curan tampoco. Salvo que sea una depresión que se agarra a tiempo, la tome por el lapso que corresponde, siga el tratamiento... podemos decir que los pacientes se recuperan de las depresiones. Los trastornos de personalidad hay quienes dicen que ni son patologías, las psicosis son psicosis por definición forman parte de la estructura mental del paciente, no se curan... ¿Y qué te queda? Débiles mentales, demencias, adicciones que ya hablamos que son difíciles de recuperar, no queda mucho más.

M: Hay una cuestión que ya estuvimos hablando, la idea de comunicación e información que trabaja acá con respecto al paciente, las reuniones que hacen, cuando deciden contar el diagnostico ¿te parece que la comunicación es algo vinculado a la práctica del día a día?

E7: Si, porque uno va aprendiendo a comunicarse también en la medida que va viendo más pacientes y más profesionales. En general uno aprende a comunicarse mientras más trato social va teniendo, cuanta más red va tejiendo y trabajar con tantas pacientes y de

tantas características, va optimizando el timing para determinadas cuestiones. Entonces a un paciente que yo recién veo y es un esquizofrénico de acá a la China, no se lo voy a decir de entrada. Pero si logro un trato y un vínculo con él, que haga que el confíe en mí, en la institución y en lo que todos estamos haciendo para que él se sienta mejor, va a llegar un momento en el que esto sea bien llevado. Un poquito frustrante porque a nadie le gusta que le digan eso, pero con disposición a escuchar las alternativas que el diagnóstico implica. Lo mismo pasa con las familias, con más urgencia y sin medir tanto el timing, porque necesitas que tomen conciencia para que te ayuden y por más tacto que tengas, cintura, la familia no lo quiere escuchar, asumir, creen que estás equivocada y se van a ir a ver otro diagnóstico. Porque a veces la neurosis es muy loca también. Y además pasa al revés, que no está tan loco, si vos le decís que hacemos esto, esto y esto y descartamos tal cosa, capaz que logramos que haya un diagnóstico más favorable, pero “no, él es así”... porque si deja de ser el loco el, tiene que aparecer otro loco en la familia, así funcionan los sistemas. El paciente identificado sirve porque él es el basurero donde van a parar todos los males de la familia. Si el deja de ser el loco donde está la locura de esa familia. Los observas y te das cuenta enseguida de donde viene ese quilombo o donde se colabora mucho para que ese quilombo exista.

M: ¿Es difícil laburar en equipo interdisciplinario?

E7: Si. Porque tenemos que dejar de lado las individualidades, aprender a ceder, darle la razón al otro, aceptar, apostar a lo que el otro quiera aunque uno no quiera. Combinar intereses de muchas personas es muy difícil y creo que cuando se logran buenos equipos es porque todos bregamos por lo mismo y dejamos un poco de lado lo nuestro. Se dice lindo y no es fácil de hacer. Pero nosotros creo que lo gramos, la verdad que tenemos muy poca rotación de profesionales. Ahora tenemos 12 o 13 profesionales, empezamos con cuatro o cinco, pero dos está coordinando otras áreas y después los últimos que estamos teniendo están hace cinco o seis años.

M: Y ahora si lo último, ¿cuál sentís que es tu rol en el campo de la salud mental, tu rol más allá de la profesión?

E7: Yo a veces me encuentro con los pacientes, sobre todo en el consultorio, acá es más difícil porque es una tarea más panóptica... yo creo que se trata de que la gente pueda vivir un poquito más feliz, a pesar de lo jodido que le pueda pasar. Nada más que eso, no hay mucho más.

Entrevista 8

M: Me gustaría que me cuentes ¿cuál es tu profesión?, ¿qué tipo de trabajo realizás en relación al sistema de salud mental y sus usuarios?, ¿hace cuánto que trabajás en este campo?

E8: Yo soy parte del equipo de salud mental del CELS, y entre otras tareas. Tengo a mi cargo la coordinación de la asamblea. Soy trabajadora social y antropóloga, y dentro del equipo también cuestiones que tienen que ver con investigación, escritura, docencia, informes, redacción de informes finales de investigación, asistencia también a víctimas de la última dictadura. En la asamblea, de lo que yo me ocupo en concreto, es en este momento de coordinar las actividades, reuniones, que esto implica que el uso de la palabra lo puedan tener todos, que se escuchen, ir transmitiendo el dispositivo asambleario para los nuevos integrantes y que se vayan acomodando e integran al grupo siendo escuchados y en una charla ordenada donde puedan tomar decisiones, por consenso o mayoría. En un primer momento la tarea tenía que ver con la llegada de la coordinación de agenda que enviaba el equipo interdisciplinario del CELS y ahora no tiene mucho sentido eso, porque y las convocatorias le llegan sola a la asamblea, a la APUSSAM. Es un actor reconocido dentro del campo de la salud mental y son conocidos, tienen un lugar, no hace falta que el CELS les vaya abriendo camino. Yo particularmente desde el CELS al conocer en qué está trabajando el equipo, si va a haber un monitoreo de algún organismo internacional, si va a haber alguna jornada dentro de lo que es el Ministerio Público, o lo que fue la conformación del Órgano de Revisión, del Consejo Consultivo... o mismo la creación de la ley, el impulso para que la ley sea aprobada. Hoy en día, y ya hace varios años, las propuestas le llegan directamente a PUSSAM. Con lo cual, en ese sentido, yo tengo un trabajo muchísimo menos activo que en ese momento, yo no voy a ninguna actividad, no participo de esas cosas. Si todavía, pero por una cuestión que va y viene, si manejo la cuenta de correo, la página de Facebook, invito a las asambleas, les recuerdo que nos juntamos, pero cuestiones que tienen que ver con una secretaria o administrativa. Pero hoy es así, en otro momento no lo hacía, hubo momentos que tampoco iba a las asambleas. Según el proceso grupal, según el momento de grupo estoy más, estoy menos, me corro. Va cambiando.

M: ¿Y hace cuánto que está la asamblea?

E8: Desde el 2007, once años.

M: ¡Un montón! Y, ¿qué me podés contar de lo previo a la ley, del momento en que salió, qué te acordás, cuáles eran los debates?

E8: Yo en ese momento no estaba mucho, entonces tampoco lo tengo muy fresco, pero un poco participé. Recuerdo al equipo que estuvieron trabajando mucho por la aprobación de la ley, que hemos ido al Congreso, que estuvimos en una marcha, que estuvimos en la concentración que se hizo en el Congreso el día que se votaba la ley, que si no se votaba era la única sesión, entonces se tenía que pasar para el año siguiente con pocas probabilidades y expectativas de que saliera. Me acuerdo que ahí también estaba el Frente de Artistas, que La Colifata transmitió en vivo, ahí hubo un agite importante. Y después en los años siguientes hubo un proceso grande de recomendaciones que podía hacer APUSSAM con relación a la reglamentación de la ley. En el texto de la ley APUSSAM no participo, si me acuerdo que desde el equipo había un documento de contenidos mínimos necesarios para la ley de salud mental. Pero yo trabajaba solamente en lo que es asistencia a víctimas de delitos de lesa humanidad, entonces esa parte vinculada a la salud mental no estaba yo trabajando tanto y la tengo más de relato y no me la acuerdo mucho. Pero sí, el CELS trabajó mucho por los contenidos mínimos, trabajó y militó mucho por la existencia de la ley, pero por parte de APUSSAM solo me acuerdo de una marcha y de la última concentración en el Congreso y de la alegría cuando se aprobó, que estuvimos celebrando ese momento. Y después me acuerdo, de antes de la reglamentación, yo trabajé mucho con APUSSAM ¿Cuál es la postura que los usuarios tienen sobre la reglamentación? ¿Cómo hay que entender los capítulos de la ley? Y también hacíamos grupos de lectura de la ley, análisis de la ley, esto qué implica, qué significa, su alcance. Y esto sirvió también al momento de hacer una propuesta sobre la reglamentación que APUSSAM la pudiera hacer. Después fue medio una cagada porque los plazos no fueron los que habían dicho al principio, la propuesta a reglamentación no sé si quiera si la tuvieron en cuenta porque la presentamos después del plazo establecido... que era el plazo previsto y que había que cumplir. Pero bueno, de todas maneras el proceso fue súper interesante a nivel grupal y de aprendizaje para cada uno y para cada una de las personas que fueron transitando por ese espacio. Porque a posteriori a las personas que estaban haciendo su tratamiento, no es lo mismo hacerlo sabiendo tus derechos y teniéndolos muy

internalizados cómo puedes defenderte, qué cosas puedes hacer, qué puedes opinar, que puedes decidir, que puedes tener más información, que puedes preguntar...

M: ¿Qué tenés que entender también?. ¿Y te acordás algo de las propuestas, o algún diferencial, algo que llame más la atención?

E8: El artículo 7° que tiene que ver con los derechos. Que son una serie de derechos, un montón. Me acuerdo que en uno de los artículos que escribió APUSSAM, la llamaban “La esperanza del Artículo 7”. No se lo creían mucho, lo tenían demasiado idealizado... pero era poder tener el derecho a la vivienda, el derecho a la salud comunitaria, derecho al trabajo, que nos puedan pagar en iguales condiciones que los demás, me re quedó, no me acuerdo ni dónde está... y algo interesante era que en relación al trabajo, no me acuerdo en que parte de la reglamentación dice que tiene que haber igualdad en el pago, sobre todo por estas cuestiones del peculio que no es un trabajo remunerado sino tipo labor terapia pero que tiene un pequeño reconocimiento económico y está muy reforzado en esa parte que tiene que haber un pago, un reconocimiento... y ellos decían “Somos iguales que los demás, no tiene que decir que nos tienen que pagar, es obvio que nos tienen que pagar” como en qué lugar nos estás poniendo que estás pidiendo que nos paguen, cuando si estamos trabajando como no nos van a pagar, en todo caso tenés que decir “no a la esclavitud”... y cuando hablábamos de esto, no sé si con M.L., él me decía que justamente cuando se hizo la recomendación los grandes problemas es que a las personas con padecimiento mental no le pagan en igual de condiciones que a los demás, entonces había que aclararlo y después ellos no quieren que se aclare y se discrimine por motivos de salud mental. Me pareció como re interesante esas dos miradas.

M: ¿Te parece que en los últimos años hubo cambios contundentes? Desde el 2013 que se reglamenta hasta ahora...

E8: Hubo cambios importantes que en Hospitales Generales se construyan salas de internación psiquiátricas, por más que no haya sido suficientes, es importante, es un avance. La existencia de la Unidad de Letrados, la existencia de la ley en sí misma me parece un avance importante, un reconociendo a los derechos de las personas usuarias. Retrocesos hay un montón, el presupuesto nunca alcanzó el 10% que obliga la ley, y no solo no alcanzó sino que va en retroceso, bajar el Ministerio a una Secretaria, en ese cambio, esa transformación no sé dónde va a quedar la Dirección de Salud Mental, que

va a pasar... porque cuando cambian los ravigoles, te cambia toda la estructura del organigrama y no se después que va a pasar con eso. Bueno el Consejo Consultivo Honorario me parece que es todo un logro para APUSSAM, porque no pudieron entrar al Órgano de Revisión por falta de personería jurídica, pero sí pudieron ingresar al CCH y para ellos fue de un aprendizaje espectacular, también integran el OR local, de la provincia de Buenos Aires. Bueno entre los retrocesos... hubo un año entero que el CCH no fue convocado, que no hubo presupuesto para que pueda funcionar.

M: ¿Cuál es el Concejo Consultivo Honorario?

E8: Lo prevé la reglamentación. Es un espacio integrado por las distintas provincias del país, es general, y lo integran organizaciones de la sociedad civil: usuarios, familiares, profesionales, voluntarios, sindicatos, de distintos ámbitos de la sociedad civil. Y es el espacio que tiene el estado para hacer consultas a la sociedad y también, el espacio que tiene la sociedad para hacer propuestas. APUSSAM lo integra, se reúnen en Capital por una cuestión de que la gran mayoría son de acá, pero hay de todas las provincias y en teoría deben reunirse por lo menos una vez cada tres meses. Y las reuniones son directamente con el Director de Salud Mental, en teoría con integrantes de la CONISMA, como para que las propuestas tengan un anclaje a nivel interministerial, de los distintos Ministerios. APUSSAM en su momento había hecho un montón de propuestas, ahora cambió. Hubo un año que no funcionó, no había plata, no había diálogo, no había con quien hablar, no había dirección... y cuando había Dirección de Salud Mental tampoco había respuesta. Después la hubo y, con mucha mala onda, rispideces, con un clima muy tenso, pero pudo haber reuniones y en esas reuniones está la Dirección entonces es una posibilidad de tener un diálogo directo con quien tiene que implementar la ley.

M: ¿Crees que actualmente el tema y la problemática de la Salud Mental genera un interés social?. ¿Te parece que la Ley generó mayor visibilización de la Salud Mental?

E8: Creo que sí, que algo va cambiando. Me parece que sí, que se va visibilizando. Y en eso tiene mucho que ver las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones de usuarios. Visibilizando por medio de sus propias organizaciones y las redes sociales, los temas que tienen que ver con la Salud Mental. Lo que me parece que no ha avanzado ni un ápice es pensar a los usuarios de drogas como personas con derechos y amparados

por esta ley. Esto me parece que no. Pero bueno, la locura sigue teniendo el estigma del peligro, ¿no? Del posible daño, del que no hay que escuchar, que hay que alejarse, esto sigue siendo así. Los medios tampoco ayudan mucho.

M: Esto seguro lo charlan, el hecho de que en la ley ahora se diga padecimiento o sufrimiento, el uso de algunas palabras y cómo ayudan a pensar, a generar nuevas posiciones para los usuarios...

E8: Yo no lo he notado particularmente, pero sí en relación al tema de las internaciones. Si no es que yo me voy a matar o voy a matar a alguien, tiene que ser el riesgo cierto e inminente. Pero yo al menos no presencie debates en donde haya un análisis más fino entre las categorías de peligrosidad y riesgo. Por ahí está, pero yo no lo vi.

M: ¿Y te parece que el trato y la atención hacia los usuarios, en ámbitos más hospitalarios o con sus médicos, te parece que ha cambiado?

E8: Eso no te lo puedo responder porque no lo sé. Si te puedo decir que la gente que llega a APUSSAM si son personas muy activada o que cambian de psicólogo o de psiquiatra, que cambian de lugar de atención o que se interesan mucho por la reducción del consumo de drogas psiquiátricas, que yo no me meto con eso. Hay corrientes de anti psiquiatría, y hay organizaciones de usuarios que proponen un tratamiento sin drogas psiquiátricas. Yo no me expreso ni a favor ni en contra, son cosas que existen que están, lo que siempre digo que no hay un esquema único, somos todos distintos, diversos, no hay una aspirina que le pegue de la misma manera a dos personas así que menos con las drogas psiquiátricas. Me parece que no hay que demonizarlas, ni casarse con ellas. Que cada cual vaya haciendo su experiencia, conociendo sus derechos. Yo les propongo, cuando uno le dice al otro “anda acá porque acá te va a ir bien” yo les digo... “Bueno en tu experiencia a vos te fue bien, por ahí a otra persona también le vaya bien, a otra persona no” es muy relativo eso. Si, si te encontraste con un buen profesional, que tuvo un buen trato, respetuoso, que te escuchó, bueno sí, sabes que esa personas es respetuosa. Pero las instituciones están compuestas por un montón de personas, por muchos programas, muchas salas, como que homogeneizar un solo lugar es complejo, de la misma manera que etiquetar una droga como buena o mala en sí misma, por ahí es la relación de la persona con esa droga.

M: ¿Y debates sobre esto se dan?

E8: Un montón. Porque las drogas psiquiátricas les cambian el humor, el sueño, el ritmo, la digestión, el hambre, el deseo sexual, cambian todo. Entonces que si las toman o no las toman, que si toman menos o reducen... y como si reducir fuera bueno en sí mismo. Mi postura siempre es escuchar a cada uno, respetarnos y no estereotipar una conducta en sí misma como buena o mala. Pero si el pasaje por el conocer la ley, por el estar en un colectivo de defensa de derechos es algo que trae consecuencias en el tratamiento en relación a la defensa de sus derechos y da una posición mucho más activa. Eso lo veo.

M: ¿Y por ahí traen cosas del discurso médico?

E8: Si un montón, porque van aprendiendo un montón. Y algunos más lectores que otros, entonces es gente que estudia, hay gente que se pone a leer, otros que no pero escuchan. También la cuestión de género surge un montón, no es lo mismo ser mujer loca, que hombre loco. Y la historización de la mujer, el anclaje de la locura y la mujer loca en relación a las brujas, la inquisición, aparte toda una relación vinculada al holocausto, al judaísmo. Hay muchos temas que B. (usuaria) asocia y relaciona, para pensarse a sí misma.

M: Dentro del Artículo 7º, ¿Qué opinión te merece el Inciso N? Que el “padecimiento mental no sea considerado inmodificable”. ¿También es discutido, tomado?

E8: Si, la tienen muy clara. Lo que tiene que ver con los derechos de los usuarios son cosas que las tienen muy aprendidas, aparte que se enojan con eso, así no existiera el Artículo 7º. Si alguien va a tratarte en base a cómo te trataron previamente, y eso es negativo para vos, puesto que te vas a pelear con eso y te vas a enojar con eso. Y también el derecho a que las internaciones tienen que ser el último de los recursos y que tiene que ser por un tiempo limitado y en buenas condiciones, que no tiene que perder el contacto con el afuera, que tienen derecho a un abogado. Esas cosas las tienen muy presentes, sí.

M: Y te hago una pregunta que se puede desprender de esta idea, ¿las personas que vienen a APUSSAM es porque, todavía se sienten usuarios o dejaron de serlo?

E8: Se sienten usuarios, todos se sienten usuarios. A veces se generan discusiones de cuáles son los límites que puede marcar la pertenencia a la categoría usuarios. En un

momento había una persona que nunca había estado internada, ¿Era o no era? Hiciste un tratamiento psiquiátrico pero nunca estuviste internada... vos no sabés lo que es estar ahí, en algunos momento eso salía a marcar una diferencia...

M: La trayectoria...

E8: Si, a veces se generaba la duda de que si es usuario o no es usuario. Por como veían esa persona, por el tipo de intervenciones que tenían, como que no terminaban de creer si era una persona usuaria porque había algo de que no encajaba ese discurso en el colectivo al que se trataba de integrar esa persona: “¿pero vos estuviste internada alguna vez?” y la respuesta por ahí era sí, estuve internada una vez, pero “por ahí habrá sido un error, una sola vez, por ahí una anorexia pero justo te internaron en un psiquiátrico, no sé si vale”... como que no se sentían representados con esa persona.

Entonces, si todas se sienten usuarias y a veces discuten con las personas que por ahí creen que no son, que no la sienten al otro. A veces esto está, por lo general todos se sienten usuarios y fluye. Y vienen a veces recomendados por los profesionales que los atienden que ven que conocer sus derechos es algo que les interesa y les hablan de APUSSAM, muchas veces vienen a la Clínica Jurídica del CELS a hacer consultas vinculadas con causas de la salud mental y de la CJ les hablan de APUSSAM. A veces vienen familiares, entonces vienen preguntando por su familia y por ahí vienen alguna reunión y se quedan, pero invitamos a que venga tu hermano o tu hija... las personas que no son usuarias y quieren colaborar con la asamblea pueden, lo que no pueden es participar de las decisiones.

M: Por lo general cómo llegan...

E8: Otra fuente de ingreso puede ser lecturas de notas en los medios, diarios, o que escucharon un programa de radio, o el Facebook. Pero muchas personas usuarias no usan redes sociales. Teléfonos tipo Smart hoy no indica pertenencia a ninguna clase, ningún grupo, es muy masivo. Pero eso no significa que seas un usuario activo de las redes sociales o que sepas utilizarlas. Después están también las personas que no quieren estar en ningún lado porque les agarra una cosa medio persecutoria de no quiera dejar mis datos, no quiero que sepan a donde voy, me van a ver, me van a marcar, la cosa del estigma de la locura. APUSSAM nuclea por un rasgo que, las personas que lo tienen no lo quieren tener, entonces quiero ser de este club pero no quiero ser de este

club. Entonces quedar marcada como integrante de, o veo las publicaciones, o me gusta... no va. Entonces hay gente que me dice "avísame por mensaje de texto". Entonces tengo, mensaje de texto para algunas personas, Whatsapp para otras personas, mail para otras porque no tienen datos, entonces se enteran por las redes pero cuando van a la computadora del Congreso. Son diversas, pero esto de que algún lado te enterás, en estos casos es por uno. Por eso que sea primer y tercer jueves de cada mes, que no se cambie, que sea una institución, me parece que puede favorecer el encuentro. A veces llega gente porque le dijeron, porque tiene un volante viejo. Eso también, se hacen charlas en la Facultad de Psicología.

M: Entonces salen un poco de la idea de la propia asamblea, hacen movidas...

E8: Si, un montón. Con la Unidad de Letrados hacen charlas, con el OR han ido también a participar de algunas reuniones, el Ministerio Pública Fiscal y el M.P. de la Defensa han hecho distintas jornadas en donde ellos también han participado. A la cátedra de Psicología, la cátedra de Stolkiner, van todos los cuatrimestres a charlas. Estuvieron ahora en el Encuentro Latinoamericano. Van a un montón de jornadas, de encuentros. ACIJ, Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, los re invita, porque trabajan mucho con discapacidad y derechos humanos, y tienen un trabajo a nivel internacional también. Ellos también invitan mucho a APUSSAM y siempre hacen jornadas, por lo general, vinculadas con el acceso a la justicia o cuando se va a debatir el presupuesto, siempre tienen una semana dedicada a esto donde se debaten los presupuestos en materia de salud, educación, vivienda... si hay proyectos de ley también invitan a APUSSAM. Y a donde van, llevan folletería, reparten, dan a conocer y hablan de APUSSAM.

M: ¿Y viene mucha gente?

E8: No, ahora están participando tres personas. Yo calculo que mañana se reintegra G. que es una integrante que hace muchos años viene y estaba internada. Hace como dos o tres meses que no estaba viniendo, tuvo una recaída. Van y vienen, solo tres o cuatro personas participando asiduamente. Algunos volvieron este año, otros cada tanto vuelven. Hay personas que van y vienen.

Por ahí están con cuestiones de salud y por eso no vienen, de tratamiento, problemas de trabajo... o que por ahí duermen mucho y están mucho en la casa, o el invierno no los

invita a salir. Es difícil la cuestión de la salida. Por ahí vienen interesados a conocer cuestiones vinculadas a los derechos, a la ley, y a qué pueden hacer, algún problema particular que están teniendo, y por ahí cuando esto se encauzó no siguen viniendo. Pero después vuelven otra vez... a veces esto genera un poco de malestar en los integrantes, porque “bueno, yo estoy trabajando un montón para que esto salga, para que funcione, se cumpla y vienen a preguntar... pero es vení y ayúdame a hacer esto también”, pero bueno, no todos tiene perfil militante de poder hacerlo.

M: Y quizás no todos entienden cuáles son los objetivos o las ideas.

E8: Y bueno, no todos tienen una personalidad de ponerse una camiseta y ponerse a militar por una causa. Es un trabajo voluntario y es un re trabajo. Hacen muchas cosas: escriben notas, van a radios, van a periódicos, se reúnen acá, se escuchan, escuchan a todos los nuevos que vienen con todas sus cosas, orientan, preparan lo que van a hablar, lo que van a decir, diseñan folletería, la imprimen, la reparten, ¡Es un montón de trabajo! Después, con lo que tiene que ver con el ámbito internacional, ahora salieron las recomendaciones que el Comité DEN le hace al Estado Argentino. En su momento, el CELS y ACIJ estuvieron haciendo un documento para hacerle recomendaciones al Comité sobre los puntos a evaluar. Esto había circulado, ellos se tomaron el tiempo de leer, de ver que agregar, de adherir, de hacer recomendaciones, de comprender, hay que entender qué alcance tiene: “¿pero yo qué puedo recomendar?”.

Que algunos se copan y otros y otros no... y se preguntan cuál es la salida recreativa que vamos a hacer y otros se quejan porque no hay salida recreativa, APUSSAM no tiene dinero, no da un peculio. Esto genera malestar también.

M: ¿Y el objetivo de APUSSAM, usan un temario de temas...?

E8: Hay un temario que es retomar las discusiones que quedaron pendientes o quedaron abiertas, los temas que ellos incluyen que tiene que ver con que están teniendo problemas con los vecinos, “me están discriminando”, qué puede hacer, por ahí es una cuestión personal que se trabaja desde lo colectivo. Y después todo lo que llega por correo electrónico o por Facebook en relación a propuestas, invitaciones.

M: ¿Sabes si forman parte de otros espacios? Sean relacionados a la salud mental o no.

E8: La gran mayoría no forma parte de otros colectivos. A. (usuario) forma parte del grupo de Apoyo Mutuo de XXXX, pero es el único que participa ahí. No, que yo recuerde no. Si tuvieron sus trayectorias, pero que participen de APUSSAM y otra cosa... si por ahí de talleres protegidos, de actividades, había gente del Pan del Borda, de la Huella... Ahí sí, participan y hay gente que se trata en ámbitos públicos, otros en privados, o prepagas. Es variado.

M: ¿Y tu opinión personal con respecto a estos espacios como talleres, que tienen que ver con otras lógicas, estás de acuerdo, te parece que suman?

E8: Yo conozco gente que participa de esos espacios y que está muy contenta. También conozco gente que paso por esos espacios y los repudia. Lo que si no hay es una continuidad, no es que el que hace serigrafía después se va a trabajar en serigrafía. Después de eso es la nada, y eso es una cagada. Porque si no hay una inserción laboral a posteriori del taller, el taller queda como una actividad tonta que estabas haciendo mientras estabas internado. Ahora si ese taller es algo que tiene una exigencia baja, acorde a lo que puede exigirle a una persona que está internada y está atravesando momentos de crisis y difícil y que está recuperándose, bueno en ese punto está bien, está bueno. Pero que eso se vincule con algún espacio externo, que después pueda ir a enseñar lo que aprendió, a seguir trabajando, seguir produciendo.

M: La red ¿no? Y hay muchas, eso es lo que he ido viendo como muchas pequeñas cosas, laburando desarticuladas. O están dentro del ámbito hospitalario.

E8: Si, porque aparte eso se termina. Están un tiempo y se termina. En ese punto es una cagada.

M: ¿Y el trabajo es una preocupación continua?

E8: El trabajo y la vivienda. Algunos tienen la vivienda un poco más resuelta, entonces el tema es la subsistencia. Pero cuando ni siquiera tienen la vivienda, es “qué voy a hacer cuando mi papá que me paga la habitación ya no esté” o cuando se les termine el subsidio habitacional. Y eso no colabora tampoco en la participación. Qué te vas a preocupar por ir a una reunión por tus derechos cuando tenés que ver adónde te vas a ir a vivir, o qué vas a hacer, dónde vas a dejar tus cosas. Y lamentablemente la cuestión de la locura viene muy vinculada con una cuestión de clase, como locura y pobreza es una combinación... muy difícil de sobrevivir a eso, de poder salir de eso. Por eso los que

terminan participando un poco más son las personas que tuvieron un pasar que les permitió dejarles una casa, que hay algo más resuelto, más sólido.

M: Porque acá lo que hacen en la asamblea es retomar sus derechos, pero a nivel accionar ¿qué pasa?

E8: Si quieren accionar a nivel políticas vinculadas con derechos y que su voz sea escuchada, pero eso significa que vayan a tener una casa, eso no se traduce en un empleo. O sea pelear por la ley laboral, para que el cupo de personas con discapacidad se cumpla, para que esa ley incluya personas con discapacidad psico-social y no solamente personas no videntes. Que es lo que suele pasar también, no videntes o con problemas de movilidad. Pero dentro de la Ley de Cupo Laboral quien pone a un externado del Borda, ¿no?. Esto no está cubierto y esto no está discutido. Hay una discriminación dentro de la discapacidad, hay distintas valoraciones de la discapacidad. No digo por cada ser humano, digo por la representación, tienen adjudicados valores distintos, donde claramente sale perdiendo la locura. Hay dispositivos de inclusión que por lo general están cubiertos con personas con otras discapacidades.

M: Como que no estaría considerado... Por otro lado, ¿te parece que es la locura, o estas trayectorias de los usuarios, parte de su identidad o que conforman su identidad?

E8: Y es parte, porque los espacios que integrás van influyendo en cómo te sentís, si te sentís partes. No es lo mismo ser o estar, pero claramente es un componente que tiene su incidencia en la identidad. Algunos se sentirán más, otros más, otras están...

M: ¿Y APUSSAM te parece que genera o arma más una posición para establecer como usuario y pelear por tus derechos o eso hace que dejes justamente esa posición de lado?

E8: A mí me parece que incide en el fortalecimiento de las personas que van a pelear por sus derechos. Yo tengo esa hipótesis, no lo investigué. Pero lo que yo veo, en mi experiencia, tiene que ver con eso.

M: Y por ejemplo cuestiones de diagnóstico, ¿funciona con una etiqueta, suele ser algo que traen?

E8: No, no lo traen. A veces dicen algo de una cuestión personal, o la medicación que toman, pero no suele ser un tema

M: **Bueno, también me contabas de personas que suelen venir con su familia, pero el lazo social sigue funcionando, están más bien solos y solas...**

E8: Una característica bastante común es que en algún momento hubo pérdidas de relación o que se interrumpieron, pero tienen algunos tienen más amigos que otros, tienen más familia que otros, qué se yo, como todos. Si me parece que en algún momento hay vínculos que se hacen difíciles sostener: “mientras estaba internada los únicos que me venían a ver eran ustedes, que mis amigos no me respondían”. Pero bueno, no todas las personas tienen el compromiso de ir a visitar a alguien que están en el hospital, pero así te internen por la vesícula... pero bueno, si a una persona la fueron a visitar algunos compañeros, familiares, bueno la fueron a visitar. Claramente lo que no se da es la idea que asocia a la locura con el aislamiento y con que no hay redes, eso no. Eso es mentira. Si me parece que puede haber momentos de interrupción de algunos vínculos, de algunas relaciones, como todas las relaciones humanas. La maternidad puede llegar a ser un momento también donde hay algunas relaciones que se interrumpen y otras que se acrecientan. Hay muchos momentos especiales en la vida donde algunos vínculos en la vida se acrecientan y otros se recluyen. Y después resurgen también, no es que se terminó.

M: **¿Y al interior, entre ellos?**

E8: Entre ellos a veces hay alguna amistad, algún vínculo, otras veces no. Hay mucha diversidad, por ahí una chica muy joven con una persona muy grande, o pertenencias sociales o económicas o muy distintas. A veces si, a veces no.

M: **¿Cómo creen que la comunicación y la información están vinculadas a las prácticas o las dinámicas de la asamblea?. ¿Qué tipo de comunicación intentan llevar a cabo? Puede tener que ver con sus objetivos, por ejemplo.**

E8: Nunca lo pensé, no lo tengo muy claro. Lo que sí, no es un área explotada en APUSSAM, no es un área que tenga alguien, es un grupo de usuarios, con lo cual no hay alguien que se haya ocupado de una estrategia comunicacional. Si cuando se hacen los volantes y a folletería, se piensa mucho qué decir y cómo decirlo. Y es difícil encontrar una frase o algo que resuene bien en todos los que están en ese momento en la

asamblea, que tampoco es la asamblea en sí misma. Son los que están en ese momento y los que deciden. Después los que van a dar charlas, van a dar charlas y lo que le sale, a veces piensan de decir lo que todos quieren decir, y es bueno “olvídate, ya está. Fuiste vos a hacer lo que te sale, y como sale”, cada cual puede dar su punto de vista, y si está hablando Pirulo de APUSSAM y si, va a ser la posición de Pirulo. Hay acuerdos, seamos respetuosos con los acuerdos. Ha habido situaciones donde bueno, no eran respetuosos con esas cosas y bueno, se fragmentó y hubo personas que dejaron de venir por ese motivo también, que por ahí es el proceso necesario para que pueda encontrar su lugar dentro del campo de la salud mental y profesar las cosas que quieran profesar. Nos pasó que algún integrante que hablaba de cosas que nunca se ha hablado, que era la única persona que hablaba de eso, no es representativo de APUSSAM, era una cuestión de él, no era una cuestión del grupo. Dentro de APUSSAM una de las cosas que intentan respetar es que no se van a promocionar lugares de atención, prácticas, ni determinados tratamientos para dejar que cada persona... los derechos si son para todos, para los usuarios, para el colectivo, qué política cree APUSSAM que va a ser beneficiosa para el fortalecimiento de los derechos... sí. Después hay una cuota de singularidad entre todos los integrantes que está bueno que se respeten y que cada cual haga su camino.

M: Es un camino muy político el que hacen, discutir los artículos, derechos, ciertas bajadas que hay... político en un sentido de accionar, lo dicen, lo proponen, van a charlas...

E8: Si, tómalo en términos más generales. Hubo un trabajo muy grande de lecturas de la ley cuando salió la ley o la reglamentación, después no es tan así. Si está el consentimiento informado, las decisiones anticipadas, estas cosas si se traen, pero en este marco. Intentan incidir en que la formación de los futuros psicólogos sean acordes a la ley, si hubiera llegado a la Facultad de Medicina para hablar con alguna residencia psiquiátrica estaría buenísimo, o mismo en hospitales, por ejemplo en el Moyano también invitaron, hubo un ateneo vinculado a la RISAM para que vaya a dar una charla, o desde el Cuerpo de Letrados supervisión de casos invitaron a la asamblea para que participe en la revisión de casos.

M: ¿Y en esas charlas que es lo que exponen?

E8: Fundamentalmente la existencia de APUSSAM, que se sepa, que se promoció y los derechos que hay ya reconocidos y las posiciones que desde el colectivo profesional tienen que poder respetar, en relación al cambio de paradigma y de escucha a las personas usuarias. Esto que puede haber participación en los tratamientos, que sea escuchada su opinión, o que hay tratamientos que las personas no quieren o hacer o no quieren probar, o que ya probaron y no funcionaron... es un cambio de lógica que tiene que ver con el posicionamiento, y con qué relación y vínculo entablas con la persona que te está tratando. Es apuntar a esto.

M: E incidir en los lugares en los que se forman estos profesionales.

E8: Uno de los psicólogos que vino porque está terminando su carrera una de las cosas que le pedimos es que haga el folleto de difusión de la Ley de Salud Mental, dirigido a profesionales por futuro profesionales. Era un debate inacabable qué seleccionar de la ley para que sea precisa, contundente, poca información, con impacto. Era demasiado. Y hay muchas ideas, ¿qué es lo que para los usuarios es lo importante? Pero en realidad los psicólogos deberían saber... bueno ahí se dividieron aguas. Va a haber folletos para usuarios y va a haber folletos para profesionales, y los folletos de los profesionales los hace él.

Pero falta una estrategia comunicacional que pueda difundir APUSSAM, que lo pueda instalar más. No APUSSAM por APUSSAM en sí mismo, sino que pueda difundir los derechos y las perspectivas, y este paradigma nuevo, que pueda empezar a amigarse con la locura y empiece a dejar de temerle, a dejarla de lado. Que haya un acercamiento a las personas que puedan tener un padecimiento mental, somos todas y todos.

M: ¿Vos cuál sentís que es tu rol dentro del campo de la salud mental?

E8: Tiene que ver con mi recorrido, yo soy un poco una estudiante crónica: estudié trabajo social, antropología, soy maestra en antropología, doctora en Ciencias Sociales, el ámbito de la investigación a mi evidentemente me gusta, me gusta estudiar y me gusta escribir, así que yo creo que hay aportes que puedo hacer desde lo que tiene que ver con colaborar en investigar, escribir, difundir. Y el trabajo con APUSSAM lo hago hace muchos años, lo tengo como muy parte de mí y es de facilitadora: facilitar el espacio, facilitar que se puedan reunir, estar a disposición, el cómo es lo que va variando según las circunstancias, quienes la integran... yo les propongo que se reúnan

en otro lado. La discusión la última vez con respecto a este tema, ellos decían “acá estamos en el meollo del conflicto, nos enteramos más que si nos vamos a otro lado, es estratégico estar acá”. Cuando hubo un achaque a la ley el año pasado, querían estar acá, porque la información la iban a tener de primera mano y de última subían al primer piso que iban a estar discutiendo ahí, dónde se hace la conferencia, cuál es el documento, entonces... creen que es conveniente en ese punto, como el CELS tiene una inserción importante dentro del campo de los derechos humanos y la salud mental, bueno estar cerca del CELS por una cuestión estratégica.

M: Cuando hablábamos de las cuestiones del estigma, ¿qué discusiones tienen en torno al estigma, qué genera el utilizar esa palabra?

E8: Mira, ellos han discutido desde lo testimonial, las vivencias, experiencias de cada uno. No es que haya una postura tomada. El deseo es poder separar la locura del peligro. Por ahí una persona va por la calle hablando sola o hablando con sus amigos, que se yo, sean imaginarios pero reales para esa persona... si esa persona va charlando ¿por qué va a generar miedo?, ¿está atacando a alguien? No... no está atacando a nadie, está charlando. ¿Por qué alguien tendría que alejarse de esa persona?. Puede estar muy cuerda una persona que te dañe, en términos diagnósticos. Y esto es muy difícil en la convivencia: en los vecinos, en el trabajo –los que todavía pueden trabajar-, los que quieren volver a trabajar, pedir una licencia psiquiátrica puede ser un motivo, ¿cómo podemos vivir con la diversidad? Así como en un momento se empezó a visibilizar que había que tener rampas, que podemos convivir con personas que tienen discapacidades. ¿Cómo colaborar a que pueda pensarse a personas diversas desde su manera de expresarse, su manera de andar? Que podés tener un montón de ropa puesta y cosas y andar por la calle con un montón de cosas y no vas a ser peligrosa por eso y por ahí tiene una lógica el andar vestida con mucha ropa. ¿Cómo poder pensar que una persona puede expresarse de otras maneras y que se pueda hablar y sea aceptado? No sé... no digo que sea sencillo, pero me ha pasado estar en asambleas con gente descalza, que se sube a la mesa... es trabajoso, por supuesto, pero que no sea motivo de internación. Empezar a deconstruirnos en lo que entendemos que es la salud estereotipada, como normalidad.

Si se sigue pensando una campaña que hable de la locura, de la salud mental y del estigma... ¡repetimos!. ¿Cómo podemos hablar de la salud desde la diversidad y la apertura sin mencionar estigma, riesgo...?

M: Es como la lógica manicomial: siempre todo para adentro, siempre lo mismo, parecería no poder pensarse de otra forma.

E8: Claro. Bueno parémonos en otro lado, cómo podemos hacer para pararnos en otro lado y desde ese lado empezar a difundir. Qué nos ayuda, es respeto y derecho. Y para todas, porque nadie está exento.

Entrevista 9

M: Yo a la cooperativa llegué por las redes, por eso lo primero que me gustaría es que cuentes un poco cómo empiezan, cuándo inician, qué hacen...

E9: Nosotros en Moviada de Locos (MdL) desde el año 2009 trabajamos en salud mental comunitaria, específicamente siempre nos dedicamos a lo que es la inclusión laboral de personas con padecimiento mental, teniendo en cuenta que una persona que estuvo muchos años institucionalizada y ha perdido sus vínculos familiares y sociales, la inserción laboral es sumamente difícil. Hoy en día lo es para cualquier persona, imagínate para una persona que estuvo en promedio internada 25 años en un manicomio encerrada, ni siquiera es un estado de internación. Están privados de la libertad. Entonces quienes trabajábamos en el Centro Basaglia, que es un dispositivo de externación que pertenece al Servicio de Externación del Hospital Romero, en 2009 formamos la Asociación como forma de obtener recursos económicos, algún subsidio, o algunos recursos materiales, e incluso humanos también que pudiéramos por la asociación ponernos a disposición del Centro Basaglia. En ese momento en el centro había diversas actividades que necesitaban algún tipo de financiamiento, recursos materiales, y pensamos que la Asociación era una forma de obtener esos recursos y que no tengan que pasar por la cooperadora del hospital y esos manejos institucionales, que las cosas suelen perderse en el camino.

Así que en el 2009 empezamos a trabajar en la capacitación laboral, en ese momento había pequeños espacios de capacitación laboral que funcionaban en el Basaglia, es un centro de día que está en el centro de la ciudad de La Plata y en el 2013 tuvimos la oportunidad de alquilar la casa en la que estamos ahora, que también queda a una cuadra del centro comercial de la ciudad, tiene muy buena ubicación, a una cuadra de uno de los parques más grandes de la ciudad a tres cuadras de la Facultad de Trabajo Ciudad, de la Facultad de Cine. Tiene como una ubicación muy buena.

Siempre nos hemos dedicado a trabajar la inclusión laboral de las personas con padecimiento mental, tenemos una asamblea semanal con todos los emprendedores que se llama EMPRESAM –Emprendedores en Salud Mental- en donde nos reunimos para trabajar las diferentes cuestiones que vayan sucediendo en los emprendimientos. Y lo que tenemos es permanente contacto con los equipos de trabajo, todas las personas que vienen a trabajar a los emprendimientos hacen tratamiento en algún dispositivo

ambulatorio. Ya sea en el Centro Basaglia u otros dos centros del Servicio de Externación del hospital o los Consultorios Externos del Hospital San Martín, que es un hospital general. También viene gente derivada de una clínica privada, porque quizás no es lo que necesitan un recurso económico pero sí hacer lazo desde otro lado, desde la parte más productiva. Y la verdad que cuando nos mudamos fue un crecimiento cualitativo y cuantitativo muy importante porque pudimos separar el espacio de atención y el espacio de asistencia con el espacio de trabajo. Muchas veces nos pasaba que, al estar en el mismo espacio físico, estábamos en el emprendimiento de cocina y venía la psiquiatra y decía “me lo llevo un ratito a Menganito porque no le pude hacer la entrevista”. Entonces terminaba siendo la comodidad de los profesionales o nuestra porque trabajábamos ahí... y mudar nos permitió darle la figura de trabajador a los emprendedores y de trabajo propiamente dicho a cada espacio productivo, porque los mismos usuarios de los servicios de salud mental pudieron empezar a nombrarse como emprendedores y decir “yo voy a Movidita de Locos a trabajar” y eso fue sumamente importante. Pasar de ser el loco asistido para poder ser un emprendedor que tiene una producción, aparte lo que se hace en los emprendimientos es de calidad, entonces poder empezar a ofrecer los productos desde ese lado... no porque se hacen en un centro de salud, esta cosa de la lastima o porque lo hacen lo discapacitados, que también fue trabajado un montón con ellos... cómo ofrecer el producto, todas esas cosas se trabajan en la asamblea de EMPRESAM.

Y los emprendimientos que tenemos son: el *Ropero de Franco* que es el emprendimiento más viejo, nació en el Basaglia y es una feria americana, se reciben donaciones de la comunidad de ropa, se las acondiciona para la venta y ahora, este año, arrancamos con la intervención de esa ropa y se están haciendo cosas con serigrafía. Hace poco tuvieron la capacitación en serigrafía para ponerle cierto valor agregado a la ropa y que no sea solamente revender ropa donada. La feria abre durante la semana y después, dos sábados al mes todo el día que siempre tiene algún espectáculo artístico y que se instaló como evento cultural en la ciudad y como promoción de la salud mental. Después *Flor de Cuccina* que es un espacio culinario, hacen pizzas, empanadas, locro, ñoquis, pastas y tienen un catering también de pizza party y hacen catering para fiestas empresariales. Tuvimos un encargo de la Dirección Nacional, ahora están cocinando todos los jueves para un Ciclo de Cine que organizó la Comisión por la Memoria, y los sábados cada 15 días tenemos una capacitación en Salud Mental Comunitaria de la

Asociación, así que también hacen el catering para eso y semanalmente reciben pedidos por Facebook y cocinan también durante la semana. Después está *El Viverito* que es un espacio de producción de plantas: cactus, suculentas, crasas y también hacen almohadillas relajantes con semillas y aceites naturales. *A todo trapo* es un emprendimiento textil que producen repasadores, cofias de toallas, banderines, delantales de cocina para grandes y chicos, manteles, fundas de almohadones. *Los Gladiadores de la Sonrisa* que es el espacio comunicacional y producen un espacio de radio y cada 15 días salen por Radio Nauta que es la radio de un Centro Comunitario de acá, el Olga Vázquez. Y hace muy poquito arrancó un espacio de cine que se llama *Cine Visual* que están organizando el Ciclo de Cine, son parte de la organización, y arrancaron acá con el “Pantallazo Platense” que es un evento cultural del cine local y nacional. Los videítos que están ahora en la página los hicieron ellos, así que para empezar a difundir un poco lo que hacemos, hacer una Campaña de Socios... porque estamos con el problema de que en diciembre nos quedamos sin el espacio físico. Empezamos a hablar con todas las autoridades y nadie nos dio una respuesta, estamos un poco desesperados. Somos 60 personas en total trabajando en Salud Mental Comunitaria, aproximadamente son 32 emprendedores usuarios que la mayoría cuando iniciamos en 2009 estaban internados, entonces incorporarse al emprendimiento también les sirvió como una forma de sostenimiento en la comunidad y de realizar su tratamiento de manera ambulatorio. También hacían uso de los centros de día de todos sus dispositivos y a medida que fue pasando el tiempo y su inserción en un emprendimiento, hoy en día van una semana al centro de salud o cada 15 días a retirar medicación... digamos, la apropiación de los espacios es otra. Así que es un problema lleguemos a cerrar en diciembre, creemos que no va a suceder eso, estamos haciendo todo lo posible por conseguir otro espacio.

También formamos parte del Órgano de Revisión local, así que somos parte del plenario del órgano desde que se formó está participando. También lo que tenemos en la asociación son espacios de talleres a la comunidad como cualquier espacio barrial. Ahora está funcionando un taller de poesía, danza contemporánea, kung fu, inglés, bordado mexicano, pintura mixta y taller de orientación sexual. Son abiertos a la comunidad, se cobra un arancel, subalquilamos el espacio digamos y nos deja un porcentaje, también como forma de subsistir, que también con los profesores está acordado que tengan 2 o 3 cupos para las personas usuarias que quieran asistir a alguna

actividad, se les hace una beca o la totalidad de la beca. Así que también hay algunos usuarios que participan de esas actividades.

Y después tenemos un espacio de participación en salud mental comunitaria que organizamos junto con la Conferencia Basaglia, que es una organización internacional que tiene una sede acá en Buenos Aires. La que hacemos ahora es específicamente sobre la Experiencia de Trieste, que es una experiencia zarpada de transformación institucional, eliminación de los manicomios y transformación de dispositivos comunitarios. Pronto haremos otra de Empresas Sociales.

Estamos desde el 2009, militamos muchísimo la sanción de la ley en 2010 y después su reglamentación. Fuimos parte en su momento de la construcción del Plan de Salud Mental cuando se reglamentó y la verdad que vimos con muy malos ojos la gestión de Blade porque estuvo la dirección cerrada durante dos años y ahora estamos conformes, por decirlo de alguna manera, con la dirección de Luciano Grasso, pero bueno... creemos que en un contexto en el que se vienen recortando cosas de todos lados, donde no hay un Ministerio de Salud de la Nación, no sabemos cuánto va a poder hacer, porque creemos que está formado en Salud Mental Comunitaria y tiene todas las intenciones de implementación de la ley, pero en este contexto no sabemos que es lo que se va a poder hacer.

M: Hay mucha incertidumbre con que va a pasar en general y específicamente con Salud... la desaparición del Ministerio dejó muchas preguntas con respecto a la Dirección.

E9: Si, porque bueno ahora sí sabemos que la Dirección Nacional de Salud Mental no se ha modificado en su estructura, sigue siendo Dirección Nacional, pero ¿qué presupuesto va a manejar ahora? Ahí veremos qué va a haber para salud mental que siempre es una gran incertidumbre porque nunca está claro el presupuesto real para salud mental. Y nosotros lo que venimos proponiendo, a partir de lo que nos pasa con la casa y por los diferentes colectivos en los que participamos, somos parte de la Red de Cooperativas Sociales, donde hay un montón de experiencias en salud mental o emprendimientos como el nuestro a lo largo del país, lo que venimos proponiendo es la reconversión real del recurso. Del recurso económico y humano. Hoy la respuesta del Estado sigue siendo la internación en un psiquiátrico, sino tenés obra social, tenés una crisis, vas a una guardia te internan en cualquier psiquiátrico, no tenés otra posibilidad.

Porque, por ejemplo, en esta región sanitaria el último centro de salud mental que se abrió fue el Basaglia, hace 11 años. Entonces, no hay reconversión del recurso económico, toda la respuesta sigue siendo en el Hospital Monovalente.

M: Es muy loco que el último haya sido hace 10 años, y ahora con una ley renovada y que propone un montón de cosas, no se haya impulsado ¿no?

E9: Si, incluso no hay un apoyo a los dispositivos comunitarios. El Basaglia tiene la mitad de sus pasantes ad honorem que también presentan una dificultad porque son estudiantes no profesionales, que se reciben, consiguen un trabajo, se van. La continuidad del laburo es bastante difícil también, entonces eso es una gran dificultad. Bueno, ni hablar, emprendimientos como el nuestro no tenemos ningún acompañamiento. Nosotros estamos con esto de la casa y en marzo llevamos la problemática al órgano, a pedir reuniones con la Dirección provincial de Salud Mental, con la Dirección Nacional, nos recibieron pero no hay ninguna respuesta. No hay nadie que diga, bueno vamos a darle una mano, porque aparte estamos haciendo lo que el Estado no hace. Mucha gente también nos dice: “bueno son el tercer sector, son una organización prácticamente privada, al ser una Asociación Civil”... pero somos una Asociación Civil sin fines de lucro, los que formamos parte de la Comisión Directiva no cobramos un peso y estamos convencidos de que es una institución que da resultados positivos para el tratamiento de una persona. Así que... todo lo que dice la ley está buenísimo, y peleamos todos los días para que se cumpla, y en nuestros lugares de trabajo hacemos que se cumpla, pero sin decisión política y sin un presupuesto acorde, es muy difícil, porque termina siendo a la buena voluntad de los trabajadores. No hay una política de estado que acompañe lo que dice la ley.

M: Que la ley exista, ¿los ayudó en algún sentido, los propulsó? Hay un artículo que habla de la estimulación de estos espacios, aunque no amplíe mucho más. ¿Pero te parece que hubo algún tipo de cambio? ¿La ley efectivamente hizo algún cambio en el laburo?

E9: Si, en realidad no sé si en el laburo porque nosotros como veníamos trabajando en el sentido que propone la ley no hubo modificaciones en ese sentido, pero si por lo menos ahora tenemos un marco legal que ampara lo que hacemos, porque antes estábamos desprotegidos en ese punto. La ley lo que viene a decir es como “bueno, lo hace esta gente está bien” y ahora hay una ley que dice que lo que hacemos está bien.

Pero sí, me parece que lo que viene es a dar un marco y apoyatura legal de lo que nosotros veníamos haciendo y sosteniendo. Porque hace 10 años que trabajamos en manicomialización y en salud mental comunitaria y bueno, desde diciembre del 2010 tenemos una ley que nos ampara.

M: Y con los usuarios ¿trabajan la ley en la cooperativa?

E9: Si, lo trabajamos hace bastante cuando ni bien arrancamos, después cuando fue la reglamentación, el año pasado también cuando querían derogar ciertos artículos y estuvimos en las jornadas de “Yo me Planto”, hicimos un par de jornadas al interior de la Asociación para trabajar la ley y ahora lo retomamos un montón porque al estar en el Órgano y estar hablando de qué manera le vamos a pedir a los funcionarios que nos acompañen estuvimos repasando un montón, específicamente el Artículo 11° que habla que la autoridad de aplicación debe promover en cada jurisdicción dispositivos de inclusión socio laboral para el alta y luego del alta hospitalaria.

M: ¿Y te parece que se auto reconocen como sujetos de derecho? Que hay una apropiación de la ley.

E9: Mmm... no sé si apropiación de la ley, si lo que hay es un reconocimiento que durante mucho tiempo no hicieron uso de sus derechos al estar internados y entonces ahora es necesario que se les reconozca el derecho al trabajo que es lo que nosotros más trabajamos o el derecho a una remuneración acorde. De hecho trabajamos mucho el tema de que todos cobran una pensión por discapacidad, entonces a veces surge el debate de “bueno a mí ya me pagan la pensión, ya está”, pero bueno, entonces te pagan la pensión pero vos hay un montón de cosas que podés hacer. Quizás no puedas trabajar en un trabajo que te exija mucha carga horaria pero, por ejemplo, los que trabajan en la Cuccina, cocinan súper bien, son menos días, menos horas, pero tranquilamente lo que cobras por la pensión te lo podrían estar pagando por tu trabajo... y ahí se arman ciertos debates, que con la pensión ya está. Pero tiene que ver con la cantidad de años que estuvieron internados y con un aplanamiento total de sus capacidades, actividades. Tienen un promedio de 25 años ininterrumpidos de internación y es gente relativamente joven, de 50 años, se pasaron la mitad de su vida internados. Recuperar todo eso y recuperar la capacidad de derecho es todo un trabajo.

M: Y el espacio de la cooperativa ¿De qué forma se dan a conocer? ¿Qué estrategias utilizan? ¿Siempre está presente la idea de que son usuarios de salud mental para visibilizarse?

E9: Si, sí. Digamos, nosotros cuando nos tenemos que presentar en cualquier lado nos presentamos como una Asociación Civil que trabaja la inserción laboral de personas con padecimiento mental, entendiendo que el padecimiento es un momento particular y que uno puede transitar de diferentes maneras ese padecimiento, hacemos hincapié en que los emprendimientos son para personas con padecimiento mental y nos encantaría poder ampliarlo en personas en situación de vulnerabilidad, que pueda venir gente que está en una situación de desempleo. Pero bueno, los emprendimientos no son los suficientemente grandes. Lo que tratamos es que los grupos de los emprendimientos cobren un dinero que les sirva, igual cobran poquito, pero ahora están cobrando alrededor de \$1000 por mes, que no es demasiado, pero recién ahora están los grupos más conformados, se intenta que trabajen un poquito más de horas por semana... porque es todo un aprendizaje el rol del emprendedor, la manera en que hay que trabajar, son muchas cosas las que hay que trabajar cuando se estuvo 20 años sin hacer nada y donde le decían “te tenés que bañar a tal hora, te tenés que poner esta ropa, tenés que comer esto”, hay que recuperar un montón de habilidades que estaban totalmente aplanadas en un contexto de encierro.

M: ¿Y son todas personas en alta o externación o siguen teniendo internados?

E9: Solamente tenemos una persona internada, que participa del Viverito, después el resto están todos externados, algunos de hace más tiempo, otros más recientes. Pero el 99% si, están externados.

M: ¿Y cómo ingresan? Porque me decías que hay un límite en la capacidad de los emprendimientos, ¿quiénes son los que van entrando?

E9: Este año pudimos hacer una convocatoria nueva y entraron un par más, pero por lo general le avisamos a los centros de día o a la gente que trabaja en el hospital que conocemos. Y sino también, todos los que nos escriben para preguntarnos si hay lugar, lo primero que hacemos siempre que haya lugar para entrar a algún emprendimiento, le hacemos una entrevista para conocer a la persona y qué le gusta hacer, qué trayectoria laboral ha tenido –si es que la tuvo alguna vez- y si, según las características y el deseo

de la persona, y en el espacio que haya lugar, si coincide todo eso, ingresa en alguno de los emprendimientos. Lo que si por ahí pedimos es que haya un equipo de trabajo con la persona, por cualquier situación. Nosotros no somos un dispositivo de asistencia. Quienes trabajamos ahí tenemos un laburo en salud mental, yo trabajo en el Basaglia y soy trabajadora social, el resto de los compañeros son psicólogos o trabajan en clínica individual o en el hospital o algún otro espacio, pero si bien todos tenemos una formación en salud mental no hacemos asistencia directa en la asociación. Laburamos la inserción laboral, pero pasan muchas cosas en los emprendimientos que no se la cuentan al psicólogo, no se la cuentan al psiquiatra... o situaciones de crisis o que hay que acompañar de otra manera, si bien el primer acompañamiento lo hacemos nosotros, necesitamos un equipo que esté atrás acompañando a esa persona y que dentro de los dos equipos, tanto como el de la asociación como el asistencial podamos laburar con esa persona.

M: Te iba a preguntar algo de eso, ¿hay espacios institucionalizados o no dentro de la asociación, para hablar de las trayectorias de cada uno, de los estigmas como internos o usuarios ha vivido o se tratan cuando es un emergente?

E9: Si se trataban. En EMPRESAM, que es semanal, el temario se arma en el momento y salen cuestiones ligadas a lo que les pasaba el hospital, cuestiones ligadas al emprendimiento cual... en la asamblea usan ese espacio para hablar de lo sea necesario. Y si, ha surgido. De hecho cuando trabajamos ¿cómo salimos a vender? Muchos planteaban esto, “bueno yo voy a decir que estuve internado” y nos preguntamos ¿es necesario decir eso? o ¿por qué lo dirías?... y salen situaciones como: “es que a la gente le da lástima, entonces nos compran por la lástima” “pero bueno no, tenemos que tratar de que la gente nos compre porque es rico lo que hacemos”. Y ahora que grabamos los videos un montón empezaban a contar que ahora trabajan acá, pero antes estuvo internado y es re valioso, porque es parte de su historia y si la traen constantemente es porque obviamente el paso por el manicomio te marca, pero también lo difícil de construir algo de acá para adelante con el estigma del loco peligroso. Más ahora con los medios de comunicación el tema se maneja tan mal... que todo el tiempo “El loco del machete”, el “Loco de esto o de aquello”... es como estar todo el tiempo pensando de qué manera salimos de ese lugar: el loco asistido, el loco peligroso, y que somos emprendedores en salud mental y que estamos tratando de generar otra cosa.

M: ¿Y en general son acompañados estos procesos por familiares o amigos o no es algo relevante?

E9: No... en la asociación también funciona la asamblea de usuarios familiares, amigos y profesionales antimonicomios, AUFATAM se llama, es un espacio de asamblea muy propio, ahí también se trabaja mucho la desestigmatización. Ahora estaba medio frenado ese espacio porque quienes lo coordinaban estaban con problemas de salud, pero te diría que el 90% de los emprendedores que vienen a la asociación, tienen sus lazos familiares muy débiles. Algunos ni siquiera tienen. Y quienes lo tienen, los conservan pero no llegan a la asociación.

M: ¿Te parece que actualmente el problema de la salud mental genera un interés mayor, o mayor visibilización para la sociedad? Es interesante lo que me puedas contar, porque hoy me decías que cuando salen a vender se cuestionan ciertas cosas. ¿Te parece que ha cambiado un poco cómo ve la sociedad la temática o si está más enterada?, ¿o sigue habiendo una ignorancia propia del estigma?

E9: Yo creo que el estigma sigue estando es un batalla cultural que todas las organizaciones de salud mental, intersectorialmente también, nos tenemos que dar y la laburamos un montón en la asociación y por eso estamos todo el tiempo haciendo eventos en el espacio público para visibilizar. Pero, hace falta seguir laburándolo mucho. De hecho hay profesionales de la salud mental que no conocen la ley o tienen una interpretación muy errada, como que la ley dice que no se puede internar más y la ley no dice eso, dice que la internación es el último recurso. Y nosotros que estamos a favor de la desmanicomialización muchas veces también hemos tenido que internar porque era la única vía, es como te decía hoy, hay un momento del padecimiento que también se necesita una internación, pero esa internación no significa terminar 40 años adentro de un manicomio. Así que me parece que es una batalla que tenemos que seguir dando, que la sociedad entienda que una persona con un padecimiento mental, acompañada, con tratamiento, puede seguir con su vida, sus vínculos afectivos.

Todo el mundo habla muy livianamente de esas cosas y hay situaciones particulares, no hay una receta, tiene que haber un equipo ahí atrás. Pero me parece que falta mucha información y falta también información clara y precisa, capacitación para los profesionales. Yo estuve dando clases en la Especialización de Enfermería Comunitaria en el hospital y también, había muchísimo desconocimiento, los enfermeros que están

24 horas. Con los usuarios... un desconocimiento total de la ley, de cuestiones legales, de la capacidad jurídica, y bueno, hay un montón de profesionales de lo mismo. Entonces si hay un montón de profesionales que desconocen la ley y no se interesan en conocerla, cualquier vecino por el solo hecho de decir “salud mental”... o ir al psicólogo, por el simple hecho de ir, es porque algo te está fallando.

Nosotros hace poquito por el Facebook es como que empezamos a tirar frases como “Salud Mental es tener trabajo”, “Salud Mental es poder acceder a educación pública”, esas cosas que hacemos cotidianamente es salud mental. Si hay algo que nos hace mal, es ahí donde hay que salir a pedir ayuda, pero está como muy instalado que la salud mental está dentro del manicomio y así como el manicomio está en todos lados, porque dentro de una familia se cagan a palos todo el día o hay situaciones de violencia, de maltrato físico, verbal, el manicomio opera ahí también. No está solamente en el Borda o en el Romero, está en nuestras acciones cotidianas y me parece que es sumamente importante.

M: Hay un olvido por parte de la sociedad de que son problemas que tienen que ver con todos.

E9: Bueno, hoy está pasando. Te quedas si laburo, no podés pagar las cuentas de tu casa, no tenés para darle de comer a tus hijos y lo más lógico es que empieces a no puedas dormir, tomar alguna pastillita, a chupar un vino, otro y otro, situaciones de violencia... empiezan a pasar esas cosas, que las vas viendo en el Hospital, en las guardias... que empiezan a llegar esas situaciones y bueno, ¿cómo no vas a empezar a tener un padecimiento? Es como empezar a verlo en la cotidianeidad. Pero bueno, para eso hay que meterle a la comunicación y salir de esto, de que la salud mental está en el loquero y la salud mental está acá, todo el día, en nuestra cotidianeidad.

M: Ustedes trabajan la inserción laburan y recién estuvimos hablando del estigma y la visibilización pero, ¿qué otros problemas crees que hincan directamente en el campo de la salud mental?

E9: La decisión política de la real aplicación de la ley, no está claro ahí. El presupuesto, sobre todo. La apertura de más dispositivos comunitarios, la transferencia de recursos – del monovalente a la comunidad-. La problemática de la vivienda... si hablamos específicamente del Hospital Romero, que es lo que más conozco, las personas que hoy

están internadas son por cuestiones sociales, no tienen donde ir a vivir, no tienen familiares que puedan acompañar un proceso de externación, no hay dispositivos comunitarios a derivar, sobre todo en el conubarno..., la vivienda es un problema muy importante. Hoy la mayoría de los emprendedores que trabajan en la asociación alquilan una pensión que se cae abajo y les cobran cualquier guita por una habitación horrible. Después hay algunos que se juntaron 2 o 3 y alquilan un departamento con el acompañamiento de los centros, pero no hay una política pública de vivienda para las personas externadas. Y después la cuestión económica sobre todo, hoy todos cobran una pensión por discapacidad que es de \$5.800 por mes. Con eso tenés que pagar la pensión, comer, vivir, siguen dependiendo de alguna institución. Por ejemplo, acá en los centros para el fin de semana retiran un bolsón de alimentos o comen al medio día en los centros... yo creo que la inserción laboral y el acceso a la vivienda los pondría en primer lugar, son una cuestión grave. Y la cuestión económica también, hay pensiones retrasadas o no está saliendo, o están dados de baja los programas de Nación...

M: Aprovecho a preguntarte ya que me contaste que trabajas en el Romero, ¿te parece que el discurso médico hegemónico sigue presente?. La idea de la sobremedicación o cuestiones atadas al manicomio siguen vigentes o hay un repliegue de esas lógicas.

E9: Por ahí en los centros hay una presencia de equipos interdisciplinarios y es fuerte en los centros la idea de equipo y lo ponen en práctica. En el hospital en el último tiempo también se han ido conformando, si bien, no en todas las salas hay equipos completos de psicólogo, trabajador social, psiquiatra y enfermería, pero si hay como una lógica de trabajo mucho más interdisciplinaria.

El modelo médico hegemónico está, sigue estando... me parece que tiene que ver también con la voluntad de los trabajadores laburar más o menos en equipo, porque tampoco hay una política clara de la institución, de decir, hay un trabajador social en cada sala, dos psicólogos en cada sala... porque no hay recurso humano tampoco. Sí, me parece que en el último tiempo hay como una hegemonía de las disciplinas, entonces ya no hablamos tanto del modelo médico hegemónico y hay que tener cuidado con la hegemonía de las disciplinas. Por ejemplo, enfermería dentro del hospital es una disciplina muy fuerte, porque son mayoría, porque tenés 2 o 3 enfermeros por turno, manejan las salas, porque después de las 12.00 ya no hay psiquiatra o después de las

14.00 ya no más psicólogo o trabajador social, manejan la sala el fin de semana... entonces hay una clara hegemonía ahí también de la disciplina enfermería que hay que saber manejar, así que, estamos como en el momento de que hay que tener cuidado de la hegemonía de las disciplinas. Pero el modelo médico hegemónico sigue operando como el saber poder... no sé si en toda la institución, hay diferentes sectores donde es más visible que todo. En los centros no, me parece que el laburo es mucho más interdisciplinario y se ve en los resultados y en el acompañamiento a los usuarios.

M: ¿En la cooperativa son de diferentes disciplinas, no? ¿Cómo llegan a formar parte?

E9: Si, hay médico generalista, hay gente de comunicación, de cine, sociólogos, hay una mezcla interesante. Llegan por convocatoria, cuando ya algunos van anunciando que se van a ir, hacemos convocatoria por redes sociales, hacemos algunas entrevistas, según la disponibilidad de las personas van quedando en el espacio. No necesariamente les pedimos que tenga experiencia en salud mental porque creemos que si tiene ganas de laburar y de militar en este espacio... este es un espacio de militancia, ninguno gana un sueldo. Si participa de la distribución de la ganancia porque se reparte en estilo cooperativo, pero todos los que estamos en Movida de Locos estamos por una cuestión de militar otra salud mental. Creemos que si se acercó es porque algo puede aportar.

Hay gente que estudia acá en la Facultad de Psicología que no nos conoce, porque muchas veces uno está tan ocupado del laburo de adentro que se hace difícil salir y dar a conocer.

M: Ya que me contaste que estás desde el 2009, ¿recordás algo del momento de disputa de la ley, las peleas, los escenarios, los puntos más vertiginosos discutidos?

E9: Recuerdo que lo más discutido fue el tema de la coordinación, las jefaturas, los concursos... ese recuerdo que fue uno de los puntos más discutidos porque justamente se le sacaba al psiquiatra el poder de concursar solamente entre ellos los espacios de poder. Y también fue muy discutido, y lo sigue siendo, el tema de la internación que no necesariamente debe ser indicada por un juez. Esto también había sido bastante discutido... recuerdo que participamos de unos foros de discusión de la ley y mucha gente planteaba la imposibilidad de la aplicación de la ley, que tal vez si uno puede ser crítico de algunos puntos, pero es una ley de avanzada en el cambio de paradigma de la

tutela y de los derechos humanos. Así que por ahí hay cosas para modificar y rever, pero en términos generales, a mí me parece que es una buena ley de salud mental.

M: ¿Y esas cosas para modificar o rever cuáles te parece que podrían ser?

E9: Por ahí hay algunos argumentos, yo nunca labure en guardia, pero algunos amigos que si plantean el término de riesgo cierto e inminente, como que no queda verdaderamente claro, por esto de que uno no puede hacer predicciones de lo que va a pasar y si en el momento en que le hacés la entrevista la persona considera que está en riesgo su persona o puede ser riesgoso que se vaya o vuelva a su casa, considera una internación o lo puede dejar en internación 2 o 3 días para ver qué pasa. Hay compañeros que prefieren, como ese término no está tan claro, internar por las dudas que vaya a pasar algo. Y eso es una cagada, porque otra vez ponés a la persona en situación de peligroso, en vez de situación de riesgo. Es como para discutirlo.

M: Para ir terminando, hay un artículo que dice que el padecimiento mental no sea considerado inmodificable. Siempre me interesa preguntar por ese argumento y ver qué piensan las personas que laburan con usuarios.

E9: Es un poco lo que te decía hoy, el padecimiento es un momento particular entonces uno no podría etiquetar a la persona de por vida va a estar atravesando esa situación, por eso las revisiones de las curatelas, de las insanias, me parece que eso es fundamental, que cada tres años se revisen, de hecho debería ser antes. Los certificados de discapacidad tampoco son permanentes, las evaluaciones se hacen cada cierto tiempo, considero esto que el padecimiento es en un momento. Uno puede padecer diferentes cosas, en cierto momento de la vida y justamente las personas que han terminado 40 años internadas en un manicomio es porque no se revisó esa situación, quedó esquizofrenia-paranoide, pum, etiqueta, listo. Y nosotros laburamos con gente que las historias clínicas decían cosas terribles: que era súper violento, que no se levantaba... y hoy es una de las personas que ves trabajando, capacitándose en serigrafía, que hace unos años fue a buscar a su familia a Paraguay, no lo podés creer, pero es porque a esa persona se le dio un lugar y se trabajó desde la capacidad y no desde la enfermedad. Si uno parte de la etiqueta, el padecimiento y la enfermedad, no puede hacer nada. Y nosotros partimos de la idea de que cualquier persona hay cosas que puede hacer, como cualquiera de nosotros, hay cosas que podemos y hay cosas que no podemos. Bueno,

una persona con padecimiento mental le pasa exactamente lo mismo. Así que no se puede considerar un estado permanente y que no puede modificarse nunca.

M: Yo lo que más me di cuenta en las entrevistas en la falta de redes entre los dispositivos, lugares y espacios, es como lo que más me llamó la atención. Y sobre todo algo como lo que ustedes hacen acá en CABA no encontré... no encontré algo armado por fuera.

E9: Si, si hay, tenés a la gente de La Huella en el Borda, no sé si gente que esté afuera, nosotros dimos un paso grande al salir del dispositivo de asistencia. Pero tenés razón, dispositivos de inclusión laboral por fuera del dispositivo de asistencia no, que incluso a nosotros nos complica un montón. Ellos –en La Huella- tienen un recurso humano garantizado, porque a F. le paga un sueldo el Ministerio de Salud. Nosotros, yo laburo en el Centro Basaglia, y por fuera hago todo lo que hago para la asociación y lo mismo para los compañeros. Todos nosotros tenemos nuestros espacios de trabajo formales y tenemos nuestro espacio de militancia, que es lo que todavía no pudimos lograr. Si yo ya tengo este cargo en el Ministerio de Salud, que me lo pasen a la asociación... porque gestionar una institución en un rato libre, no es lo mismo que gestionarla todos los días 8 horas. Entonces se complica un montón eso. Pero sí, tenés razón, un dispositivo de inserción laboral por fuera de un espacio asistencial, creo que no hay.