



Algunas reflexiones político-teóricas sobre el campo de la Salud Mental

Bruno Hennig

Question/Cuestión, Nro.72, Vol.3, Agosto 2022

ISSN: 1669-6581

URL de la Revista: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/>

IICom -FPyCS –UNLP

DOI: <https://doi.org/10.24215/16696581e720>

Algunas reflexiones político-teóricas sobre el campo de la Salud Mental

Some political-theoretical reflections on the Mental Health field

Bruno Hennig

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Lanús
Argentina

<https://orcid.org/0000-0002-5165-3955>

brunohennig1@gmail.com

Resumen

Este artículo científico en clave de reflexión es producto de mi práctica en investigación y docencia en Salud Mental. Se trata de un ensayo teórico, con soporte bibliográfico. Este trabajo persigue el objetivo de presentar algunas discusiones en el marco de la Salud Mental desde una perspectiva crítica y para ello se (re)visibiliza al Orgullo Loco en tanto Movimiento Social que ha irrumpido en las discusiones sobre el terreno de la subjetividad. Se explicita que la Salud Mental es un campo que requiere revisar el paradigma de la psiquiatría positivista de corte biologicista para no heredar ni replicar su concepción. Se concluye: por un lado, que las categorías diagnósticas dominantes obturan los sentidos posibles en las formas en que los seres humanos experimentan el mundo. Y por el otro, que el término locura, distinto a la

categoría de trastorno mental, puede ser la posibilidad para la re-semantización y la lucha por la despatologización de los sujetos afectados.

Palabras clave: salud mental; perspectiva crítica; psiquiatría; diagnóstico; trastorno.

Abstract

This scholarly article in the key of reflection is the product of my practice in mental health research and teaching. It is a theoretical paper with bibliographic support. This paper aims to present some discussions in the context of Mental Health from a critical perspective. To this end, Crazy Pride is (re)made visible as a social movement that has broken into discussions about the field of subjectivity. It is made clear that Mental Health is a field that requires a revision of the paradigm of positivist, biologicistic psychiatry in order not to adopt or reproduce its concept. It is stated that the prevailing diagnostic categories, on the one hand, block the possible meanings of the way people experience the world. And on the other hand, that the concept of madness, unlike the category of mental disorder, can be a way of re-semantizing and struggling to de-pathologize the subjects involved.

Key words: mental health; critical perspective; psychiatry; diagnosis; disorder.

Introducción

Lo que aquí se elabora es fruto de mi práctica de investigación y docencia en Salud Mental. A su vez, si, como sostienen diversos autores, el conocimiento es un territorio en disputa, fue Michel Foucault (1998; 2002) quien en gran parte se dedicó al estudio de las formas de poder: para ello, analizó las “instituciones disciplinarias” como la cárcel, el hospital, el manicomio, la fábrica y la escuela, autor a la vez conocido por sus textos emblemáticos como “Historia de la locura en la época clásica” (Foucault, 1998). En cuanto a los antecedentes de Salud Mental, a partir del trabajo de Foucault sobre las “instituciones disciplinarias” (Foucault, 2002) es posible arrimar que éstas históricamente estuvieron dirigidas a producir cuerpos dóciles para la dominación, en relación con la expansión del capital. Foucault analiza las “instituciones disciplinarias” (2002) expresando que el Panóptico, en sus aplicaciones, es

polivalente ya que sirve para corregir a los presos, para curar a los enfermos, para instruir a los escolares, y guardar a los locos. Así, con su estudio sobre el hospital, el manicomio, la cárcel, la fábrica y la escuela, Foucault posibilita un conocimiento sobre relaciones posibles entre: “cuerpos”, “clasificación”, “vigilancia”, “delito”, “dispositivos”, “ley”, “aislamiento”, “encierro”, “relaciones de poder”, “control”, “sociedad disciplinaria”, “mirada normativa”–“anormal”–“(dispositivos de) normalización”–“corrección” (Foucault, 2002).

Tal vez uno de los ejes que posibilita acompañar cierto recorrido desde las Ciencias Sociales hacia el campo de la Salud Mental sea el carácter relacional del poder, es decir, se trata de la importancia de abordar a este último en tanto correlación de fuerzas y no como sustancia. De esta forma, tanto en el campo de las Ciencias Sociales como en el de la Salud Mental la dimensión relacional del poder permite situar al campo de conocimiento en tanto un territorio en disputa, donde no existe una práctica ni un saber universales, homogéneos ni unívocos sino que existe una tensión muchas veces irreconciliable entre sentidos dominantes y aquéllos que aparecen como marginales, dominados, invisibilizados. De este modo, el campo de la Salud Mental ha tenido y tiene que luchar por legitimidad y por abrir caminos epistémico-político-teóricos diferenciándose, por ejemplo, del paradigma de la psiquiatría positivista de corte biologicista. Ello, porque este último reduce la existencia a lo biológico, a los neurotransmisores y estructura su conocimiento alrededor de la concepción de desajustes neuroquímicos en el sujeto y del tratamiento farmacológico como centro, situando al sufrimiento en términos patológicos y postulándolo como trastorno (Galende, 2008; 2015). Aquí, se trata de considerar críticamente las categorías científicas y disciplinarias para el etiquetamiento y objetivación de los sujetos, donde tanto el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y el CIE 10 son ejemplos, ya que cada vez son más las personas que presentarían algún trastorno mental –ansiedad, ataques de pánico, depresión, son sólo algunas problemáticas tomadas como trastornos–.

Como continuación de la presente introducción, resulta importante señalar que la Salud Mental es un campo diverso que presenta tanto dimensiones como definiciones plurívocas, que no se reducen a los saberes “psi” (psiquiatría, psicología, etcétera). Es en ese sentido que sus fronteras son porosas y, a la vez, su anclaje se halla muchas veces en problemáticas sociales disímiles que no se agotan en los límites de la locura ni en el individuo como eje, sino que existen varias aristas que pueden ser abordadas. Una de las consignas en Salud Mental es

contribuir al proyecto de la desinstitucionalización. Esta última es entendida no sólo como el proceso de cierre y sustitución de instituciones monovalentes por diversos dispositivos de salud que no reproduzcan prácticas deshumanizantes, de disciplinamiento y control social ni aislen a los sujetos de sus potenciales espacios vitales de pertenencia ni de sus referentes socio-afectivos que componen su trama biográfica –lo que es situado como atención en la comunidad– sino que también se trata de visibilizar que no alcanza con desarmar los muros del manicomio, ya que sus lógicas persisten, se reproducen, se propagan y pueden operar a través de ciertos vínculos en diferentes espacios, lo que posibilita su arraigo en el tejido social. Por ello, desinstitucionalizar atañe a propender y procurar desmontar las lógicas manicomiales, y no solo a desmanicomializar. Cuando nos referimos al control social en los manicomios, hablamos de control social duro: de los tratamientos e internaciones involuntarios, de la contención física y química, de la sobremedicación y otros tratos crueles como forma de disciplinamiento de los cuerpos. Sin embargo, es un desafío que las y los trabajadores de salud no actúen como agentes de control social blando en ningún espacio en el que desplieguen sus prácticas, lo cual constituye a la vez un interrogante foucaultiano respecto a las disciplinas y sus relaciones con la dimensión del saber-poder. En ese sentido, quizás en otro trabajo se podría explorar más en las relaciones y diferencias posibles entre saber disciplinar y poder disciplinante. Lo cierto es que

Los tratamientos psiquiátricos han pivotado siempre entre una función terapéutica y otra de defensa social, entre el trato humanitario y filantrópico y la coerción y el castigo. La consideración del loco y la loca como personas “enfermas” y “peligrosas” permitió configurar para la psiquiatría un estatuto de “prestación especial” en el que los límites entre el tratamiento médico y la acción represiva quedaron con frecuencia muy difuminados (Huertas, 2020, p. 20).

Por otro lado, en cuanto a algunos antecedentes contemporáneos a nivel local (América Latina y El Caribe en general y Argentina en particular) del campo de salud mental, uno de los aportes ineludibles respecto a la desmanicomialización en Argentina lo constituye la experiencia en la provincia de Río Negro, en la cual algunos/as de sus referentes son Hugo

Cohen y Graciela Natella (1995; 2013), quienes participaron en el proceso de cierre del hospital psiquiátrico provincial y en la sanción de la ley 2440 en el año 1991. Según Cohen y Natella (1995; 2013), el problema fundamental de aquella época previa a la desmanicomialización era que los sujetos con sufrimiento psíquico severo no podían acceder a un tratamiento y rehabilitación en su medio habitual, y el 90 por ciento del recurso humano de salud mental quedaba concentrado en el hospital psiquiátrico. Cabe mencionar, además, que en Argentina, fue el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) el que puso en su momento a disposición un informe de investigación sobre la violación a los Derechos Humanos en los hospitales psiquiátricos.

Otro de los antecedentes consiste en la contribución de Alicia Stolkiner al campo de salud/salud mental y Derechos Humanos, quien considera que la salud mental es un subcampo dentro de la salud en general, atravesado por un enfoque integral de derechos (Stolkiner–Ardila Gómez, 2012). A su vez, Stolkiner (2005) vincula salud mental e interdisciplina, explicitando ya en la década de 1980 que la segunda surge por la indisciplina de las problemáticas sociales que se presentan, añadiendo que el paradigma de la complejidad constituye tanto a la primera como a la que le sigue.

Además, cabe destacar que para Emiliano Galende (2008) la salud mental implica una ruptura epistemológica respecto de raíces positivistas, de las explicaciones lineales/causalistas, y de las lógicas manicomiales, para abrir paso hacia las ciencias sociopolíticas, hacia otros saberes/prácticas y a la investigación social. Galende (2008, 2015) realiza un aporte epistemológico significativo a los fundamentos del campo de la salud mental, elaborando una historización sobre su constitución, los procesos y transformaciones que atravesó, e incluyendo una lectura crítica sobre las dificultades del campo de salud mental. Es importante destacar la historización que elabora Galende (2008) en la cual realiza una intersección entre locura y delito como destinos posibles para quienes no respondan a las normas del comportamiento o de la Ley, ya que delito y locura pasan a ser de orden público y el Estado se hace cargo de estos sujetos con el fin de proteger a la sociedad de su presencia. Para Galende (2015), son tres los actores sociales que componen la salud mental: el Estado y el orden jurídico, las leyes de incumbencias profesionales que habilitan las prácticas; los profesionales; y la sociedad civil. Asimismo, es importante recuperar los aportes de Mauricio Goldenberg, no sólo a la búsqueda de la reforma psiquiátrica, ya que una primordial enseñanza que dejó es que no existe reforma

que pueda centrarse sólo en el manicomio, sino que es la estructura y la organización de la asistencia en salud mental las que tienen que ser transformadas para promover un cambio de paradigma que tiene al encierro como fundamento (Vezzetti, 2006).

También, para propender hacia la construcción colectiva de saberes desde una perspectiva crítica, es importante que el campo de Salud Mental pueda desandar el paradigma positivista que estructura y comprende las disciplinas en tanto fronteras rígidas y cerradas, a la vez que también desheredar el modelo biologicista, ahistoricista, mercantilista e individualizante (Menéndez, 2015) que predomina en la forma de comprender y hacer en Salud, que ha sido conceptualizado por Menéndez como Modelo Médico (2005; 2015) y que se apoya sobre un modelo tecnocrático. En oposición a este último eje, comprendo a la salud como un derecho humano y a la salud mental según la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657: en tanto un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, psicológicos, culturales, y biológicos, cuyo resguardo y mejoramiento conlleva una dinámica de construcción social relacionada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todo sujeto (Ley argentina, 2010).

Normal ningún día

Es importante señalar que el campo de la Salud Mental implica un pluralismo epistemológico y un vasto campo de estudios, sectores, organizaciones y colectivos que lo componen. Desde el andamiaje político-epistémico-teórico que sustenta este trabajo, la Salud Mental, por formar parte de las Ciencias Sociales, se erige como un prisma desde el cual es posible indagar en ciertas dinámicas relacionales, prácticas, instituciones y el modo en que están configuradas, promoviendo la problematización de diversas experiencias y discursos en general y de las nosografías psiquiátricas dominantes en particular. Ello es así pues estas últimas no sólo clasifican enfermedades sino que además pueden ser comprendidas como resultado de una construcción social que debe ser revisada, en tanto producen sentidos sobre la experiencia de vivir y de padecer, tales como el estigma que experimentan sujetos diagnosticados y afectados por las etiquetas diagnósticas: el estigma resulta la directa consecuencia del imaginario social hegemónico que actúa sobre la denominada enfermedad mental (Correa-Urquiza Vidal et al, 2020).

Como expresábamos, cabe destacar que la Salud Mental no es solamente un campo de estudio y de prácticas disciplinares y no disciplinares, sino que también es un campo político, ya que confluyen distintos colectivos, organizaciones y Movimientos Sociales. Un ejemplo de ello es el Movimiento Orgullo Loco, que se crea en Canadá en la década de 1990 y luego presenta diversas expresiones en países como Brasil, Argentina, Chile, España, Australia, entre otros. Se trata de un aglutinamiento diverso constituido por militantes, sujetos usuarios, ex-usuarios y sobrevivientes del sistema psiquiátrico que luchan contra la manicomialización, estigmatización y la patologización de la vida. Se reconocen como neurodivergentes y desarrollan distintas actividades para construir un paradigma no binario (cuerdo-loco), ya que discutir la frontera entre locura y cordura constituye el plantear un problema político sobre un límite que la psiquiatría hegemónica dice tener siempre en claro (Castignani, 2021). Muchos/as de ellos/as se consideran disidentes del sistema biomédico psiquiátrico, y procuran recuperar los saberes de ellos/as mismos/as como expertos/as por experiencia y ya no hablados por el discurso profesional y de la ciencia. La noción de neurodivergencia proviene de la comunidad de los sujetos del espectro autista que empiezan a discutir que exista un solo modo de bienestar bio-neuro-fisiológico (Castignani, 2021).

De este modo, recuperar las narrativas subjetivas (no) psiquiatrizadas y en primera persona es un desafío que se plantean. El Orgullo Loco es un movimiento instituyente, que se alza en contra del conocimiento psiquiátrico instituido que basa su saber en una relación de poder verticalista y que sitúa las causas de la locura en lo biológico, desvinculando las experiencias del contexto cultural y social en el que se encuentran (Cea, 2019). El movimiento Orgullo Loco recupera el derecho a la diferencia subjetiva y valora en tanto positivo el hecho de volverse, ser o estar loco/loca, subvirtiendo así el sentido de una etiqueta que en el origen dañaba y estigmatizaba, tomando ahora la palabra locura para liberarla de los sentidos negativos (Cea, 2019). Las experiencias del movimiento Orgullo Loco condensan discursos y prácticas de desinstitucionalización de antaño en diversas regiones del mundo y plantean no ya el derecho a la salud mental sino fundamentalmente el derecho a la locura y con ello la despatologización de esta última. Este Movimiento constituye un emergente que irrumpe en el terreno de la subjetividad y del conocimiento, ya que interpelan a los imaginarios hegemónicos y sentidos dominantes sobre la identidad, acerca de ser en el mundo, las fronteras, las relaciones de poder, “la matriz capacitista-heterocis-normativa” (Castignani, 2021), el

patriarcado, la exclusión, la discriminación, el sufrimiento y no sólo las prácticas psiquiátricas dominantes.

Este movimiento social, según las latitudes, busca recuperar tanto el derecho a existir sin ser patologizado, aislado ni discriminado, como también el derecho a una vida digna y el derecho a la diferencia subjetiva y se posicionan en contra de la fosilización identitaria dentro de las lógicas circulares de la enfermedad explicada por el monólogo de los saberes expertos (Correa-Urquiza Vidal et al, 2020). Se trata de cuestionar esa circularidad interpretativa según la cual toda enunciación por parte de una persona afectada y diagnosticada por la psiquiatría es interpretada en términos de sintomatología de enfermedad (Correa-Urquiza Vidal et al, 2020). Según Correa-Urquiza Vidal et al

La locura interpela y deja en evidencia el constructo colectivo de normalidad que se instaura a modo de ley, pone en evidencia las arbitrariedades de lo dado, del sentido común. Y es por eso quizás, que se ha vuelto socialmente necesario encuadrarla, encerrarla para ajustarla a lo definido como “normal” (2020, p. 12).

El problema de las etiquetas es que capturan la totalidad de la existencia hasta tal grado que suponen un punto de inflexión en las biografías diagnosticadas, donde la categoría diagnóstica asfixia y coloniza la totalidad subjetiva de la persona afectada y clausura la complejidad identitaria (Correa-Urquiza Vidal et al, 2020). Mientras que

La noción de locura es polisémica, se abre a otras posibilidades interpretativas; no queda ya clausurada en la lógica de lo patológico, sino que se expone a nuevas aperturas conceptuales que permiten otras libertades (...) la locura se propone como idea que puede ser en tanto generadora de colectivo, identidades y resistencias (Correa-Urquiza Vidal et al, 2020, p. 6).

Por otro lado, la discusión es también por el fenómeno de las fronteras, ya que a partir de encerrar aquellas personas diagnosticadas en los manicomios se crea así un afuera en el que se encontraría la salud mental de todos los que no están dentro (Moffatt, 1975). Es Michel

Foucault (1998) quien realiza un recorrido histórico que permite no sólo situar las distintas formas de la sociedad de considerar y abordar la locura en ciertos periodos, sino que este autor además visibiliza la configuración política del otro en tanto peligroso, por ejemplo, a partir de la función dada al entonces Hospital General (en la denominada por Foucault como época del Gran Encierro), en el que se aisló y se buscó disciplinar la diferencia improductiva e inquietante, donde operaba el objetivo de sustraer la desviación del espacio público. Es así como en este Hospital General, creado en Francia en el siglo XVII y que se expandió a otras geografías con diferentes nombres hasta finales del siglo XVIII, se encerró a pobres, vagos, enfermos, locos y locas, vagabundos, prostitutas y revoltosos o transgresores (Foucault, 1998), todos aquellos considerados como inutilidad social, que resultaban improductivos y representaban un peligro para la estructura social.

No sólo el manicomio en la actualidad, circunscripto ahora supuestamente a la locura exclusivamente, surgido en el siglo XIX, guarda estrecha relación con aquel Hospital General, sino que también, según sostiene Massimo Pavarini (2002), la penitenciaría, surgida a finales del siglo XVIII, expresa una relativa continuidad del Hospital General como respuesta a los considerados desviados, específicamente para los transgresores de la ley penal. De este modo, podemos afirmar que hegemónicamente el mundo no está pensado para los locos y las locas, las y los pobres, los presos y las presas, las no blancas y los no blancos, los hombres no masculinos, las y los no heterosexuales, los revoltosos y las revoltosas, las y los no pertenecientes a una mínima clase social establecida como aceptable, donde puede operar la exclusión aún sin encierro.

Podría preguntarse: ¿qué hacer con la locura? En primer lugar, el criterio de salud mental podría necesitar estar estrechamente vinculado con la recuperación de la identidad personal del sujeto afectado, que ha sido históricamente degradada y negada en los hospitales psiquiátricos, y que en ese proceso se trata de revitalizar el rescate de la identidad cultural e histórica de nuestro pueblo, que también fue negada por la fórmula “civilización europea-barbarie nativa” en tanto sistema de opresión (Moffatt, 1975). A su vez, hay múltiples locuras, y diversos procesos y vínculos enloquecedores. Y sin duda existen muchas formas de encierro. El manicomio es una de ellas. En segundo lugar, a partir del alejamiento de la norma la sociedad hegemónica está programada para rechazar, excluir, aislar y censurar, son prácticas

que persisten en la mayoría de las poblaciones del mundo que insisten con los manicomios o con lógicas manicomiales en otros espacios. Así, enloquecer, puede ser comprendido como una de las formas posibles de desviación social (Foucault, 1998), y también implicar el proceso mediante el cual una persona sostiene, sabiéndolo o no, que no está de acuerdo con el sentido común dominante que produce la sociedad en determinado momento histórico, también denominado como realidad consensual. Ante tales procesos de desviación social, la sociedad hegemónica reacciona mediante el cuerdisimo (Lizama, en Ordorika Sacristán y Gómez-Aguilar, 2021), que es una forma estructural de opresión y que consiste en el conjunto de prácticas e ideología de los sujetos considerados cuerdos que se erigen como superiores sobre las personas diagnosticadas con algún trastorno por la psiquiatría, a quienes se las empuja a dirigirse hacia el destino constante de la psiquiatrización de la vida. Los sectores más progresistas de la sociedad hablan de sufrimiento psíquico (Augsburger, 2002) o padecimiento subjetivo, no de trastorno. Aún con posibles diferencias polisémicas respecto al primer concepto, pienso que esto es correcto, no para cumplir con la formalidad de la existencia sin ofender a nadie, sino porque enloquecer implica sufrimiento: por ejemplo, padecer el no poder (pensar/hacer algo), en una situación dada. Así, algunos sufrimientos pueden darse a partir de la lucha por quien se quiere ser y la brecha por quien se es o se está siendo. Y en esa lucha, intervienen los psiquiatras con una función social que puede ser la de continuar con la estructura de opresión y dominación o, por el contrario, practicar el saber-poder en tanto búsqueda de emancipación, para hacer posible la vida para el ser humano (Basaglia, 1977).

Otro de los ejes que preocupan en la presente elaboración escrita reside en el correlato que existe entre la estructura social capitalista y el individualismo que es efecto de ella y además funcional a la misma. En el sentido de que se ha demostrado la importancia del tejido comunitario y de la producción de vínculos no sólo en la recuperación ante las crisis de sujetos con sufrimiento psíquico sino también que las relaciones interpersonales nos constituyen y nos dan soporte a todos los seres, cuando el macro-contexto capitalista y el neoliberalismo tienden a fragmentar los lazos sociales. Con lo cual, uno de los desafíos consiste en responder mediante las prácticas al interrogante acerca de cómo contribuir a la producción de la vida y del tejido comunitario en medio de un escenario capitalista alzado para la muerte y la destrucción del planeta, en pos de la ganancia desmedidamente desigual, donde acorde a la carrera liberal cada cual persigue sus propios intereses (De Leonardis y Emmenegger, 2011).

Históricamente, la psiquiatría hegemónica ha operado para garantizar el mantenimiento del statu quo a través de la producción y distribución de clasificaciones y etiquetas (Basaglia y Basaglia Ongaro, 1977). Se trata de una práctica histórica signada por la importación y elaboración de rótulos mediante los que se estigmatiza, se aparta y se encierra a quienes se consideran como desviados (Basaglia y Basaglia Ongaro, 1977). Se trata de revisar los resortes ideológicos de las prácticas, ya que en Salud Mental, así como en todos los campos del conocimiento no hay verdades objetivas universales, no existe un conocimiento de la realidad como puro reflejo, sino que ésta es una co-construcción social y accedemos a ella mediante el lenguaje, este último atravesado por la ideología y las relaciones de poder. Es en este sentido que se necesita de la co-construcción de otro lenguaje, uno liberador de los discursos de poder que han caracterizado a la psiquiatría hegemónica tradicional mediante la cual se anula/ba al semejante transformándolo en cosa (Basaglia, 1970). Se trata, entonces, de (re)politizar espacios que no son neutros y de (re)situar el poder-saber de los trabajadores y las trabajadoras de salud en pos de una vida digna de los demás y no sólo de uno, sin que quede intocada la estructura social, sabiendo que muchas veces los comportamientos pueden emerger como denuncia de malestares sociales (Basaglia, 1977).

Por otro lado, en cuanto a las internaciones psiquiátricas, mediante el encierro rige un nuevo código de conducta. Y el encierro mismo es un código que produce ciertos cuerpos y no otros. Asimismo, el encierro es un código cifrado en los cuerpos que deambulan con un sentido diferente al hegemónico (por ello, diferente). La producción social de la diferencia tiene antaño sus resortes en el discurso jurídico, en el de la iglesia, y en el de la medicina y la medicina mental, discursos que contribuyeron a producir la otredad y la minusvaloración e inclusive persecución de la misma. Respecto a la hegemonía en los hospitales psiquiátricos, los y las psiquiatras tradicionales hacen el juego y son funcionales a la clase dominante (Basaglia, 1970), que es la que impone el sentido hegemónico acerca de qué es y cómo vivir.

A su vez, en los hospitales psiquiátricos el poder verticalista que ejerce el o la psiquiatra produce en las prácticas relaciones desiguales de poder que no traccionan bienestar sino todo lo contrario. Son completamente distintas las relaciones de reciprocidad que promovieron, por ejemplo, el Movimiento de anti-institucionalización italiana, del cual uno de sus referentes fue el psiquiatra Franco Basaglia, quien luchó por problemáticas sociales no

confinándolas exclusivamente a la esfera psiquiátrica, sino comprendiéndolas como parte de una estructura social, erigiendo también la crítica hacia la supuesta neutralidad científica, pues ésta propende hacia los valores dominantes (Basaglia, 1970). La reflexión-acción crítica de los procesos históricos de anti-psiquiatría, desmanicomialización, y/o desinstitucionalización permiten pensar no sólo en la eliminación de las instituciones psiquiátricas, sino también en la necesidad de crear otros dispositivos y espacios porque son los que pueden posibilitar la transformación subjetiva, mediante la supresión del código que opera en los manicomios. Así, la modificación estructural del código moldea la contraseña necesaria para pertenecer a la sociedad, que es lo que está en el centro de la discusión. Es decir, cómo no dejar de ser parte de la sociedad, una humanizante, igualitaria, más justa y por ello inclusiva, una sociedad digna.

Además, se trata de reconocer que la realidad en sí misma es opresiva y violenta, y es en el encuentro entre los seres humanos a través de relaciones dialécticas que muchas veces se ocasiona el sufrimiento y la enfermedad (Basaglia, 1977). Al mismo tiempo, si se pensara en la locura como proceso, podría vislumbrarse que existen crisis en determinados momentos ante las cuales los sujetos afectados precisan de un acompañamiento tal vez provisorio y no un encierro eterno, y si se concibiese a esa crisis subjetiva como una ruptura en la biografía del sujeto, la necesidad ya no sería entonces la búsqueda por el reajuste neuroquímico para la normalización, sino más bien las preguntas y respuestas necesariamente conjuntas para aportar desde distintas estrategias, espacios, vínculos, herramientas psico-sociales y oportunidades reales al desafío de cómo propender al mayor grado de autonomía para un proyecto de vida posible. Se entiende que el desafío es enorme, porque el sistema capitalista no ha podido cumplir con lo que sostiene como promesa constante: la ilusión de un proyecto de vida para todos y todas, con un plus de felicidad. Y ese incumplimiento, que no es sólo para las personas pobres y diagnosticadas como locas, se agrava para “la mayoría marginada” (Basaglia y Basaglia Ongaro, 1977).

A su vez, son importantes las instancias que posibilitan construir y distribuir visibilidad pública a la contradicción que implica la locura, en el sentido de que ésta cuestiona la normalidad, y es justamente este uno de los puntos que fue propiciado por las experiencias de desinstitucionalización italianas (De Leonardis y Emmenegger, 2011) llevadas a cabo por Basaglia y compañeros/as. Así como la autobiografía personal no debe ser desarticulada de la

trama social, el experimentar padecimiento no debe ser exclusivo de sujetos con sufrimiento psíquico, sino que es importante que la sociedad viva la experiencia sin cosificarla, alejarla ni ocultarla en tanto residuo de la modernidad (De Leonardis y Emmenegger, 2011), un planteo que surge en contraposición a la histórica función de los hospitales psiquiátricos como depósitos de desechos sociales.

En otro orden de ideas, sucede que como histórica y hegemónicamente en Occidente la salud ha sido reducida a la enfermedad, a la prevención, al cuerpo biológico individual, a marcos normativos, de normalización y control social (Menéndez 2005; 2015; Gómez-Arias, 2018), se torna importante resituar la salud en su vinculación con los procesos de vivir y con la vida en tanto potencia viva. Así, entonces, es fundamental recuperar el carácter procesual de vivir, ya que la vida se co-produce cada día. Vivir nunca es normal, sino que es un acontecimiento, profundo, amplio y valioso en sí mismo. Existir trasciende la biología individual, la contiene pero no se agota en ella.

A su vez, nunca hay un vivir individual, ya que para que los procesos de vivir se den son necesarios mecanismos socio-políticos cotidianos y movimientos dialécticos colectivos que producen vida y posibilitan el despliegue de la existencia, implicando a la vez el vivir de nuestros ancestros. Por ello vivir nunca es un hecho aislado, sino más bien un movimiento complejo, integral y colectivo. Vivir implica por todos y todas una práctica cotidiana de existir, que es siempre diversa y depende de las condiciones materiales de existencia según contextos. Asimismo, el existir nunca debería darse por sentado, pues estamos todos conectados y conectadas a circunstancias abiertas, a las contingencias y a múltiples destinos posibles y provisorios. Así es como se da la fragilidad de la existencia. Y no debería suceder que la norma esté dada por la productividad o la eficiencia (Basaglia, 1977), ni que se ponga en juego (como sucede) la monetarización de la existencia. Vivir nunca es un dato, sino que todos, todas y cada uno/a de nosotros/as traduce la vida en su experienciar cotidiano de la misma. Por todo esto vivir nunca es un acto mecánico, y las prácticas de salud tampoco deberían serlo.

Además, pese a la mercantilización de la vida y de la salud (Menéndez, 2005; 2015), estoy convencido de que vivir es una experiencia que no tiene precio. También, vivir es fruto de luchas políticas históricas, mediante las cuales se fue logrando el reconocimiento de la importancia del derecho a vivir que todos y todas tenemos, a practicar y gozar de una vida

digna, al mayor grado posible de salud y disfrute de la vida, a la educación, y al mayor grado posible de desarrollo como persona, lo cual no tiene límites. Finalmente, vivir implica el derecho de todos y todas a crear, co-construir y ejercitar proyectos y vínculos intersubjetivos, que son los que posibilitan la existencia.

En este sentido, los hospitales psiquiátricos muchas veces, cuando no siempre, interrumpen y anulan los vínculos y los proyectos de seres que, internados, sólo intentan sobrevivir. Son espacios en los que se imparten dinámicas inhumanas y degradantes (Del Giudice, 2017). Es importante estudiar críticamente las prácticas de una sociedad porque ellas también hablan de la cultura de un país en cierto momento dado (Del Giudice, 2017). De lo que se trata es de crear una práctica alternativa que consiste en co-construir un proyecto de vida personalizado, según cada persona, porque todos somos diferentes y experimentamos la afectación que nos produce el mundo de modo diverso y con herramientas psico-sociales distintas. Además, si es importante inventar la existencia para que la vida sea posible, también hay que inventar las prácticas transformadoras y liberadoras, rompiendo con la opresión estructural que se reproduce en la realidad (Basaglia, 1977) y rompiendo a su vez con la psiquiatría dominante que tiende a la opresión (Basaglia, 2013). Asimismo, otro gran problema radica en que la historia de la psiquiatría es la de los y las psiquiatras y no la historia de los locos (Basaglia, 2013).

También, como históricamente la psiquiatría ha sido funcional a la clase dominante (Basaglia, 1977), entonces otro de los desafíos consiste en replantear la función social de la primera en dispositivos que no reproduzcan las lógicas manicomiales, y terminar con el manicomio, ya que éste es un lugar de dolor y opresión, no de cuidado (Basaglia, 2013). Se trata de suprimir los hospitales psiquiátricos, de crear centros de salud y salud mental con lógicas humanizantes y no segregativas, además de generar oportunidades laborales reales que permitan garantizar una efectiva integración en la sociedad (Dell'Acqua, s.d.). La perspectiva de Franco Basaglia, de sus compañeros y compañeras alienta a la necesidad constante de nuevas prácticas, unas desde las que se ensaye dinámicamente la co-construcción de un proyecto de vida y se ejercite la democratización, donde el sujeto deje de ser objeto, donde se deje de ser loco para transformarse en un ser con el cual se puede entablar una relación dialéctica (Basaglia, 2013). Esto necesita ser co-producido, ya que no se

da espontáneamente en los hospitales psiquiátricos clásicos y actuales (según el contexto) sino que ocurre todo lo contrario. También, se trata de que “para que se produzca la vida, hay que dejar la enfermedad un poco afuera” (Merhy, 2016: s.p.); por ejemplo,

un esquizofrénico es mucho más que un esquizofrénico, es un artista, un trabajador, un artesano, es compañero, tiene pareja (...) La idea es que nuestra práctica de cuidado potencie la producción de nuevos sentidos en el vivir, nuevos mundos para sí, a pesar de la existencia de la enfermedad (Merhy, 2016, s.p.).

Asimismo, lo que está en juego son las relaciones de poder, que se materializan en todos los vínculos humanos. Para que exista un poder otro respecto al de la psiquiatría en los hospitales psiquiátricos, que es un poder jerárquico-vertical, es necesario co-construir la horizontalización del vínculo terapéutico entre trabajador/a y usuario/a de salud, una horizontalización que posibilite el reconocimiento del otro en tanto sujeto y se practiquen procesos de vivir dignos. Otro gran desafío radica entonces en practicar relaciones mediante las cuales se ponga en juego "un modo distinto de medirse con el otro" (Del Giudice, 2021, s.p.).

Palabras finales

Como hemos desarrollado brevemente, las categorías diagnósticas dominantes obturan los sentidos posibles en las formas en que los seres humanos experimentan el mundo en general y las maneras en que atraviesan el sufrimiento psíquico en particular. Y ahí, aún suponiendo las mejores intenciones de los trabajadores y las trabajadoras de salud mental, se da una violencia vivencial y epistémica, en una relación asimétrica de poder. Por supuesto, también cabe añadir que hay una patologización del sufrimiento o de experiencias subjetivas que no se corresponden con la realidad dominante, leídas en clave de trastornos, que ocultan el posicionamiento ideológico en los resortes que sostienen las prácticas manicomiales, además de la despolitización de lo que en verdad es la co-construcción social de indicadores

que darían cuenta de los desajustes neuroquímicos en ciertos sujetos. El término locura, distinto a la categoría de trastorno mental, puede ser la posibilidad para la re-semantización y la lucha por la despatologización de los sujetos afectados.

Finalmente, pese a la riqueza de las experiencias italianas de desinstitucionalización que son un antecedente fundamental en Salud Mental históricamente guiadas por Basaglia, que son un faro en medio de la realidad dominante en esta materia, se impone como necesario continuar repensando las prácticas y dispositivos, pues las lógicas manicomiales siempre amenazan con volver a regir. No hay victorias definitivas, no al menos en el campo de la Salud Mental. Además, los procesos de desinstitucionalización no deben responder a una deshospitalización como forma de abaratar costos y de desplazar a las personas abandonadas a sí mismas (Rotelli, 2015). Para crear y replicar diversos dispositivos de salud a la altura de la complejidad de la subjetividad, de las problemáticas de la vida y propender a formas otras de relacionarnos, también son necesarios un enfoque crítico-integral en la formación de las trabajadoras y los trabajadores de salud en perspectiva de derechos en general y en salud mental comunitaria en particular. Y contar con voluntad política, presupuesto e investigación, además de inventiva, ternura e imaginación.

Por último, a quienes se encuentran sometidos a la clínica dominante les queda la potencia disruptiva de los cuerpos, aún atravesados por chalecos químicos. La carne tiembla frente a la potencia disidente. Es posible producir verdad por medio de canales otros. Quizás para ello, este texto.

Referencias bibliográficas

Argentina. Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Sancionada: Noviembre 25 de 2010.
Promulgada: Diciembre 2 de 2010. Decreto Reglamentario N° 603/2013.

Augsburger, A. C. (2002). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave", en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 81.
Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales y Asociación Médica de Rosario.

- Baeta S., M. F. (2015). "Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad", en *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. Disponible en línea: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011
- Basaglia, F. (1970). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral Editores S.A.
- Basaglia, F. (1977). *La utopía de la realidad*. Trieste: Departamento de Salud Mental de Trieste. Disponible en línea:
http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/basaglia_1972_laautopiadelarealidad.pdf
- Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Basaglia, F. & Basaglia Ongaro, F. (1977). *La mayoría marginada. La ideología del control social*. Barcelona: Editorial Laia.
- Castignani, F. (2021). "Discutir la frontera entre cordura y locura es plantear un problema político", en *El Grito del Sur*. Disponible en línea: <https://elgritodelsur.com.ar/2021/07/discutir-la-frontera-entre-cordura-y-locura-es-plantear-un-problema-politico.html>
- Cea J. C. (Ed.). (2019). *Por el derecho a la locura: La reinención de la salud mental en América Latina*. Santiago: Proyección.
- CELS – MDRI. (2008). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cohen, H. & Natella, G. (1995). *Trabajar en Salud Mental: la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Correa-Urquiza Vidal, M., A. Pié Balaguer, M. Coll-Florit, E. Hernández i Encuentra, S. Climent (2020) "Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico", en *Salud Colectiva*. Vol. 16, Nro. 0.

De Leonardis, O. & Emmenegger, T. (2011). "La desinstitucionalización italiana: pistas y desafíos", en *VERTEX*, Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XXII. Buenos Aires, Pp. 31-43.

Del Giudice, G. (2017). "La contención mecánica: ¿tratamiento sanitario o violación de derechos humanos?", en *Derechos de las Personas con Discapacidad*. Buenos Aires: Ministerio Público de la defensa, Pp. 65-74. Disponible en línea: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20discapacidad%20con%20ISBN.pdf>

Del Giudice, G. (2021). Clase de post-grado en el marco del Doctorado en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús, Argentina), Seminario "Planificación estratégica de servicios comunitarios". *Mimeo*.

Dell'Acqua, P. "Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio". Documento en línea. Recuperado de: <https://www.ideassonline.org/innovations/brochTesti.php?id=303&brld=84>

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Vol. 1. Bogotá: Fondo de Cultura Económica

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Gómez-Arias, R. D. (2018). “¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad?”, en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 36 (Supl. 1). Pp. 64-102. Disponible en línea: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335873/20791472>
- Huertas, R. (2020). “Locura y activismo en *Viaje al manicomio*, de Kate Millet”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 40 (138). Pp. 13-31. Disponible en línea: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352020000200002
- Menéndez, E. (2005). “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”, en *Salud Colectiva* (Revista científica). Volumen 1, Número 1. La Plata. Publicación editada por Salud Colectiva - Centro de Estudios para la Salud con el auspicio de la Universidad Nacional de Lanús. Enero/Abril 2005. Pp. 9-32. Disponible en línea: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1/1>
- Menéndez, E. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E. E. (2016). “La enfermedad es un fenómeno social, no es un fenómeno biológico”, en *Página12*. Entrevista por Verónica Engler. Disponible en línea: <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html>
- Moffatt, A. (1975). *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires: Editorial-Librería ECRO.
- Ordorika Sacristán, T. & Gómez-Aguilar, I. E. (2021). “Personas expertas por experiencia”. Entrevista con Víctor Lizama. *Inter disciplina*, Vol. 9, Nro. 23, Pp. 109-124. Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052021000100109&script=sci_arttext&tlng=es
- Pavarini, M. (2002). *Control y dominación: teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina
- Rotelli, F. (2015). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Stolkiner, A. (2005). “Interdisciplina y Salud Mental”. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud

Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy, Posadas,
Misiones, Argentina.

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). "Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas". En Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII, (101), 52-56.

Vezzetti, H. (2006). "El desmanicomializador de Lanús", en *Página12*. Disponible en línea:
<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html>