



Autonomía en salud mental: recuperación de relatos y experiencias en prácticas sustitutivas¹

Autonomy in mental health: recovery of stories and experiences in alternative practices

Magalí Claros Garay²

Resumen

Este trabajo analiza los sentidos sobre la autonomía, que se construyen en prácticas sustitutivas, a partir del encuentro con sus trabajadores. Asimismo, recoge algunas referencias teóricas que abonan al sentido que adquiere el término para el campo de la salud mental.

La inquietud fundamental se orienta a conocer y analizar a qué se hace referencia cuando se habla de autonomía en salud mental y cuáles son los indicadores que se construyen al interior del campo.

Por la naturaleza del tema se utiliza un abordaje cualitativo y se realizan entrevistas semidirigidas a informantes clave, de las cuales se extraen los ejes de sentido que son analizados. Los mismos implican un deslizamiento de la definición al sentido, pasando por la idealización de la categoría y su relación con la noción de independencia. A partir de los relatos y las experiencias clínicas brindadas se ubica el valor subjetivante que supone la autonomía en relación a la capacidad de decisión y la construcción de lazos sociales en la comunidad.

En suma, este trabajo posibilita recuperar la dimensión de la autonomía como un elemento nodal para las prácticas sustitutivas, teniendo en cuenta que sus trabajadores elaboran una forma particular de comprenderla y operar con ella. De este modo, se confecciona una acepción del término que hace a la especificidad de un campo, y toma elementos de la perspectiva psicoanalítica.

Palabras clave: Autonomía – Independencia – Toma de decisiones – Vínculos sociales – Perspectiva psicoanalítica

Summary

This paper analyzes the different senses about autonomy which are built up in alternative practices. It also includes some theoretical references that support the sense that the term acquires for the field of mental health and among their workers. Due to the nature of the topic, a qualitative approach is used and semi-addressed interviews are conducted to key informants, from which the axes of meaning

¹ El presente artículo fue escrito sobre la base del Trabajo Final Integrador (TIF) de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (UNR) del que soy autora y que fue dirigido por Mariana Chidichimo.

² Psicóloga. Especialista en Psicología clínica, institucional y comunitaria. Universidad Nacional de Rosario. Actualmente trabaja en el consultorio particular y desempeña tareas como acompañante terapéutica en efectores públicos de la provincia de Santa Fe. Dirección provincial de Salud Mental. Correo electrónico: maguiclaros@hotmail.com

that are analyzed are extracted. They slide from the idealization of the category to its relation with the notion of independence. Based on the stories and clinical experiences provided, the subjective value of autonomy in relation to decision-making and the construction of social bonds in the community is located. In short, this work makes it possible to recover the dimension of autonomy as a nodal element for alternative practices, taking into account that its workers elaborate a particular way of understanding and operating with it. In this way, an understanding of the term is created and makes the specificity of a field taking elements from the psychoanalytic perspective.

Keywords: Autonomy – Independence – Decision making – Social bonds – Psychoanalytic perspective

Introducción

El presente artículo se construye como una reescritura del Trabajo Integrador Final (TIF) de la carrera de Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. En dicho TIF se aborda la noción de autonomía para el campo de la salud mental, utilizando como técnica de recolección de datos entrevistas a trabajadores de dispositivos sustitutivos. El abordaje a la temática aquí desarrollada es parcial y debe ser situada en el momento histórico en que es producido, es decir, 2015–2019.

Para el arribo a la problemática es necesario mencionar dos experiencias significativas que funcionaron como incubadora de inquietudes: por un lado, la experiencia realizada en un hospital monovalente y las preguntas que allí aparecieron en el trabajo con personas con muchos años de internación e intentos de externación; y por otro, los dispositivos públicos de asistencia que se plantean como espacios sustitutivos al manicomio y la articulación con ellos.

Dado que la Ley de Salud Mental y Adicciones (N°26.657) estipula la internación como el último recurso al cual apelar, la pregunta por cómo asistir al padecimiento subjetivo en la comunidad, incluyendo a la población que aloja y produce el manicomio, resulta una preocupación. Así, generar estructuras y prácticas sustitutivas acordes a la ley vigente no solo implica reducir las internaciones y promover los tratamientos ambulatorios, sino también pensar las externaciones, las condiciones de vida y de inclusión a la trama social de una población que aún hoy es denominada crónica³.

A lo largo de las experiencias mencionadas, la pregunta sobre la autonomía de los pacientes se presentó de modo recurrente. En los equipos de trabajo este interrogante se formulaba, fundamentalmente, en relación a los procesos de externación y, también, ante la posible incorporación del usuario a un dispositivo sustitutivo. Entonces ¿A qué se hace referencia cuando se habla del grado de autonomía de alguien? ¿Qué indicios o indicadores se construyen en torno a la autonomía en salud mental?

Hay que considerar que generar autonomía es uno de los objetivos de la Reglamentación Ministerial (2015) de los dispositivos sustitutivos de la provincia de Santa Fe –expediente N° 00501–0142655–7/ Reglamentación: 0006,0007– y además encontramos referencias a esta categoría en las leyes vigentes en materia de salud mental. La resolución ministerial N° 0007 refiere: “que entre los objetivos se encuentran: la producción de salud a partir del lazo social [...], fomentar la

³ Gran parte de la población denominada crónica cursa internaciones prologadas en instituciones de carácter asilar. Estas internaciones tienen efecto en las subjetividades de quienes las cursan, siendo sujetos con un gran arrasamiento subjetivo, tendiente a la institucionalización y con pérdidas significativas de prácticas, hábitos y costumbres cotidianas por fuera de la lógica manicomial.



máxima autonomía posible para cada uno, teniendo en cuenta que se trata de personas con trayectorias de vida atravesadas por la institucionalización, por el aislamiento y historias de desafiación” (Ministerio de salud, 2015, p 1).

En virtud del marco regulatorio y las inquietudes aquí planteadas se exploran los sentidos que los trabajadores construyen en relación con la noción de autonomía, a partir de entrevistas a informantes clave respecto de prácticas sustitutivas. Estos sentidos son comprendidos a partir de las conceptualizaciones de Rockwell (2005 y 2009) y Achilli (2010) quienes retoman a Gramsci. Desde esta perspectiva, las construcciones de sentidos suponen concepciones heterogéneas, disgregadas y contradictorias que derivan de una multitud de situaciones y experiencias. Así, lejos de buscar sentidos unívocos y construcciones lineales, se bucea en las contradicciones y ambivalencias que estos implican, comprendiendo que la palabra está investida de sentidos dependientes del contexto espacio-temporal, las circunstancias enunciativas, la esfera de comunicación, y la orientación hacia el interlocutor, dichos sentidos son únicos cada vez (Rogieri, 2011). De este modo, se establece que en cuanto a la autonomía, no se construye una definición unívoca del término sino redes de sentidos polisémicos que los trabajadores van construyendo en sus prácticas.

En cuando a los ejes de sentido se puede establecer que existe una relación y contraposición a la idea de independencia –en vinculación a la autonomía– que atraviesa todas las entrevistas. Al mismo tiempo, la idealización se construye como un eje de sentido que los trabajadores ponen de manifiesto para poder reflexionar al respecto, así como también se expresa el valor subjetivante que implica la autonomía si se la entiende como la capacidad de decisión, sostenida en el lazo social en la comunidad.

1. Relatos sobre la autonomía: de la definición al sentido

1.1 De la independencia a una construcción en la experiencia

Para comenzar, quisiéramos evidenciar dos líneas de sentido que pueden reconstruirse a partir de los relatos de los trabajadores. Por un lado se da cuenta de una forma de entender la autonomía, ligada fundamentalmente al ejercicio de independencia de alguien, relacionado a gestos o acciones del orden del cotidiano como son “tomarse un colectivo”, “prender una hornalla”, “hacer uso del dinero”. Puede observarse que esta comprensión es homóloga a la definición de diccionario, de donde se extrae que autonomía es la facultad para gobernar las propias acciones sin depender de otro y es sinónimo de independencia y libertad (Moliner, 1967).

Por otro lado, se propone que la autonomía no tiene que ver con un “hacer en soledad” –o con la ejecución de acciones como las anteriormente mencionadas–, sino con una operatoria singular que se construye en el lazo con el otro⁴.

A partir de estas dos coordenadas se esgrime el sentido propio para el campo de la salud mental, al que llega este trabajo. Las experiencias clínicas relatadas nos sugieren evidenciar que estos dos núcleos de entendimiento no viajan por caminos paralelos, sino que componen una red de sentido.

La autonomía como categoría compartida socialmente, vinculada a la definición del diccionario, no es inocua para las prácticas sustitutivas, sino, por el contrario, deja sus marcas. Como dijimos, estos sentidos son recuperados –por los entrevistados– para ser resignifi-

⁴ La relación entre lazo social y autonomía será desarrollada en el apartado siguiente.

cados, a la luz del trabajo con una población específica, en un momento histórico signado por el modelo desmanicomial⁵.

Siguiendo esta línea argumentativa, resulta fundamental comprender a la autonomía como un término complejo y polisémico que, simultáneamente, proviene del campo del derecho y de la filosofía; y que, además, preexiste al campo de la salud mental. En relación a esto, un entrevistado menciona que “en cuanto al término, tiene todo un peso específico, una carga conceptual que se construye al interior de lo que denominamos un campo. Es algo que toma consistencia en la práctica pero también a partir de ciertas construcciones teóricas y esto de la autonomía no es algo que sea propio, históricamente, del campo de la salud mental”.

Cornelius Castoriadis (1984) en una entrevista que realiza en Grecia refiere que la palabra autonomía ha sido prostituida como tantas otras y que el hombre autónomo no es alguien que simplemente cumple sus deseos sin freno ni control. Lejos está el hecho de que alguien haga simplemente lo que quiera, sino que implica darse una ley pero de forma reflexiva, después de haberla debatido, es decir, puesta en tensión con otros. Así, permitiéndonos el extravío al que muchas veces las palabras nos invitan, es preciso retomar la pregunta que orienta la deriva: ¿a qué hacen referencia los trabajadores de salud mental cuando se preguntan por el grado de autonomía de alguien?

⁵ Los procesos de desmanicomialización, término que hunde sus raíces en Argentina y se desarrolla fuertemente en la provincia de Río Negro, acompañan a las iniciativas de desinstitucionalización y apuntan a deconstruir al manicomio como aparato que va más allá y excede la institución hospitalaria. Se dirige a cuestionar el saber que sustentan las prácticas tradicionales y a los modos en los que opera dicho saber, cómo lógica que trasciende el muro de la institución (Barraco, 2007).

“Lo que para alguien puede ser alcanzar un nivel mayor de autonomía, para otros es la base de su subjetividad. Me parece que es cada vez”, formula una trabajadora del campo. La autonomía se presenta como una construcción en la experiencia que no se plantea ni como punto de llegada ni como punto de partida, sino como una elaboración singular y acompañada.

En este sentido, Piera Aulagnier (1993) destaca la idea de autonomía como una condición no presente desde el inicio de la vida, sino que supone trabajo psíquico y un singular recorrido atravesado por el marco de facilitación/sofocación que aporta el otro, en vinculación a los tiempos de organización de la psique.

A continuación una viñeta clínica: en una oportunidad una trabajadora relata una experiencia en la que se acompaña a usuarios/as a la pileta durante el verano. Si bien en esa experiencia les enseñaban como llegar, es decir, como tramitar el certificado médico, que colectivos podían tomarse, donde esperarlo, que insumos eran necesarios para la jornada etc.; también y fundamentalmente se generó una grupalidad que dio lugar a que puedan seguir yendo, en otro momento, sin personal institucional. En el relato, el acento no está en la dificultad de no saber llegar, sino en dificultades de otro orden, que dan cuenta de condiciones subjetivas que requieren un soporte. Dichos acompañamiento y sostén fueron necesarios durante un tiempo hasta que los usuarios contaron con la antecedencia de haberlo realizado con ayuda y se apropiaron de esa experiencia. En consecuencia, esta práctica de carácter sustitutivo se distancia de la idea de autonomía entendida como independencia, por el contrario, se orienta a visibilizar los soportes necesarios para el ejercicio de la misma.

En suma, el recorrido precedente nos permite iluminar uno de los aspectos que conquista en su polisemia el término autonomía, es



decir, el lugar que le da al otro en el desarrollo de la misma. El camino hacia la construcción de sujetos cada vez más autónomos no es sin apuntalamiento, presencia y referencia. Tampoco se presenta como algo gradual, ascendente y sin dificultad, sino que resulta una pretensión del trabajo clínico artesanal a partir de las posibilidades de cada quien. De este modo, no busca acciones preestablecidas de antemano aunque estas expectativas tienen un lugar no negado, sino, más bien, problematizado.

1.2 Autonomía como ideal. Procesos de subjetivación en la búsqueda de indicadores de autonomía

La autonomía también se presenta como un ideal a trabajar, en una doble dimensión. Por un lado, como ideal de los trabajadores a la hora de diseñar las estrategias clínicas, y por el otro, como ideales o expectativas sociales para quien tiene algún padecimiento subjetivo y sus entornos. Si bien el ideal profesional aparece con mayor jerarquía e importancia, los trabajadores, como sujetos inmersos en la cultura, son permeables a las expectativas que la sociedad supone. No es sin estos influjos de ideales que la clínica ubica su norte al comando de la escucha singular.

Del material recolectado, se extrae que tanto los ideales profesionales como las expectativas sociales dificultan la posibilidad de generar autonomía. Ahora bien, ¿de qué modo? Hay quienes sostienen que la exigencia de autonomía puede provocar que las personas se queden solas con lo que les pasa. Esto se produce cuando —en virtud de estos ideales— hay una retirada de las apoyaturas necesarias que requiere un usuario para su vida, quedándose sin la posibilidad de trabajar con otros sus dificultades y posibilidades.

Entonces, ¿de qué manera apuntalar un

proyecto de autonomía que escuche los deseos y las posibilidades de cada quien pero que, además, no desestime los influjos y pretensiones culturales ejercidas sobre ellos? Parecería que la exigencia de autonomía se funde con la expectativa de “normalidad”, es decir, la pretensión de sujetos independientes que puedan llevar la vida con la menor necesidad de la otredad, como si eso fuera criterio de normalidad. Hay quienes afirman que bajo estas expectativas se velan principios liberales y que quienes trabajan con el sufrimiento subjetivo deben estar advertidos. Asimismo, se sostiene que no porque alguien necesite mucha ayuda o presencia eso implica “desautonomizarlo” y “desubjetivarlo”.

También se plantea que la idealización de la autonomía es una obturación en los procesos subjetivantes, en la medida en que, cuando se presenta su idealización, predomina lo “estético” o la apariencia, lo que puede ser observado desde el entorno y no lo clínico como capacidad de escucha de lo singular. En este sentido, se presentan a modo de ejemplos situaciones en donde los sujetos parecerían autónomos, es decir, demandan poco y pueden resolver solos gran parte de su existencia. Sin embargo, esto no da cuenta de su autonomía, dado que no es una categoría observable al modo de un fenómeno perceptible a la mirada, sino que es necesaria una escucha específica y sensible a las particularidades de cada situación. Sin caer en generalidades, a partir de este trabajo se recogen relatos de situaciones de usuarios en situación de calle que pueden resolver complejas dificultades de la vida en soledad y, sin embargo, no se puede decir que son autónomos ya que algo del desamparo⁶ les sucede.

⁶ Aquí se utiliza la palabra desamparo en sentido corriente, no dando cuenta de la categoría conceptual que desarrolla Donald Winnicott.

En las entrevistas realizadas hay quienes afirman: “Que se lo vea autónomo o tenga semblante del ciudadano común no necesariamente da cuenta de su autonomía, tal como intentamos entenderla en el dispositivo”. Entonces, ¿cómo construir lecturas de indicadores que den cuenta de la autonomía y no de cierta apariencia que tendería a normalizar la diferencia?

Se puede aproximar que no es si alguien puede o no ejecutar ciertos actos que suponen autonomía sino cómo se implica en estos actos. “La autonomía implica entenderse como un sujeto que juega un rol en su vida”, dice una trabajadora al concluir la entrevista. Asimismo, otra entrevistada comenta: “Una apuesta subjetivante tendría que ver con hacerse sujeto de ese hacer”.

De este modo, entre la producción de autonomía y los procesos de subjetivación, aparece la posibilidad de decisión como un indicador importante a la hora de pensar la categoría. “La institución (el manicomio) arrasa con muchos de los elementos de vida cotidiana y los procesos que se intentaron armar en la lógica de la sustitución buscan ofrecer la posibilidad de elegir”, afirma una entrevistada. La capacidad de decisión se configura como una pista sobre la autonomía. Esto permite a los trabajadores tomar distancia de la mirada que observa y/o evalúa el grado de autonomía del usuario, acorde a parámetros sociales, e invita al ejercicio de la clínica como capacidad de escucha.

2. Aislamiento social, sufrimiento subjetivo e internaciones prolongadas en la construcción de autonomía a partir del lazo social

A continuación se ubican algunas de las dificultades relevadas en la producción de la-

zos sociales en los usuarios de salud mental:

- Los entrevistados refieren situaciones en que por los años de hospitalización se ha deteriorado el lazo con la comunidad y el grupo de pares. En estos casos se relatan los efectos cronificantes de las instituciones asilares y la institucionalización como dificultad.
- Se afirma que en algunos casos el padecer subjetivo implica una dificultad para el lazo con el otro. Aquí se menciona la estructura y el sufrimiento psíquico como obstáculo.
- Se destaca cómo actitudes segregatorias hacen que ciertas personas no se sientan cómodas en espacios comunes. Esto dificulta su participación y, por consiguiente, la construcción de lazos sociales. Aquí aparecen relatos de discriminación, falta de entornos inclusivos y aislamiento por sobreprotección.

Comenzaremos por la dificultad que prevalece en las reiteraciones discursivas, entendiendo que esta recurrencia orienta las preocupaciones actuales del campo. Así, se sostiene que las prácticas instituidas en el hospital monovalente generan pérdida de autonomía, lo cual se relaciona con el hecho que cuando alguien transita una internación todo su cotidiano está regulado, procurado y administrado por otro. “Las internaciones en el monovalente es todo lo mismo para todos. El circuito diario está absolutamente definido por otro y esto arrasa con la autonomía, arrasa con el sujeto en sí mismo”, comenta una entrevistada.

La organización hospitalaria genera dependencia y pérdida de autonomía en gestos tales como comer lo mismo a la misma hora, no poder cocinar por sí mismos, despertar y acostarse todos juntos, entre los argumentos más mencionados. La administración y regulación del tiempo ajeno se ubica como una



restricción⁷ en las capacidades de quien transita una internación prolongada.

Podemos visualizar que, en muchos casos, se da una respuesta generalizada y homogeneizante a situaciones diversas y singulares. Pero también se presentan situaciones e intervenciones que van a contrapelo de la lógica imperante y que intentan desandar la inercia manicomial, teniendo como horizonte la producción de otro tipo de subjetividad, efecto de prácticas sustitutivas.

En consecuencia, si la autonomía implica poder darse la propia ley pero de forma reflexiva, tomando las palabras de Castoriadis (1998), la imposición y el lugar signado por la pasividad que se les da a los/as usuarios/as en este tipo de instituciones irían en detrimento de poder hacerse sujetos autónomos.

Pero además, nos encontramos con relatos de situaciones en que sin haber transitado internaciones en hospitales psiquiátricos, los sujetos encuentran dificultades para el desempeño de su autonomía. Si bien las internaciones tienen efectos complejos para quienes están transitando algún padecimiento subjetivo, la autonomía, en su perspectiva deficitaria, se vincula al aislamiento y cuidado excesivo por parte de los familiares de los usuarios de los dispositivos sustitutivos. De esta manera, se describen prácticas intrafamiliares que reproducen la lógica manicomial y limitan la posibilidad de establecer vínculos entre pares. En ocasiones, el entorno de quien tiene algún padecimiento subjetivo posee una mirada descalificante que le supone una imposibilidad para el desarrollo de las actividades cotidianas. Esto pone en evidencia como el tutelaje paternalista se hace presente intra y extramuros.

Es prudente considerar que más allá de las

particularidades de las situaciones, la sociedad en su conjunto es reproductora del estigma social. De esta forma, refiere una entrevistada: “Muchos de los usuarios no tienen la práctica de hacer sus propias cosas, lo básico. Siempre dependiendo de otros. Esto tiene que ver con otras cosas más allá de la estructura. La mirada de la familia, la dificultad en el lazo, los entornos excluyentes imposibilitan más a esa persona que lo que en realidad, por su padecimiento, puede o no puede hacer. Hay mucha gente que hace tratamiento ambulatorio que solo interactúa con su núcleo familia, no tiene lazos por fuera, no asiste a espacios sociales de otras características”. Entonces, podemos afirmar que la construcción de sujetos cada vez más autónomos implica desarraigar las prácticas tutelares, no para quitar las apoyaturas y presencia significativas, sino para que las mismas funcionen como sostenes de cuidados.

3. Referencias al lazo social en la construcción de autonomía

Tal como introdujimos en un apartado anterior, en los relatos analizados se observa un deslizamiento argumentativo o asociación entre la producción de autonomía y la posibilidad de “restablecer los lazos sociales”, y la idea de “fortalecimiento de los vínculos”. De este modo, es necesario indagar qué relaciones se establece, en el campo de la salud mental, entre lazo social y producción de autonomía.

En su libro *Pensar sin Estado*, Ignacio Lewkowicz (2004) trabaja el concepto de lazo social definiéndolo como una ficción eficaz de discurso que hace que un conjunto de individuos constituyan una sociedad. Es el lazo que establece la forma de ser hombres, que no depende de una voluntad individual, sino de

⁷ Se enfatiza que la organización hospitalaria con su “para todos lo mismo, del mismo modo” genera restricción de ciertas capacidades que la organización social brindaría y el manicomio dificultaría.

una situación sociocultural que instituye una sociedad y una manera de ser hombres acordes a esa sociedad.

En sintonía con dicha definición, hay trabajadores que entienden a la autonomía como una herramienta para permanecer en el marco de las convenciones sociales. La posibilidad de establecer acuerdos de convivencia a partir del lazo con otros se configura como un posible indicador de autonomía.

En torno a la relación entre producción de autonomía y lazo social una entrevistada refiere: “La convivencia ofrece el territorio para armar una trama social y así se configura la chance para el lazo con el otro. En el lazo social, el sujeto se recorta por diferenciación. Este es el modo que tenemos para pensar la configuración subjetiva, es decir, en la diferencia. La autonomía es el resultado de una apuesta, es una construcción que surge de la diferencia con el otro en la cuestión del lazo social”.

Al mismo tiempo, en las entrevistas se destaca la importancia que se le otorga al hecho de que los usuarios puedan establecer relaciones interpersonales y con el afuera de las instituciones. Pero ¿de qué afuera se trata? Cuando se habla de afuera se hace mención a situaciones de internaciones prolongadas donde se busca restablecer el lazo con la comunidad o bien establecer cierto circuito de pertenencia y referencia extramuros para restituir algo que el encierro obturó. Este afuera no solo se presenta como una exterioridad de las instituciones, sino también una relación con la otredad y la comunidad que brinda posibilidades para el lazo social.

En suma, las reiteraciones discursivas enfatizan la importancia de los vínculos entre individuos, con otras instituciones y con la comunidad. Dado que las internaciones prolongadas generan lo que se denomina institucionalización, lleva tiempo, trabajo clínico

y psíquico restablecer elementos de la vida cotidiana. Es necesario contar con experiencias nuevas que brinden la posibilidad de ir construyendo un modo de estar en el vínculo con otros, dado que no es sin el intercambio, el condicionamiento y el reconocimiento de la mirada del otro semejante que el yo se constituye o reconstituye.

Para volver más vivido lo desarrollado hasta el momento, se escoge un relato de experiencia de una trabajadora en prácticas sustitutivas:

“Hay algunas personas que están alojadas en el hospital (monovalente) desde hace muchos años [...]. Por ejemplo, Z. Es una paciente de muchísimos años de hospitalización, desde el ‘54, desde niña que está internada y se la suele ver tirada en el patio desnuda o semidesnuda. Ella transitaba por los espacios tal cual estaba en el pabellón y no era una posibilidad estar acá (dispositivo sustitutivo) así, dado que había quienes registraban que así no se puede estar. Para poder venir al dispositivo el equipo convocó a un acompañante para que pueda trabajar la cuestión de la vestimenta entre otras”.

Entonces, ¿qué valor tiene la mirada del otro, en este caso, institución / acompañante terapéutico y compañeros en la situación de Z? Si la autonomía implica una trabajo psíquico, individual pero también social podemos reflexionar en lo posibilitador del registro del otro para el registro de sí misma y del entorno. Esta apreciación de que “allí no se podía estar de cualquier modo” establece una legalidad construida y compartida que otorga condiciones para habitar no solo el dispositivo sino la sociedad en general y al mismo tiempo posibilita poner a trabajar algo de su lugar



como sujeto y su relación con la producción de autonomía.

El trabajo de quienes acompañan procesos de subjetivación se orienta a posibilitar elecciones para las cuales son fundamentales los interlocutores. Según de los relatos de experiencias clínicas suministradas, no siempre son elecciones donde alguien dice lo que quiere, sino que pueden ser construcciones que prescinden de la enunciación pero sin embargo permite un proceso de trabajo conjunto, a partir de los intereses, necesidades y posibilidades de cada usuario/a, sobre todo los más arrasados subjetivamente por la lógica manicomial como es el caso de Z.

Algunas reflexiones finales

A partir de los fragmentos de entrevistas seleccionados se intenta visualizar contrapuntos, tensiones y reiteraciones discursivas en torno a la noción de autonomía en el terreno de la salud mental. En su conjunto, los relatos establecen un todo coherente que esgrimen su posicionamiento en torno a qué es autonomía desde la mirada de sus trabajadores. De esta forma, se entiende a la autonomía como un término polisémico y en su multiplicidad de sentidos se sitúan preguntas, reflexiones y algunas afirmaciones que se elaboran en el encuentro de la experiencia clínica con el bagaje conceptual del campo y de su época.

Al concluir una trabajadora manifiesta que la pregunta por la autonomía le presenta más inquietudes e interpelaciones que otra cosa. Dichos interrogantes pueden ser un terreno fértil para pensar y construir prácticas creativas y potentes a la hora de pensar la autonomía desde la lógica de lo sustitutivo. Si bien para los actores entrevistados la idea de autonomía no resulta novedosa y, además, posee una acumulación de sentidos que los

preexisten, podemos escuchar que prevalecen resignificaciones que los trabajadores van elaborando en sus prácticas.

En los relatos recolectados los dispositivos sustitutivos brindan asistencia a sujetos atravesados por la lógica manicomial y muchos de los elementos que recuperan para pensar la autonomía tienen que ver con acompañar en la restitución de derechos y capacidades a personas que están marcadas por la cronificación, la objetalización, el tutelaje manicomial y paternalista, la infantilización y la vulnerabilidad de derechos en tanto ciudadanos.

En su diferenciación la noción de autonomía se encuentra con lo observable y las construcciones sociales: no es ni el “semblante de ciudadano común”, ni la apariencia, lo que se establece como una pista que nos marca el terreno de nuestra especificidad, sino la “clínica como capacidad de escucha”

Siguiendo las coordenadas de Castoriadis (1997), el proyecto de autonomía no se presenta como un estado acabado del ser que se ejecuta en una acción, ni un ideal a alcanzar de una vez y para siempre, sino una elaboración singular que se construye en interacción con el mundo social.

Si bien la autonomía se puede poner a jugar en acciones y gestos que sean observables, no es eso lo que el campo de la salud mental elabora como sus indicadores. La acción, escindida de la implicancia subjetiva o del valor que tiene para cada quien, puede ser una ortopedia pedagógica o un anhelo de normalización y no un proyecto de autonomía. En consonancia, para Manonni (1998), una dirección hacia la autonomía se da a partir de la asunción de la palabra propia y en este sentido la posibilidad de decisión, como expresión de lo singular, tiene un valor subjetivante.

Asimismo, los entrevistados se confrontan con la idealización del concepto, ubicando allí una dificultad. Intentan tomar distancia

del ideal de que alguien autónomo es quien puede hacer solo. Estos ideales no son solo profesionales sino que también se enuncian como expectativas sociales para los usuarios en salud mental.

Es importante destacar, a partir de los relatos de los trabajadores, la fuerte marca de los efectos del manicomio. Si bien resulta insistente el intento de testimoniar la complejidad que reviste la institución total para la producción de autonomía, también se formulan otras situaciones que dificultan el desarrollo de la misma. De este modo, no se circunscribe el déficit en la producción de autonomía al encierro, ya que se manifiestan reproducciones de lógicas manicomiales en otros ámbitos, como son el familiar y el social. Si bien el manicomio es el lugar construido y signado para la cristalización de la lógica manicomial, se expresan con preocupación otras modalidades que reproducen la segregación y aislamiento en la cultura.

Es importante establecer que, al hablar de autonomía, los trabajadores lo hacen desde una acumulación histórica que ubica a lo sustitutivo como un modo de respuesta a los efectos de la lógica manicomial sobre la subjetividad.

La referencia al lazo social se expresa en todas las entrevistas deslizando hacia un sentido específico que adquiere el término para ellos. La autonomía en salud mental dista de la definición corriente que se encuentra en los diccionarios y se constituye a partir de la referencia a un otro, en una operatoria continua y acompañada que abona a los procesos de subjetivación. Se plantea como una operatoria singular que no se circunscribe a determinado

tiempo de la vida sino que se va poniendo en juego a partir de experiencias e intercambios con el mundo social.

En conclusión, este trabajo se propone recuperar las resignificaciones y conceptualizaciones que vienen elaborando los trabajadores en torno a la noción de autonomía y posicionarla como un elemento central para las prácticas sustitutivas en salud mental.

Referencias

- Achilli, E. (2010). *Escuela, familia y desigualdad social. Una antropología en tiempos neoliberales*. Rosario: Laborde
- Aulagnier, P. (1980). *El sentido perdido*. Buenos Aires: Trib. Aulagnier, P. (1993). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Castoriadis, C. (2008). *Un mundo fragmentado*. Buenos Aires: Altamira.
- Castoriadis, C. (1997). *El imaginario social instituyente*. París: Biblioteca Omegalfa.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.
- Mannoni, M. (1986). *Un saber que no se sabe*. Buenos Aires: Gedisa.
- Mannoni, M. (1998). *Lo que falta en la verdad para ser dicha*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Moliner, M. (1992). *Diccionario del uso del Español*. Madrid: Gredos
- Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica*. Buenos Aires: Paidós.