



Mapa de una frontera en el tránsito social de dos culturas. Reflexiones provocadas por la participación en un Programa Interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales – PSLM¹

Map of a border in the social transit of two cultures. Reflections provoked by the participation in an Interministerial Program of Substitution of Psychiatric Logics – PSLM

Melina Santomero²

Resumen

Esta presentación retoma algunos de los desarrollos del trabajo final realizado para la Carrera de posgrado de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Aborda los resultados del Programa interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales que se desarrolla en la Provincia de Santa Fe desde el año 2012, cuyo propósito es revisar las internaciones crónicas en salud mental en clínicas privadas y públicas de la provincia. El mismo tiene como fundamento propiciar un sistema único de salud y fortalecer la implementación de la política de salud mental establecida en la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772/91, su Decreto Reglamentario /2007 así como en la Ley Nacional de Derechos a la Protección de Salud

Mental N° 26657/10 y su Decreto reglamentario/2013 de acuerdo con los Tratados Internacionales de Derechos Humanos con raigambre constitucional. En este marco normativo, los establecimientos de salud mental públicos y privados en carácter de prestadores del IAPOS –Instituto Autárquico Provincial de Obra Social– con afiliados internados en forma crónica, rubricaron un convenio para la implementación del mencionado programa.

Un análisis general de los resultados de este trabajo interministerial lleva a considerar que actualmente se presenta un período de transición que va desde modalidades de alojamiento aún caracterizadas por el encierro y la tutela de los pacientes en tratamiento (en instituciones donde el encierro prolongado se presenta como estrategia fundamental para el abordaje de los padecimientos subjetivos),

¹ El presente artículo fue reescrito sobre la base del Trabajo Integrador Final de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (cohorte 2012–2014) “Mapa de una frontera en el tránsito social de dos culturas. Reflexiones provocadas por la participación en un Programa Interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales –PSLM”. (año 2017) del que soy autora y fue dirigido por el Dr. Claudio Cúneo.

² Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria. Trabaja en un Centro de Salud de atención primaria y cumple función en Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales, en la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

hasta estrategias respetuosas de los derechos humanos donde no se prohíbe la internación en instituciones específicas, sino que se establece que estas deben respetar la condición de sujetos de los pacientes y su dignidad, considerando a estos protagonistas de su propio destino y no objeto de manipulaciones y/o imposiciones arbitrarias.

Palabras clave: Cultura manicomial – Instituciones totales – Prácticas subjetivantes.

Summary

This presentation collects some of the developments of the final work done for the Postgraduate Course of Specialization in Clinical, Institutional and Community Psychology. It addresses the results of the Inter-ministerial Program for the Substitution of Psychiatric Logics; it has been carried out in the Province of Santa Fe since 2012. The purpose is to review the chronic hospitalizations in mental health in private and public institutions in the province. It seeks to promote an individual tailor health system in order to strength the implementation of the mental health policy established in the Provincial Mental Health Act 10772/91, its Regulatory Decree /2007 as well as the National Law on Rights to Mental Health Protection N° 26657/10 and its Regulatory Decree/2013 in accordance with the International Human Rights Treaties with constitutional basis. A general analysis of the results of this inter-ministerial report leads us to consider that there is currently a transition period that ranges from accommodation modalities still characterized by confinement and guardianship of patients in treatment –in institutions where prolonged confinement is presented as a fundamental strategy for addressing subjective sufferings–, to strategies that respect human rights –where placement

in specific institutions is not prohibited, but it is established that they must respect the dignity of patients, considering them as protagonists of their own destiny and not subject to manipulation and/or arbitrary impositions.

Keywords: Psychiatric culture – Total institutions – Subjective practices

Introducción

El presente artículo reúne algunas reflexiones que se motivaron a partir de la implementación de un Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales (PSLM/ Disposición del IAPOS N°000037/2012) cuya misión es revisar las internaciones crónicas en salud mental en clínicas privadas y públicas de la provincia de Santa Fe, con el objetivo de garantizar que los dispositivos de internación de salud mental ajusten sus intervenciones y modalidades de atención para los padecimientos subjetivos a lo dispuesto en el marco legal vigente en materia de salud mental.

Esta experiencia viene a ilustrar que el sostenimiento del manicomio va más allá de su cierre, reforma o adecuación de un espacio físico dedicado a tal fin. Con el objetivo de demostrar esta afirmación se caracterizarán, por un lado, las modalidades de las prácticas en los tratamientos que reciben quienes se encuentran viviendo en las instituciones psiquiátricas de la provincia de Santa Fe y, por otro, se indagará sobre qué dispositivos intervienen en la externación, en aquellas situaciones que se logra, explorando, también, las lógicas subyacentes en las externaciones dadas en el marco del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales.

El producto del trabajo en el programa constituye la oportunidad de indagar respecto de algunos efectos y dificultades que aparecen en la experiencia clínica en tensión con la di-



námica institucional, sociopolítica y familiar. De esta manera, sobre ese núcleo de análisis se intenta esbozar en este artículo ciertas condiciones institucionales y clínicas a considerar en la deconstrucción de lógicas manicomiales.

El instrumento para la obtención de datos fueron las entrevistas interdisciplinarias e interministeriales con distintos actores –profesionales de las instituciones monovalentes privadas y públicas de la provincia de Santa Fe, usuarios afiliados al IAPOS que se encuentran viviendo en las instituciones monovalentes y sus familiares y o referentes afectivos o legales. Asimismo, se realizó la lectura de historias clínicas, de informes de los equipos tratantes, oficios judiciales y el acercamiento al recorte de algunos casos clínicos relevados a través de presentaciones de los profesionales tratantes y discusiones al interior y exterior del equipo interministerial. Se complementó con la consideración de documentos legales que regulan las prácticas en salud mental y el estudio y revisión de literatura psicoanalítica referenciada sobre el tema.

Presentación del Programa

En el contexto de vaivenes de reforma en salud mental de la provincia de Santa Fe, y en el afán de implementación de una política de estado en consonancia con los principios y derechos de salud mental establecidos en los tratados y convenciones internacionales y receptados por la normativa nacional y provincial, el diseño e implementación del Programa interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales (PSLM/ Disposición del IAPOS N°000037/2012), se inscribe en el año 2012 como política pública por iniciativa del IAPOS junto al Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia. El objetivo principal es garantizar

que los dispositivos de internación de salud mental, tanto en el ámbito público como privado, ajusten sus intervenciones y modalidades de atención para los padecimientos subjetivos a lo dispuesto en el marco legal vigente en materia de salud mental. Para alcanzarlo, se dispuso la creación de un equipo interdisciplinario e interministerial conformado por psicólogos/as, psiquiatras, abogados/as, trabajadores sociales y operadores comunitarios dependientes del IAPOS, de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y de la Secretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Santa Fe. A partir del monitoreo de las internaciones de afiliados al IAPOS, la propuesta fue generar un espacio instituyente y no meramente de control, aportando instrumentos para desmontar lógicas manicomiales a través de los cuales interrogar las prácticas de los profesionales responsables de conducir cada uno de los tratamientos así como el quehacer del poder judicial y de los distintos actores responsables de garantizar la salud entendida como un derecho ciudadano.

Acerca de una problemática crucial

En la historia de la psiquiatría, se llamaba manicomio a las instituciones cerradas, en aquellas donde las personas tenían fecha de ingreso, pero no de egreso. Erving Goffman desarrolla el concepto de “instituciones totales” en la década de 1960 a través de un análisis microsociológico del asilo psiquiátrico y sus efectos, para denominar a las instituciones de control y violencia. (Goffman E., 1972: p 13). Como la de Foucault, esta obra, en el marco de un movimiento político, permite concluir que el sistema totalitario no tiene un fundamento en un saber terapéutico sino en la posibilidad de manejar grandes masas. Go-

ffman, entre muchos otros temas, advertirá en este contexto, que luego de años de vivir en una institución psiquiátrica, no se puede ver ni a la persona ni a la enfermedad que la llevó al hospital; en todo caso se encuentra un producto de esa institución que totaliza a los enfermos en la enfermedad y se enraíza en el estigma social y la discriminación. Dirá que la institución total es un híbrido social donde se transforma a las personas mutilándolas de todas las marcas que tienen que ver con sus singularidades, donde lo más privado queda sometido a lo público, reduciendo así al ser humano a sus rasgos biológicos. La enfermedad aislada termina siendo una enfermedad producida, transformada por la propia intervención médica. El asilo psiquiátrico se sitúa así en un cuadro de extrema precariedad: sin cumplir la función de recuperación de los enfermos mentales, paradójicamente, pasa a ser la responsable del agravamiento de las enfermedades. La persona en situación de encierro se enfrenta con limitaciones estructurales que sólo lo habilitan a realizar allí las actividades estrictamente programadas y vinculadas con su estigma, en compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se les da el mismo trato y se requiere que hagan las mismas cosas. El lenguaje pierde el carácter de lenguaje como tal –discurso– y pasa ser constataivo sin posibilidad de subjetivación alguna. En estas instituciones, el encierro comienza a ser diagnóstico y también pronóstico, porque las dificultades que provocan las certidumbres del primero, sugieren cronicidad o deterioro y entonces el encierro termina siendo manicomial. La institución total produce algo ligado a la pérdida de nombre propio, sustituido por diagnósticos que sirven para que el paciente pueda asirse a algo. El maltrato se deslinda en tanto se rompen los lazos afectivos y la persona queda encuadrada de un modo estándar, con todas las arbitrariedades anuladoras

de la singularidad clínica de ese sujeto. “...se lo etiqueta como psicótico, esquizofrénico, maniaco, depresivo y ahí zozobra el sujeto” (Ulloa F., 2012: p 216). Lejos de que la institución represente un instrumento relativamente circunstancial para quién se propone impulsar su propio proyecto, las personas ingresan para ser provistas de una identidad prestada – paciente psiquiátrico– y se quedan internadas a vivir en la institución. Lo que la psiquiatría denominaba el “curso natural de la enfermedad, es en realidad, lo que Goffman denomina “la carrera moral del enfermo mental” (2001: p 133). Ésta comienza con la estigmatización y los procesos de “mortificación del yo”, donde se despoja al sujeto de todas sus pertenencias –soporte de identificaciones– y desbaratan o violan lo que hoy se nombra derechos de ciudadano, llevándolo a una posición de desamparo. Aquí también la historia muestra cómo a los sujetos desamparados, fácilmente se les proporciona un nuevo marco de referencia basado en un sistema de privilegios y castigos para la reorganización personal, dando lugar a la reconstrucción del yo. Ajustes a un sistema de castigos y privilegios a través de pactos personales. No hay una legalidad que atraviese a la institución sino el pacto que puedas hacer con el otro. Es decir, la sensación de estar en las manos del otro, ser objeto del otro sin lugar a los procesos de subjetivación: la ley atraviesa más allá de que uno esté de acuerdo o no. ¿Acaso esto no determina la ausencia de intercambio cultural? De acuerdo a Goffman, las instituciones totales no persiguen una victoria cultural sino que producen nuevas transacciones. En este sentido es que no hay ganancia o intercambio cultural sino que se trata de una complicidad, una dominación, perversión, utilización del otro. La ausencia de cualquier proyecto, el estar constantemente a merced de otros sin el menor estímulo personal, el tener definido y



organizado el día a base de tiempos dictados únicamente por exigencias institucionales que no tienen en cuenta al sujeto y las circunstancias particulares de cada uno, constituye el esquema institucionalizante que conforma la vida del manicomio. Inevitablemente, quienes se encuentran en estas condiciones, tienden a esperar soluciones imaginarias a sus problemas, sin que estas dependan de su propio esfuerzo. En dichas instituciones, y en prácticas que sostienen estas lógicas, donde lo establecido asume la rigidez cultural propia de la mortificación que coarta (encierra) a los sujetos y da paso a la resignación, se aplica el paradigma que Ulloa denomina “encerrona trágica”. La imposibilidad de substraerse de la escena se da cada vez que alguien para vivir –amar, divertirse, trabajar, estudiar, tramitar, recuperar salud, transcurrir su vejez, tener una muerte dignamente asistida– depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo destrata, negándolo como sujeto. Dicha imposibilidad se estructura en dos lugares, dominado y dominador, sin tercero mediador a quién apelar, alguien que represente una ley que garantice la prevalencia del trato justo sobre el imperio de la brutalidad (Ulloa F., 2012: p 168).

El mismo autor dirá que las instituciones totales hicieron soporte a una cultura depositaria y de exclusión a la que nombra como cultura manicomial. Al referirse a las instituciones totales, no utiliza el parámetro de la internación para tal calificativo, sino la modalidad de pertenencia que los miembros establecen con la institución. La institución total forma parte de la cultura manicomial en tanto no existe ningún espacio para una escucha clínica, para la simbolización, ningún espacio lúdico para crear, de inteligencia, para el pensamiento crítico. Es la condición de lo humano lo que no se pone en juego, su singularidad. Esta conceptualización de Ulloa sobre cultu-

ra manicomial nos permitirá en el presente trabajo, analizar más allá de las instituciones psiquiátricas monovalentes (aún existentes especialmente en el ámbito privado en la provincia de Santa Fe), los modos de trabajo y las prácticas que se desarrollan actualmente, que no tienen que ver directamente con una institución manicomial, sino que funcionan como una lógica manicomial que opera intra y extramuros y que está presente en muchas prácticas sostenidas por trabajadores de la salud y distintos actores de diferentes sectores implicados en la construcción de salud.

Es evidente que el carácter de total de la institución atenta contra la subjetividad. El psicoanálisis recuerda que el sujeto surge de la palabra y propone una alternativa al peso angustiante del determinismo científico: construir instituciones y dispositivos que den lugar a las singularidades, ya que no alcanza solamente con el respeto a los derechos humanos. Hay que permitirle hablar al sujeto. Y esto constituye un valor fundamental en la ética de su clínica.

Se sabe que la Ley de Salud Mental establece, para el tratamiento de problemáticas subjetivas, la utilización de dispositivos alternativos a la internación. ¿Qué dispositivo podrá ser eficaz sin antes reconocer un sujeto? ¿Qué implica reconocer un sujeto de derecho? Se percibe que en muchas situaciones se piensa en los dispositivos alternativos antes que en la escucha de un sujeto. ¿Se procura incluir al sujeto en un lazo social? ¿Cómo se las arreglan estos pacientes para transitar por los distintos dispositivos propuestos? ¿Para quién es eficaz el traslado de una institución psiquiátrica a una geriátrica? ¿El medio termina siendo el fin? ¿Acaso esto no se traduce como burocracia? ¿Trae beneficios adaptarse al modelo de tratamiento ofrecido? ¿esto da lugar a una subjetividad del paciente?

Respecto al lugar de los profesionales

¿Hay algo a nivel del deseo? ¿Se esperan curas? ¿Qué están haciendo los distintos actores responsables de un tratamiento? ¿Cuáles serían las modalidades que agujerean el amorfo institucional? ¿Cómo otorgarle un lugar de transmisión a aquellos profesionales que logran agujerear dicho amorfo?

De internaciones manicomiales al tránsito de las singularidades en la provincia de Santa Fe

Los datos del presente informe son el resultado de una recolección que implicó salidas a terreno del equipo interministerial con la finalidad de trazar una aproximación del lugar en que viven muchos afiliados al IAPOS, quiénes se encuentran totalmente adentro – encerrados en una Institución total (Goffman E., 1972: p 13)– de alguna clínica psiquiátrica de la provincia de Santa Fe. Se trata de una población de 179 usuarios, 85 mujeres y 94 varones distribuidos en 14 instituciones psiquiátricas auditadas.

Al momento de dicho relevamiento, en su mayoría, quienes se encontraban viviendo en alguna de las instituciones psiquiátricas de manera crónica, tenían entre 40 y más de 60 años de edad. De una población total de 179 se encontraron, en el rango de más de 60 años, 75 personas: en el rango entre 40 y 59 años, 71 personas; mientras que en el rango de 20 a 39 años se situaban 30 personas y 3 menores de 18 años.

El 66% de los usuarios entrevistados –representados por 118 de 179– llevaban más de cinco años de internación (cabe aclarar que muchos de ellos, llevaban en realidad más de dos décadas de internación con fechas de ingreso a la institución que data en los 90’), un 24% de los internados entrevistados, usuarios de Iapos, llevaban entre dos y cinco años de

internación y sólo un 10% hacía más de un año y menos de dos, que se encontraba internado en una Clínica Psiquiátrica.

Sobre la base de la revisión de historias clínicas y de las entrevistas a familiares, a profesionales de la institución y a personas institucionalizadas en una primera etapa del trabajo del programa, podrían deducirse algunos indicadores de prácticas propias de un sistema totalitario en el que se encuentran atrapados muchos de los usuarios internados en las clínicas psiquiátricas visitadas de la provincia de Santa Fe.

- *Desconocimientos y mitos sobre los pacientes:* Cada miembro de la clínica va agregando algo sobre la anécdota y creación mítica de la historia del paciente. En las transmisiones de las historias personales de los pacientes crónicos advertimos que se desconoce casi todo de esa persona, tanto de su historia previa a la llegada de la Institución como de su recorrido por la institución.
- *Prevalencia de un tributo a la peligrosidad:* Una supuesta peligrosidad con sustento en conductas desplegadas por la persona años atrás, y que motivaron en algunos casos la internación por orden judicial, continúa siendo fundamento para sostener las internaciones.
- *Historias clínicas con registros exclusivamente de medicalización.* Datos esenciales no consignados o confusos. Ausencia o escasa información social y/o de oficios judiciales.
- *Atención centrada en psicofármacos.* En muchas situaciones nos hemos encontrado con un abuso del profesional en la administración del psicofármaco. ¿Un instrumento de defensa frente a un posible trabajo transferencial por parte del paciente? Cabe aclarar que



creemos que el trabajo con la palabra no tiene por qué impedir la necesidad de un medicamento ya que puede intervenir como limitador de lo que el psicoanálisis conceptualiza como un goce que invade al sujeto, cuando se enfrenta a los efectos del retorno en lo real de lo no simbolizado.

- *Continuación de internación definida por criterios familiares*: “No puede mandármelo a mi casa”, “De ninguna manera él se va a ir de la clínica porque el acá está tranquilo”, “No puedo dar el alta porque el familiar me pone un amparo”, dice un director de clínica.
- *Versiones que supuestamente legitiman el destino de excluido*: algunas muletillas: “Aquí está mejor porque está bien cuidado”, “Lo que el necesita es estar aquí porque no le gusta estar en casa”, “Tiene que estar internado porque es agresivo y puede matar a alguien” aunque quizás lleve años sin visitarlo. “Ustedes saben cómo manejarlo”, suelen decir los familiares, como si el enfermo fuera un extraño desconocido. A modo de un pacto perverso entre familiares y clínica, la clínica hace de cuenta que cumple con su función de curar cuando en realidad se complementa con el mandato familiar y social de aislar al enfermo.
- *Diagnósticos irreversibles e irrevisables*. El psiquiatra piensa que el fármaco tiene el poder de solución que el espacio de la palabra y el tiempo, no. La lógica asistencial sigue gobernada por el modelo de la solución quedándose en la impotencia. El que encierra termina encerrado.
- *Presentación y consistencia de la internación como un lugar de encierro*. Se continúa hablando de la internación como lugar

para estar y en ningún caso los equipos de salud han presentado o transmitido a los familiares que la internación es un último recurso y que es un recurso sólo en cuanto tiene un tiempo determinado.

- *Usuarios que tienen el alta institucional y no tienen dónde ir*. Las cuestiones de índole sociales –la persona no tiene a dónde ir– siguen constituyéndose como factor de prolongación de la internación.
- *El mercado como principal regulador económico de un tratamiento*. Hemos constatado la presencia de abordajes que excluyen sistemáticamente al sujeto de la palabra y del deseo. Existe una hegemonía del discurso de la psiquiatría, psicoterapias conductistas–cognitivistas y, fundamentalmente, el discurso del mercado: distintos directores de clínicas psiquiátricas reclaman y nos dicen “Ustedes me castigan y castigan a la clínica. Si me sacan más pacientes tengo que cerrar la clínica”, “No es negocio si me piden que externe y me suspenden los ingresos”.
- *Ausencia de articulación clínica–jurídica*. No existe en ninguno de los casos trabajo conjunto entre el equipo tratante y las instancias judiciales que participan. No se realizan informes a los jueces sobre el estado de las personas, ni tampoco se registran solicitudes de parte de los magistrados de informe alguno.
- *Ausencia o dificultades notorias en el diseño e implementación de estrategias que promuevan la integración familiar, laboral, singular y comunitaria* de los pacientes, ni de aquellas que se orienten al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales. En la mayoría de las clínicas revisadas no se ha dado a conocer un plan o programa, dispositivos o estra-

tegiás terapéuticas acordes a cada situación.

- *Predominio de una lógica asilar.* Cuesta erradicar la función de “hotelería” y la aplicación del tratamiento medicamentoso como único proyecto terapéutico.
- *Ausencia de derechos* tales como elegir a qué hora levantarse, a qué hora comer, cuándo dormir. Sin elegir no hay nada para decidir.
- *El alta de la internación ha sido confundida, por parte de los equipos tratantes, con el alta del tratamiento,* mientras que lo que se propone es en realidad la necesidad de continuar el tratamiento bajo otra modalidad.
- En muchas clínicas *no hay, o son escasos los profesionales psicólogos o trabajadores sociales.* “No podemos incorporar profesionales psicólogos o trabajadores sociales porque no da el presupuesto”, dice un médico director de una clínica psiquiátrica. Los casos en que se han incorporado profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, etc.) fue con el fin de obedecer superficialmente lo postulado por la Ley sin que esto se tradujera en un cambio de paradigma en las prácticas clínicas.
- *El concepto de salud mental se encuentra totalmente fragmentado en oposición al concepto paradigmático de salud integral.* En la mayor parte de las clínicas privadas visitadas en el marco del PSLM, uno de los graves problemas planteados, es que cuando un usuario internado crónicamente sufre una quebradura de cadera o padece una enfermedad pulmonar por las que requiere algún tratamiento puntual, no puede acceder a su atención. Esto se debe a que no cuenta con nadie quien pueda realizar dicha

articulación ni acompañarlo en la salida que requiera el diagnóstico o tratamiento de esa situación. En el discurso de los trabajadores de muchas de las clínicas psiquiátricas, intervenciones como esas no les corresponde porque sólo se ocupan del padecimiento psíquico y, por otra parte, los familiares dada la cronificación de la internación, en muchos casos han perdido todo tipo de lazo con el usuario.

- *Ausencia de trabajo entre varios:* Predomina el desarrollo de un trabajo fragmentado y centrado en las disciplinas y no en la subjetividad del paciente. En las entrevistas con el equipo tratante, sólo en dos clínicas privadas y en el hospital público pudimos conocer el trabajo de un equipo interdisciplinario.

Y así se podría seguir apuntando indicadores de tinte manicomial que sustentan una lógica arrasadora de subjetividad. Indudablemente en el mercado, la salud mental sigue teniendo que ver con asegurar el silencio del otro, ordenando y distribuyendo los cuidados psiquiátricos. Se gana menos dinero con los derechos.

Pese a todo esto, nuestras conclusiones no son fatalistas ni extremadamente pesimistas; consideramos que experiencias de trabajo como las de este equipo, periódicamente realizadas, contribuyen a garantizar la implementación de políticas públicas que respeten el derecho a la salud de las personas más vulnerables, por ejemplo, en este caso, a los usuarios del sistema de salud mental.

Mientras que las normativas vigentes en términos de salud mental e internaciones plantean una lógica del no todo, articulada en un concepto de salud desde el paradigma del Sujeto de Derecho, son los usuarios quiénes se encuentran en la boca de los indicadores puntuados. Una boca institucional estragante,



objetivante que coloca al usuario en una encrucijada sin salida.

¿Qué función tercera puede interpelar y producir allí otro lugar para el loco? ¿Cuáles serían las vías alternativas que orienten y regulen en el amorfo y en el estrago de la Institución Total?

Imperiosamente tenemos que pensar en otras salidas, distintas al encierro, al lugar de lo clasificable y manicomial. Necesariamente tenemos que producir una escansión que perfore las fronteras del todo y permita que circulen las singularidades en un afuera subjetivante.

¿Externación manicomial?

De acuerdo al desarrollo y seguimiento del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales al momento de escritura del trabajo del cuál se desprende este artículo, se puede hacer referencia a que de 179 usuarios evaluados, 31 egresaron de la institución en el año 2016, de los cuáles: dos asumieron un alta voluntaria, tres fueron derivadas a otra clínica psiquiátrica monovalente y sólo 23 concretaron un plan propuesto por el equipo tratante de las clínicas. En dichos planes se implicaron los siguientes dispositivos:

- 11 personas fueron derivadas a Geriátricos,
- 5 regresaron a sus hogares familiares continuando tratamiento ambulatorio,
- 5 comenzaron a concurrir a un centro de día,
- 2 se derivaron a Hogares para personas con Discapacidad.

Se sabe que concretar una externación no se traduce necesariamente en un cambio en la lógica manicomial. Asimismo, no se ha podido verificar un cambio de posición subjetiva en algunos de los casos precedentemente

señalados como externados de la institución psiquiátrica.

Cabe aclarar que a partir de los inicios del año 2017 se dio una vuelta más a la política del programa poniendo a disposición de los usuarios la financiación de todos los recursos necesarios a los fines de concretar aquellos planes terapéuticos que implicasen la ampliación de derechos. Entonces se pudo pensar, por ejemplo, para una usuaria, la financiación de una pensión y la continuidad de su tratamiento en forma ambulatoria. Para otros, la salida de la internación fue la propuesta de un geriátrico como lugar de vivienda, pero con la evaluación de equipos de otros profesionales que puedan evaluar si eso realmente tenía que ver con una posibilidad de vivificar al sujeto. Dichas evaluaciones de estos *terceros equipos* eran cotejadas con las propuestas de los profesionales de las clínicas y supervisadas en el programa. Y de ese modo se posibilitó dar un paso en aquellas situaciones en las que de no contar con dichos recursos la impotencia redoblabla el encierro.

Al momento en que se escribía el trabajo del cual se desprende el presente artículo, hubo algunas situaciones en las que, a mi entender, un efecto de sujeto producto de la transferencia y de las intervenciones permitieron a los usuarios mudarse a otro lugar en el sentido más amplio del significante mudar: un lugar en el afuera de la institución, una escansión al *todo adentro* de la internación que tuvo como consecuencia, en esos casos, el efecto de un trato subjetivante.

Ante la pregunta a los equipos tratantes acerca de la participación de los usuarios respecto a algún cambio de dispositivo en sus tratamientos, nos hemos encontrado en algunos casos con un discurso totalmente objetivante, que lejos de habilitar a un sujeto, vuelve a segregar y a expulsar: “Lo ponemos en un geriátrico”, “Aún no le dijimos al paciente que

se va a ir de acá”, “No creo que quiera irse porque acá está cómodo”. ¿Quién es el que está cómodo?

Enrique Rivas (2007) acude al concepto de triple segregación para referirse a una repetición que suele jugarse en el tratamiento del sujeto tratado en una institución de salud mental. Dice que “donde su palabra se reduce a la desautorización, se reitera un mensaje de no-reconocimiento como sujeto de la palabra, del deseo, de la responsabilidad y del derecho” (p. 105). Infiere de este modo una desinserción simbólica que viene a duplicar su fracaso simbólico estructural –en el caso de la psicosis–, es decir, su falla simbólica central que implica la no inscripción de la función paterna, la forclusión del significante del nombre del padre, función central que distribuye y ordena las significaciones del sujeto. Doble segregación entonces, que viene a materializar la exclusión. Rivas (2007) advierte que de no tener en cuenta dicha falla estructural se corre el riesgo de responder a la demanda con una afirmación diagnóstica y terapéutica alienante que viene a reduplicar, esta vez como triple, el rechazo que el otro infiere al sujeto psicótico. Por eso, dirá el autor, el objetivo del trato con el psicótico en los dispositivos de escucha e inserción del mismo en los recursos asistenciales comunitarios fecundados por la enseñanza del psicoanálisis sería “romper o desactivar este circuito de triple segregación o expulsión del sujeto” (p. 118). Propone, entonces, pensar los dispositivos que ofician un corte allí y ofrezcan la inclusión en una nueva red simbólica ortopédica, sustentada por la estructura dialéctica del equipo del recurso asistencial y la escucha psicoanalítica, tanto en dispositivos colectivos como en el trato individualizado.

En esta dirección, la llamada estabilización en psicosis “no es más que el anclaje del su-

jeto en una significación estable que frene el deslizamiento sin fin de la cadena significante” (Rivas, 2007, p. 119).

Es fundamental, entonces, deshabilitar las lógicas de prácticas que continúan excluyendo sistemáticamente al sujeto de la palabra:

- se excluye al usuario como sujeto actor y autor, es decir el sujeto de la responsabilidad en su defensa.
- hay una impostura en las propuestas de tratamientos para los malestares subjetivos al elaborar un tratamiento sobre una clasificación sintomática y una aniquilación sintomática que es lo más auténtico del sujeto: la expresión en el síntoma del real que lo constituye. En este sentido, Rivas plantea la diferencia entre un tratamiento del psicótico en la versión de la psiquiatría donde lo esencial es controlar, silenciar y corregir la sintomatología en términos fenomenológicos, y el psicoanálisis que promueve el *trato* a un sujeto en la trama del discurso y en el respeto y reconocimiento del sujeto como autor de su palabra y actor de la verdad que subyace en la misma.

Se hace crucial, entonces, habilitarnos en la creación de dispositivos donde se materialice el reconocimiento al sujeto y a sus manifestaciones discursivas, dispositivos donde se considere lo real de su disidencia incluyendo el respeto como distancia simbólica. Es, en este sentido, que ante la pregunta sobre cómo habilitar prácticas cuidadosas de las condiciones de la subjetividad ¿será el psicoanálisis uno de los discursos orientadores posible?. Anudando a su vez otros discursos, ¿será el que nos permitirá pensar al sujeto en el caso por caso en el marco de la salud entendida como derecho y por ende en el campo de políticas públicas intersectoriales?



Escansión de un todo adentro.

A la luz de los aportes de Ulloa (2011) podemos mirar los datos presentados y reconocer prácticas de tinte manicomial, en tanto arrasadoras de la subjetividad. La abolición de lo humano es lo que está en juego en lógicas totalizantes y objetivantes. Aquí, el psicoanálisis puede orientarnos en tanto sitúa que el sujeto no está definido por una norma social o moral respecto de la cual debería conformarse; “y porque procura alcanzar la existencia de ser humano emancipándose de un ideal o de un imperativo superyoico” (L’Heuillet, 2000, p. 65). Desde la perspectiva psicoanalítica la concepción de sujeto resulta incompatible con la idea de un gran todo que lo determinaría. No es la convicción de un dominio sino el descubrimiento de la propia falta lo que habilita a un sujeto el acceso a su lugar propio. Entendemos que la subjetividad, en tanto construcción histórica y social, es una formación que corresponde simultáneamente al sujeto singular y al conjunto. La producción de subjetividad en un dispositivo tiene lugar en tanto se contemplan las singularidades, los distintos modos de dar significado al mundo, distintas maneras de percibir, pensar, accionar y sentir, y las diferentes formas de existencia y de vida. Un dispositivo se torna subjetivante en tanto uno se cura de la idea de *ayudar* y aprende a trabajar juntos. Esto es, a pensar, conversar, compartir, y generar lazos donde las necesidades puedan ser tramitadas entre distintos actores y donde importan los diferentes roles. Ello es posible cuando se logra construir una trama discursiva en la que los sujetos se sienten anudados, una trama con vasos comunicantes donde ¿las? libidos vehiculicen la circularidad de la palabra y pueda irse consti-

tuyendo otro, esta vez, a través del discurso. De lo contrario, no hay intercambio, queda obturado y aislado. No tener un abordaje “en equipo” termina enfermado desde este punto de vista. El contacto con una realidad a veces tan descarnada (silenciada o no) y donde con frecuencia no hay un “cesar de repetirse” va afectando al propio profesional. No somos impermeables al objeto con el que trabajamos. Y sin embargo, ¡tenemos una ética! Fernando Ulloa (2011) contribuye con su concepto de apuntalamiento, orienta a la hora de pensar la constitución de un dispositivo. Expresa que ampliar las posibilidades de apuntalamiento subjetivo como movimiento—pasaje de un estado a otro requiere de un intermediario que sostenga “con estacas lo que amenaza derrumbarse” (p.93). Es el apuntalamiento a la cuestión de la ley lo que permite la socialización. Además, la noción de miramiento en tanto garantiza en la persona su condición de sujeto autónomo, marca la subjetividad.

¿Cuáles son las condiciones clínicas para que el cuidado de la subjetividad se ponga en juego? La clínica es estar ahí para que aparezca alguien que escuche a quién habla en el hablar. Un hablar que acontece, una disponibilidad que crea el acontecimiento. Crear las condiciones de una transferencia en los distintos espacios, talleres y actividades en el adentro de una institución y en las prácticas, donde haya lugar para un hablante y un escuchante. No hay sujeto en ninguna parte si no hay disponibilidad. “La disponibilidad crea el acontecimiento donde vive la singularidad, que está ahí siempre parpadeando”, al decir de Marcelo Percia (2013). Por ello el acontecimiento supone una ética, un estar a la altura de la demasía que recorre los cuerpos.

De lo universal a las singularidades como condición clínica de prácticas subjetivantes

Los desarrollos conceptuales de Lacan permitieron situar las diferentes estructuras clínicas como posiciones con las cuales el sujeto responde, de diversos modos, al encuentro con lo real, posiciones localizables en la transferencia. “En su conjunto las estructuras no son cuadros nosográficos o psicopatológicos sino configuraciones en las que se inscribe la posición del sujeto –sujeto dividido– con respecto a la falta –falta de objeto” (Baños, 2012, p. 54). Este modo de entender el diagnóstico producido en transferencia se aleja así de toda perspectiva que pudiera reducir el sujeto a un objeto de estudio, o a un ejemplo de una clase. No se trata, por lo tanto, de un universo cerrado de discurso. No puedo hacer un mapa ni proceder por una sumatoria de síntomas para hacer diagnóstico.

Por eso la singularidad es el modo de pensar el advenimiento de un Sujeto con derecho a la palabra. (Baños, 2012, p. 59). Es la brújula del uno por uno y el caso por caso que orienta y direcciona las intervenciones. Se trata de qué uso hacemos de los particulares y de lo que nos enseñan esos particulares, de cómo lo articulamos con lo propio de cada quién, en el caso por caso, terreno de las singularidades.

Freud y Lacan insistieron siempre en abordar cada caso como un caso nuevo. Tomado como saber anticipado, como lugar de certeza, el diagnóstico puede obturar la escucha analítica pero desconocerlo puede llevar al analista a perder su orientación en la cura. En psicoanálisis esta noción de curación así orientada se distingue radicalmente de la noción de curación en el campo de aquellas psicoterapias que ponen en primer término los imperativos de conformidad social, donde los terapeutas se convierten en expertos. Tal como Freud y

Lacan transmitieron incansablemente, la posición del analista no es de saber ni de poder. La perspectiva del psicoanálisis lacaniano no habla en términos de enfermedad ni de síntomas de una enfermedad, sino de síntoma analítico, entendido no como un dato objetivo, sino como una interrogación del sujeto sobre lo que le ocurre. Lo importante no es la fenomenología del síntoma sino lo que el sujeto dice de él. En este sentido, el síntoma analítico es siempre singular y, por tanto, también su resolución.

La práctica del psicoanálisis nos orienta en la lógica del no–todo. Para el psicoanálisis, se trata de hacer entrar en juego cada vez el no–todo para subvertir las posiciones absolutizadas y absolutizantes de cualquier ideología que quiera imponerse como única verdad. Por eso constituye una práctica desegregativa en tanto aloja a cada sujeto en su modo singular.

Reflexiones ¿finales?

Indudablemente el sostenimiento del manicomio va más allá de su cierre, reforma o adecuación. Es en este punto donde, a mi entender, se fundan muchas de las intervenciones que se realizan desde el PSLM, anudando allí algunas oportunidades de sustitución de lógicas y no simplemente de instituciones.

Caminando las instituciones psiquiátricas de la provincia de Santa Fe, se puede advertir que a más de 30 años de historia de un proceso de reforma en nuestra provincia y a 26 años de la promulgación de la ley de salud mental provincial, el sistema carcelario en salud, tal como enunciaba Foucault (2002) en *Vigilar y Castigar*, sigue imperando. Sigue vigente y no cesan de repetirse indicadores manicomiales, tal como se nombran en este



trabajo, y los efectos de la institucionalización, arrasan con la condición humana.

Una cuestión es la internación como recurso, otra cuestión es la institucionalización. La internación en salud mental no sería sinónimo de institucionalización si se la pudiera pensar en el marco de prácticas cuidadosas de la subjetividad.

Por su parte, el trabajo del PSLM ha permitido el acceso a datos concretos y fehacientes que, si bien muestran un oscuro tinte manicomial vigente aún en el contexto de reforma de la provincia de Santa Fe, expone datos necesarios para *ver y comprender* dónde estamos parados.

Se podría resumir, en acuerdo a distintos autores y con el apoyo de los mismos datos empíricos relevados en este programa, algunas instancias que hacen persistir lo manicomial como lógica emergente en las prácticas: el juicio de peligrosidad; considerar a los pacientes carentes de discernimiento desvalorizando su palabra; la necesidad de control y vigilancia de lo “anormal”; la idea de irreversibilidad y cronicidad del padecimiento.

Estas premisas, si bien fueron sustituidas en la letra de la ley, aparecen y se reproducen en la cotidianeidad misma de nuestras prácticas. El recurso de la ley jurídica no resuelve el carácter segregativo y manicomial de dichas prácticas.

Sabemos que la cronicidad en las internaciones se produce cuando lo humano se deroga; cuando ni en los equipos de salud ni en los usuarios queda esbozo de deseo alguno. Eric Laurent (2000) lo expresa así: “La cronicidad se produce cuando ya no quedan objetivos terapéuticos” (p. 37).

Prevalentemente en el sector privado, la desinstitucionalización tiende a ser entendida como una política de externaciones en un circuito de transinstitucionalización: traspaso a residencias para ancianos y otros lugares de

crónicos no psiquiátricos, es decir, solo virajes en el continuo efecto de la institucionalización. Sabemos cómo un cambio de dispositivo supuestamente alternativo a la lógica manicomial puede encausarse en un *como si* para que nada pase, derivando casi compulsivamente de una institución psiquiátrica a otra geriátrica. Agregaría más crudamente: derivación motivada por cuestiones económicas en tanto ya no es negocio un paciente crónico en un psiquiátrico.

La internación planteada como institucionalización no constituye otra cosa que un continuo de prácticas objetivantes. Desde cualquier práctica o ideología objetivante—sea adentro, sea afuera—, la externación se torna manicomial y segregativa.

En el marco del recorrido de este programa podemos visibilizar los escasos dispositivos y lugares de alojamiento y tratamiento para atender momentos de crisis y hacer lugar a padecimientos subjetivos. Asimismo, en la provincia de Santa Fe venimos siendo testigos de diferentes situaciones en las que las cuestiones financieras constituyen el fundamento de los cierres de instituciones psiquiátricas privadas; y otros casos donde no se produce el cierre, sino que las instituciones viran y transforman sus edificios sin que por ello activen una reflexión sobre las lógicas de las prácticas ¿un re–funcionamiento de las clínicas psiquiátricas? ¿sólo un cambio de la fachada? No obstante, destacamos y acompañamos aquellos equipos de profesionales quienes se proponen estrategias e inventan dispositivos que priorizan un lugar a la subjetividad de cada quién, respetando las diferencias.

Innegablemente la transición que va desde modalidades de prácticas caracterizadas por el encierro y la tutela de los pacientes, a otras respetuosas de la condición de sujetos de derechos, constituye un tránsito que exige salir del discurso totalizante y mercantilista, pensar

cómo nuestras distintas prácticas pueden influir, condicionar y a veces determinar a un sujeto.

¿Cómo desmontar los discursos que sostienen lógicas manicomiales para advertir otras posibilidades que contribuyan al desarrollo de experiencias que originen lazos y respeto por las singularidades?

Uno de los desafíos estará en pasar del campo de etiquetas, certezas, de regularidades más o menos seguras, al campo de las singularidades y de la imprevisibilidad radical de la vida cotidiana.

En este trayecto, sin dudas la locura requiere ser tratada en su aspecto institucional, comunitario, social, ideológico, político, jurídico y clínico. En el trato a los sujetos con padecimientos subjetivos, la posición y la lógica con la que alguien sustenta sus prácticas no es sin consecuencias. Son vastos y conocidos en el recorrido de este trabajo, los efectos del tratamiento de quien parte de una clínica positivista y de una posición totalizante. Si en cambio la teoría que sustenta las prácticas está basada en una ética que rescata la condición de sujetos de derechos, las consecuencias y posibilidades son bien diferentes.

Ante la pregunta bajo qué condiciones nuestras prácticas pueden brindar soportes al sujeto, la respuesta parece ser, hasta ahora, propender a prácticas humanizantes. “Cada práctica en salud debe propender a la subjetivación. Esto va desde las acciones singulares cotidianas de relación de los profesionales y el equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas” (Stolkiner, 1999, p. 94). No hay nada que pueda sustituir algo del orden de un encuentro con el otro para que desde allí se pueda construir algo del orden de la responsabilización y del lazo. Solo se puede producir subjetividad en el encuentro con otros, por lo cual amerita construir dispositivos subjetivantes que

respondan a una sociedad inclusiva de derechos humanos y produzca ciudadanos –actores sociales. Estos dispositivos deberán ser repensados una y otra vez en la singularidad de lo que van instituyendo, deberán preservar las diferencias y peculiaridades de cada uno y por ende, convocar a la creatividad. Sin dudas la noción de derechos humanos va de la mano con la gestación de políticas sociales integrales que garanticen, entre otras cosas, la creación y accesibilidad a dispositivos productores de salud, de subjetividad.

La instancia de ver y comprender la situación de las personas que se encuentran viviendo en clínicas psiquiátricas nos ha llevado un considerable tiempo. Pero ahora es el tiempo de hacer y hacernos responsables, lo que podría propiciar una verdadera sustitución de lógicas manicomiales.

Referencia bibliográfica

- Baños L., Steinberg I. (2012) *Dificultades de la práctica del psicoanálisis* Rosario: Homo Sapiens.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Fondo de Cultura económica.
- Goffman, E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- IAPOS (2012). Programa Sustitución lógicas Manicomiales. Disposición del IAPOS N°000037, Provincia de Santa Fe.
- Laurent E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Ciudad: Tres Haches.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/2010. Decreto Reglamentario 603/2013. Argentina. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Publicada en el Boletín Oficial el 03 de Diciembre de 2010.



- Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe –10772/91. Reglamentación de la Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe/2007.
- L' Heuillet, H. (2000). El psicoanálisis es un humanismo. Buenos Aires: Letra Viva.
- Mannoni, M. (1983). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- Percia, M. (2013). Apuntes de clase. Docente invitado. Seminario: Abordajes Institucionales II – Orientación Psicoanalítica. “Dispositivos de Trabajo en la Práctica Institucional y Comunitaria”. Carrera de Especialización Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología. UNR.
- Rivas, E. (2007). *Pensar la psicosis. El trato con la disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Stolkner, A. (1999). Lo transdisciplinario como momento o como producto. En *El campo psi*. Año 3 N° 11. Rosario.
- Ulloa, F. (2011). *Novela clínica en Psicoanálisis. Historial de una práctica*. Buenos Aires: del Zorzal.