

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R M Cursos®

## A MODO DE INTRODUCCIÓN

### CRÍTICAS AL DISPOSITIVO MANICOMIAL: POR UN PROYECTO DE “DESMANICOMIALIZACIÓN”?

Yago Di Nella

#### LO MANICOMIAL ES CULTURA

Nos referiremos al concepto de lo *manicomial* en un sentido un tanto más amplio. Una primera idea es que, en la historia de la psiquiatría, se llamaba manicomio a las instituciones cerradas o totales, en donde las personas tenían fecha de ingreso, pero no de egreso; lo cual se denominaba *internación*. La historia de vida de miles de personas encerradas indefinidamente demuestra que cuando se aplica al campo de la Salud Mental, la llamada *internación* es, de por sí, un término bastante mentiroso...

Volvamos a “lo manicomial”. Le daremos una primera definición para poder pensar a qué se refiere. El psicoanalista Fernando Ulloa, hace alrededor de veinte años, dio esta definición (veremos en realidad qué entiende por *manicomial* a partir de lo que explica sobre *desmanicomialización*). Dice el Maestro: “En un proceso de desmanicomialización, lo fundamental es desarmar los manicomios cosa, que de por sí es muy complicado, pues no se trata de desinternar lo manicomial reinternándolo en el campo social”.

Aquí nos detendremos: Ulloa no ubica el manicomio en el asilo, nos dice que podríamos desinternar a alguien del asilo e internarlo en la sociedad del mismo modo manicomial en el que estaba internado. Para Ulloa, la *internación* es sólo UNA forma de lo manicomial. Veremos que hay muchos otros lugares que funcionan tan “manicomialmente” como un manicomio. Por ejemplo, una universidad. Hoy, precisamente, estamos en un lugar sin ventanas, que es como un sótano. ¿Les parece este un lugar apropiado para poder pensar?

Siguiendo con la frase de Ulloa: “encuentro fundamental desarmar las situaciones manicomiales previas, por eso mi trabajo consiste en hacer prevención de los sistemas de prevención: en un hospital general, en los colegios, en la escuelas, en las fábricas... Sólo desarmando las encerronas mortificantes es posible desarmar las estaciones manicomiales”.

Nos dice Ulloa que lo manicomial, antes del episodio de internación, está en todas las demás instituciones. Tenemos que ver qué es esto

2 Conferencia en el marco del III.er Precongreso de Salud Mental y Derechos Humanos, en La Plata, “Hacia el V.to Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos”; organizado por la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo y Agrupación Estudiantil Utopía, Facultad de Psicología, UNLP. Jueves 2 de noviembre de 2006. Realizado en el Aula C de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP).

que está en las demás instituciones.

Y termina así: "otro pilar fundamental de toda recuperación es la AUTOGESTIÓN, a partir de la cual se ponen en juego todos los recursos posibles sin estar esperando los recursos que NO están, pero SIN dejar de reclamarlos".

Si bien analizaremos esto luego, retengamos esta idea: lo manicomial NO es el asilo, sino que el asilo es una *estación final* de lo manicomial. Y que lo manicomial es, antes que un edificio, una forma de entender el abordaje del sufrimiento de predominancia mental; es CULTURA. Es decir, una forma cultural de tratar a los seres humanos. Y en tanto cultura, todos estamos inmersos en ella, podemos estar más o menos advertidos de que esto ocurre, pero todos estamos en este sistema manicomial.

Otro autor, Eduardo Menéndez, un médico muy famoso del ámbito de las Naciones Unidas que trabaja en el área de Salud y Derechos Humanos, caracteriza lo manicomial. Tomaremos algunas de sus ideas y les agregaremos otras.

Menéndez plantea cuáles son los componentes de eso que Ulloa llama la *cultura manicomial*; de esa violentación mortificante que lleva a las personas a ser víctimas de una situación manicomial.

### EL DOGMATISMO: 3 CARACTERÍSTICAS INHERENTES

La primera característica que marca Menéndez, y que es la fundamental, es el rasgo nodal del pensamiento manicomial, del que parten todas las demás características. Este es el *dogmatismo*. Si no hay dogmatismo no hay manicomio.

El dogmatismo que nosotros hemos estudiado y que ha sido muy estudiado por distintos pensadores, especialmente Michael Foucault, es el reduccionismo (sea un biologismo, un psicologismo, etc.), o más actualmente la llamada medicalización de la locura. Todo dogmatismo procede del mismo modo: recortando la calidad humana a tal punto de concebir que ella es sólo uno de sus componentes, el que recorta. Entonces, en términos de Salud Mental, no estaremos hablando de una persona con un padecimiento psíquico, sino de un cerebro que no funciona o funciona mal. Cuando esto mismo se desarrolla, se tecnifica, aparece la medicalización. Esta consiste nada menos que en una reducción aún mayor del ser humano a una cosa. Ya no sólo el padecimiento será entendido en términos cerebrales, sino que además sólo será entendido en términos químicos. Es decir, se supondrá que no hay ahí un ser humano, sino una reacción química que hay que corregir.

Todos podrían hablar de distintos tipos de dogmatismos. Por ejemplo, el que sufren ustedes: el reduccionismo psi; el cual implica suponer que la calidad del otro ser humano se constriñe a sus representaciones,

al plano representacional. Va, primero a lo intra-subjetivo. Dentro de lo intra-subjetivo, al plano ideacional. Y dentro del plano de las ideas, a representaciones. Y dentro de las representaciones, a las inconscientes. Entonces terminamos creyendo que cuando estudiamos esto, el inconsciente, estamos dando cuenta de la realidad en el orden de lo humano.

En ese sentido, el dogmatismo psi utiliza la misma metodología que la medicalización. Uno da pastillas; el otro interpreta discursos. La mecánica es la misma, el reduccionismo dogmático.

Una segunda característica que plantea Menéndez (que, como todas las restantes, es consecuencia de la primera) es algo que tiene todo dogmatismo: la A-HISTORIZACIDAD. Es decir, para que haya manicomio, se debe escapar a la dimensión de la historia. Para poder decir que alguien "es" loco, plantear a la locura como una esencia de su ser, tenemos que eliminar la condición de su historia de vida; pues inmediatamente que se introduce la dimensión de la historia de vida de esa persona se revela que esta persona no "es" loca, sino que "ha sido" enloquecida o, al menos, "ha enloquecido". Lo cual no es lo mismo: ni desde el punto de vista de las razones por las que está ahí ni desde el punto de vista de su atención.

No es lo mismo un estado que una esencia. Y todavía no hablamos de "tratamiento", simplemente de "atención". No es lo mismo atender a alguien que "es fruto de un proceso que enloquece a las personas", y otra cosa muy distinta es decir que esa persona "es" loca.

Cuando se le carga a la persona la locura como suya, se introduce otro elemento de este dogmatismo. Y este es el INDIVIDUALISMO. El manicomio fue creado justamente en el nacimiento de la sociedad capitalista y, por tanto, fue creado de manera coherente a esta. Coherente en términos de que define al padecimiento como algo que le pertenece al individuo, y del cual el resto puede excluirse. La locura le pertenece al otro.

Siempre hago la misma pregunta: ¿ustedes creen que todos aquí estamos en nuestros cabales? ¿Estamos excluidos del orden de lo manicomial? Sin embargo, todos podemos andar "libres". Por lo tanto, no es nuestra cordura sino otra cosa la que nos permite estar aquí. Y lo veremos pronto. Por ahora retengamos esto: el orden de la locura no tiene que ver con la sin razón, es mucho más complejo.

Nuestra cultura nos ha imbuido la idea de vincular lo loco con lo irracional. Sin embargo, nos topamos con irracionalidades a cada paso. Por ejemplo, hoy estamos en un sótano, para esta clase (subsuelo de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación en La Plata, sede de calle 48 entre 6 y 7). Que la Universidad asuma un sótano sin luz natural ni aireación alguna como lugar de enseñanza académica es ya un indicador. Eso es una irracionalidad posible. O si nos planteáramos en este preciso instante decir: "¿usted va a seguir hablando estas dos horas y nosotros no vamos a poder decir nada?". La pasividad de ustedes bien podría ge-

nerar dudas sobre el rol, ¿será de expectantes o de pasivizados e inertes? Entonces, la racionalidad es un tema muy importante, en términos de adjudicación del padecimiento. Es otra forma de no reconocer lo que la misma cultura produce. Modos que van moldeando una forma de concebir el padecimiento psíquico y la exclusión social de su persona; bien, eso es lo *manicomial*.

Esto nos lleva a una caracterización prima hermana del INDIVIDUALISMO y de la A-HISTORICIDAD; y es señalar lo *manicomial* como A-CULTURAL. Otra gran mentira.

Los términos de *lo traumático* y *lo normal* merecen un largo análisis. ¿Qué es lo normal en esta cultura? Por ejemplo, estar todo el día con los mensajitos de texto. O puede ser normal pesar cuarenta y pocos kilos, con masa corporal por el piso. O trabajar de 8 a 22hs. O puede ser normal tener clase universitaria en un sótano maloliente y lleno de hongos de toda índole. La normalidad no tiene que ver con un criterio de salud, es decir, salubrista. Justamente, esto de A-CULTURAL escapa a un criterio de salud. Lo saludable y lo culturalmente aceptado se distinguen en la cultura manicomial nada menos que por el hecho de que la norma opera por fuera de la salud. Porque se supone que aquello que se haga o diga (sea tomado como bien o mal por la autoridad de turno) no tiene como criterio el cuidado de la salud, sino que tiene que ver con el criterio que la cultura (institucional) establece como tal. Entonces esta señalización de lo manicomial como A-CULTURAL es a no reconocer estos factores, dejando liberado el camino para que quien detenta el poder en el marco de la relación con el paciente establezca a su gusto y saber lo normal y lo patológico. Lo manicomial está en este doble juego de desconocer lo cultural en juego y dejarlo actuar sin apelación alguna a un saber que lo regule. Así, se deja expuesto al paciente al criterio discrecional del profesional o técnico actuante.

## EL DOGMA DE IMPONER EL DISPOSITIVO

Ulloa se formó con un psicoanalista, psiquiatra, nuestro querido Enrique Pichon Rivière, que establecía una idea que la dictadura borró en nuestra cultura: la de que "sólo se enferma de una cosa; que sólo se enferma". ¿Qué quiere decir con esto Pichon Rivière? Que no hay enfermedades corporales o mentales, enfermedades del alma o del cuerpo. Aquello que una persona produce es patología o sufrimiento. Que la "elección" de enfermedad, tendrá que ver con la historia y con el contexto cultural en el cual esa persona se desarrolla. Y con su contexto de vida vincular. Tanto es así que él trataba muchas veces enfermedades del cuerpo mediante las llamadas *terapias anímicas*. Otras veces trataba padecimientos estrictamente psicológicos, en su manifestación sintomal, mediante activi-

dades clínicas sobre el cuerpo. Por ejemplo, cuando dirigía el Hospicio de Las Mercedes, un hospital psiquiátrico, la actividad sustancial por la cual se desarrolló la mayor experiencia de rehabilitación de pacientes de esa época fue a partir de un torneo de fútbol. Eso fue lo que permitió salir de lo *manicomial* instalado en esa institución: un torneo de fútbol en el que participaban profesionales, enfermeros y pacientes en equipos mixtos.

Personalmente me tocó participar de una experiencia de ese tipo. Cierta vez hicimos un partido de fútbol en el marco del Hospital de Día Melchor Romero, pacientes y profesionales (entre los que no había enfermeros, ya que eran todas enfermeras). Uno de los pacientes le pegó una fuerte patada a uno de los profesionales, quien al reincorporarse le preguntó por qué le había pegado así, casi criminalmente, a lo que el paciente le respondió: "¿y todo lo que me pegas vos en la semana?". Aquel profesional era el terapeuta del paciente, claro está. De esta situación se desentrañó buena parte de la acción terapéutica futura.

Decía Pichon Rivière que a las pocas semanas de introducir estos dispositivos el estado psicológico de los pacientes tendía a mejorar de forma considerable. Pudimos observar la misma tendencia en todos nuestros trabajos de transformación institucional en manicomios.

Teníamos un paciente, también en el Hospital Melchor Romero, italiano, que padecía lo que se llama en la jerga asilar: *impregnación*. La *impregnación* consiste en que el paciente sufre rigidez generalizada debido a la sobre medicación: manifiesta fenómenos de endurecimiento y enlentecimiento de sus movimientos. Camina robóticamente. Y no le encontrábamos solución.

A finales de ese año hicimos aquel partido de fútbol. Francisco (el paciente con *impregnación*) estaba a un costado. Mientras hacíamos pases con la pelota en el calentamiento previo, antes de empezar el partido, la pelota cayó a su lado. Francisco fue hasta la pelota, la agarró, empezó a hacer jueguitos de "control maradoniano", fue hasta la mitad de la cancha haciendo todo tipo de destrezas y cuando llegó, se paró, agarró la pelota y se la dio al compañero en la mano. Dio media vuelta y salió caminando otra vez como un robot. Entonces el supervisor que estaba comiendo al costado de la cancha, nos dijo: "desde mitad de año que les vengo diciendo que lo saquen a correr y a hacer cosas".

Pero nosotros éramos psicólogos casi ortodoxos y suponíamos que esa no era parte de nuestra labor. Francisco se perdió medio año de un tratamiento adecuado; no tuvo tratamiento por otras vías que no fuera la palabra. Esto hace el manicomio. Tendemos a pensar a lo *manicomial* a partir del dogmatismo bio, pero no es el único posible, sino que es uno de los posibles: Es el inaugural, el que reinó y sigue reinando el espacio institucional del encierro psiquiátrico. Y no es el único. A esta característica de imposición profesional de "lo que le conviene al paciente", cuando

en realidad es aquello que el profesional quiere y puede ofrecerle técnicamente, bien puede ser visto como parte del factor dogmatizante que pone el profesional a favor de la imposición de la cultura manicomial. Llamamos a este aporte profesional: *dispositivo congelado*, en tanto pone como constante su técnica y deja como variable las posibilidades potenciales del paciente para ajustarse a él<sup>3</sup>.

### DESPLAZAMIENTO DE FINES: DE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL PADECIENTE A LA RECLUSIÓN DEL NO-SUJETO

Otra característica del manicomio es la pérdida de la orientación curativa. Sabemos que el discurso de este tipo de instituciones es la rehabilitación. Uno entra ahí, supuestamente, para rehabilitarse y volver a su vida anterior. Sin embargo, la pérdida de la orientación curativa es la característica quizás principal en la esfera del tratamiento que recibe una persona en un manicomio. Algo que caracteriza lo *manicomial* es la pura encerrona, sin mediar herramientas curativas. La persona está ahí, más allá de su condición de padecimiento. Está ahí por otras razones.

El orden de la eficacia en la institución manicomial está dado en la *retención* de la persona y no en su rehabilitación. Un buen manicomio es aquel que retiene en buen estado a alguien. Que lo mantiene vivo. Un mal manicomio es aquel en el cual se muere. Pero nunca está en la visión del manicomio que esa persona deje de estar ahí. Es decir que su eficacia está limitada al derecho a la vida. Y su evaluación está dada en si lo logra o no, desde el punto de vista estadístico. Si en un manicomio con 1000 personas, en un año se mueren 3 o 4 por enfermedades prevenibles, tampoco se verá esto como un gran problema, en tanto es un número *esperable* de decesos. Es decir, el manicomio tiene una gran tolerancia ante las muertes innecesarias, mientras no sean apreciables estadísticamente hablando.

Otra característica es la verticalidad del poder. Y esto tiene que ver con el comienzo de los manicomios; pues al inicio del funcionamiento de los grandes hospicios, se suponía que una persona podía rehabilitarse en la medida en que tomara como patrón de identificación al médico. Esto *lo inventó* –por así decir– un señor hace muchísimos años (cientos de años) que se llamaba Philippe Pinel (francés). A eso denominaba él: *tratamiento moral*. Lo llamativo es que sigue siendo eficiente, aún hoy en día, la idea de que la rehabilitación del paciente tenía que ver con su posibilidad de identificarse con la figura del médico. Por lo tanto, instituía una verticalidad básica en la relación, y que en gran parte hasta hoy sigue funcionando. Y es que el saber está del lado del médico, y del lado del paciente no hay nada digno de ser aportado al proceso terapéutico. Puede

<sup>3</sup> Nota del autor: Posteriormente, unos años después desarrollamos este concepto mediante un texto que lleva su nombre y que se dedica al tema profusamente (Di Nella, 2010).

tolerarse un relato de su padecimiento, pero no un saber sobre él. No es asumido como un saber, porque ni siquiera se le da valor de verdad a ese relato. Cuando mucho, es una voz, un discurso al que sólo se lo interpreta. Y esa relación vertical introduce una serie de problemáticas que quizás ahora no podamos ver, pero lo que nos interesa plantear es la idea de que desde el punto de vista del poder, se establece una verticalidad en la relación, que nunca se rompe. En segundo lugar, en relación al saber, este excluye al paciente. Hay una exclusión del saber del que padece. Sólo sabe el médico; o sólo sabe el psicólogo; y esto es algo independiente de la disciplina o profesión de la que se trate. Esta relación se extiende además a la familia o grupo de origen del sujeto, con las determinantes consecuencias que acarrea para el tratamiento y, sobre todo, para la –casi imposible– externación.

Y es a través de ese saber que se juega algo de la relación de poder ligada al dogmatismo, que es el campo de las decisiones. Es sencillo observarlo: ¿Quién decide sobre la vida de esa persona? El campo de las decisiones en el marco manicomial queda circunscrito al profesional actuante. Queda excluido del sujeto, como si ya no lo hubiera. Es decir, hay una verdadera operatoria de *desaparición simbólica forzada* del sujeto padeciente. Se le quita todo derecho a prestar consentimiento libre e informado, entre otras pérdidas *desubjetivantes*.

Y con esta característica quizás terminamos. En la cultura manicomial se elimina la dimensión del otro como sujeto. Aunque se hable todo el tiempo de él. No podemos hablar de sujeto de la locura, si no tiene posibilidad de elegir sobre su enfermedad, al menos las condiciones en que ha de brindarse el tratamiento... Por lo tanto, estas exclusiones terminan en una situación en la cual la subordinación dada en el ámbito del poder, y la exclusión dada en el ámbito del saber, conllevan para la persona con padecimiento mental su eliminación en carácter de sujeto.

### LA MUTACIÓN DE LA PROFESIÓN: DE CURADOR A CARCELERO

Una última característica que vale la pena comentar es cómo se da en la profesionalización de aquellos que trabajan en la salud mental. Debemos admitir que salen de la nada los profesionales que operan desde la verticalidad *desubjetivante*. Se debe aceptar que existe una suerte de educación manicomializante. ¿A qué nos referimos? ¿Cómo caracterizarla? Una educación profesional manicomial es aquella que introduce todos estos caracteres enunciados, por supuesto, pero hay otra más. Es su formalización por dos medios académicos: por la vía de la deformación propia del abstraccionismo, es decir, la idea de que la formación es abstracta, y que el orden de la práctica o de la realidad no es del área, o sea, que ustedes pueden graduarse sin jamás ver a la persona con padecimiento, y que eso

no introduce ningún problema.

La otra vía deformante es la *burocratización*. Que ustedes estarán experimentando permanentemente. La formación, entonces, se caracteriza por haber aprobado una cantidad de asignaturas con tal nota, y que tiene que rendir de tal manera, y para eso *tirar boleta... y... etc.*, etc. Así, es más importante hacer todo lo requerido para saltar las vallas de *la carrera*, que aquello que motivó ir a estudiar, la vocación, y aprovechar lo que se tiene por aprehender. El burocratismo académico es esta característica según la cual uno se recibe de profesional porque aprobó materias.

Si ustedes, en cualquier estado de formación, estuvieran haciendo prácticas, no les podrían decir las cosas que les dicen. Esta condición es la de la alienar la realidad profesional. Un autor, Rodolfo Bohoslavsky llamaba a esto *alienación profesional*: la idea de que el profesional se forma alienado de la realidad en la que se practica esa profesión. Ese es un elemento nodal para instituir lo manicomial en los profesionales. Y para que todo esto que hemos descripto sea posible, es necesaria esta burocratización en la enseñanza de la profesión.

Había un profesor de la UNLP que planteaba que estos dos fenómenos superpuestos (abstraccionismo y burocratización de la formación) son fomentados por docentes, desde el llamado *problema del cursillismo*. Dan cursos dentro de la universidad, pero avisando que para formarse “como se debe”, se requiere formación extra universitaria, con ellos, claro. Esa formación extra es paga. Entonces, si se les enfrenta a una realidad que no pueden asumir desde su enfoque, dicen que eso no es posible de ser abordado. Y aquel profesor lo decía de este modo: *el que no sabe tocar la guitarra tiende a decir que la guitarra no sirve*.

Si uno no sabe como abordar determinada problemática del padecimiento, el modo no dogmático de asumir ese no saber es poder decir: “no sé que hacer con esto”. Lo que se tiende a hacer en el ámbito de la formación académica de grado, apoyados en que ustedes no saben qué se hace fuera de la universidad, es decir que con eso no se puede hacer nada, o *negarlo*, decir que tal cosa no existe. Como que *la mujer* no existe, o que *el niño* no existe, o que *el grupo* no existe, y son todas inexistencias. Veamos un ejemplo.

La profesión entendida como humanizante, digamos... la corriente no manicomial, al principio en los años sesenta y setenta, trabajó en torno a una corriente llamada antipsiquiatría. Un grupo de psiquiatras y filósofos que se oponían a la corriente psiquiátrica. La antipsiquiatría fue la primera corriente que empezó con los fenómenos de desmanicomialización, y la primera experiencia grande en lo territorial y político la ofreció Italia. Su mentor se llamaba Franco Basaglia. La desmanicomialización es asumida como una política del Estado, en la que todo el Estado decide no operar desde lo manicomial.

Sin embargo hay otras palabras que surgieron después. Una de ellas es, por ejemplo, *desinstitucionalización*. Pero enseguida podrán entender luego de este texto que no se trata de las instituciones solamente. Cuando hablamos de desmanicomialización, no hablamos de eso, sino de algo más vasto y colectivo. Lo que hay que desmanicomializar es esto que les relataba. Es decir, poder tener un pensamiento abierto, no dogmático, poder reconocer los factores históricos y socioculturales, en la producción del padecimiento. Poder discriminar y articular la lectura de esos factores con los propiamente psicológicos, vinculares y ambientales o comunitarios. Además, poder establecer relaciones humanas que no estén basadas en la verticalidad del poder, y poder, en principio, establecer una relación donde el saber circule. Toda atención en salud mental, además, debería ser atención para *producir salud*, no para aislar, para excluir o para encerrar. Es decir, reinstalar en el campo de la salud mental una cuestión básica de todo sistema de salud: *disminuir el nivel de sufrimiento de la población*.

La desinstitucionalización se ha llamado a la idea de que esto no se haga a través de las instituciones; una idea bastante compleja porque en algunos países —y donde más se lleva a cabo es en Inglaterra y Estados Unidos— se ha desinstitucionalizado la atención de la salud mental simplemente desarmando las instituciones y dejando en la calle a los padecientes, liberados a su suerte y destino. O sea que viene más ligado a la reducir el costo económico del sistema público de salud que a humanizar la atención. La idea básica de la privatización de los servicios y prestaciones, nada más. Se ha utilizado esa idea revolucionaria de desmanicomializar para hacer otra cosa: desfinanciar la atención de la salud mental. Históricamente la desinstitucionalización ha terminado en eso.

La idea de lo *manicomial* como *tratamiento moral* cayó más o menos con el surgimiento del psicoanálisis. Y entonces hubo que organizar otro discurso de justificación de la cultura manicomial. El derecho y la psiquiatría clásica hicieron un gran pacto, estudiado y probado por Michel Foucault en varios de sus estudios. El encierro del disidente social y el sujeto no productivo en el marco de la naciente industrialización requería de un *discurso de legitimación*. Y esa justificación fue *el peligrosismo*. Jamás nadie demostró que las personas con padecimiento sean más peligrosas que los que estamos acá. De hecho, si uno toma los índices de homicidios de las personas que han sido internadas, son muchísimo más bajos que de las personas que no han sido internadas. Es decir, la media de la población es más proclive al homicidio que el paciente que sufra internaciones.

Segunda cuestión, otra idea es la del peligro de que la persona cuando salga de estar internada se autoagreda. Y lo cierto es que las autoagresiones son muchísimo más comunes durante la internación que fuera de ella. Esto no quiere decir que alguna persona con padecimiento mental no pueda terminar con una autoagresión, claro que sí, pero no es

la internación la que previene esto, ni la justifica en modo alguno. Tendemos a pensar que lo que le ocurre al sujeto es del sujeto exclusivamente. Quienes nos formamos en psicología identificamos lo subjetivo con lo *intra psíquico*. Que la dimensión del sujeto es su singularidad. Aunque no usemos el término *individuo*, el resultado es el mismo: la fragmentación del sujeto en una de sus dimensiones de análisis. Somos muy *técnicos*. Hablamos de aparato psíquico, inconsciente, ego, singularidad, pero no importa tanto la terminología sino el resultado es su descomposición en tanto ser integral. Me refiero a la perspectiva ideológica con la cual se mira una situación. Si como profesional *psí* creo que lo que le acontece a un sujeto es fruto de su dinámica interna exclusivamente, entonces sólo puedo operar ahí. Y si sólo puedo operar ahí, entonces puedo hacer muy poco. Pero además si hago ese camino, si paso de lo intrapsíquico al plano de las ideas, y de ahí a las representaciones, luego a los *significantes*, y no me quedo con nada de, por ejemplo, sus estados de conciencia o de preconciencia, con sus aspectos ideológicos, con sus rasgos culturales, no me quedo con nada de eso, sino sólo bajo al plano de la representación *significante*, y además bajo el estado de análisis de la dimensión *inconsciente*, he perdido buena parte de mi potencialidad de intervención; me la he cercenado yo mismo con mi fragmentario y obtuso enfoque. Así la psicología y la psiquiatría pueden ser tan peligrosistas, como el más ortodoxo juez inquisitorial.

### **ENFOQUE DE DERECHOS: INSTRUMENTO CONTRA LO MANICOMIAL**

Una de las características básicas de la atención *no manicomial*, la nodal (así como el dogmatismo es la nodal de lo manicomial), es la que se basa en los *derechos del paciente*. Pues no son sino los profesionales de la salud mental los que pueden garantizar esos derechos en el plano del padecimiento atendido institucionalmente. No hay otra profesión mejor capacitada que la nuestra para garantizar los derechos a la atención de los pacientes. Pero para eso tenemos que saber hacerlo.

No hay nada más rehabilitador que respetar los derechos humanos y reconocer su entidad de persona, su dignidad en tanto ser humano. No se trata en realidad de desinstitucionalizar, sino de transformar el sistema de atención vía encierro en hospicios a un esquema de dispositivos basados en la vida en comunidad. Pasar del manicomio a instituciones de atención de la salud mental requiere una inversión y una reformulación del perfil de los profesionales. Y en ese pasaje, el vehículo es la restitución de los derechos cercenados a la persona. El modo de transformar un manicomio en un Centro de Salud (Mental) es este, y requiere un fuerte compromiso de los profesionales y técnicos del Sistema.

Los derechos humanos de los padecientes se pueden respetar con tal de que los respetemos nosotros, los trabajadores. Algunos consideran que primero debe haber un cambio social en lo referido al padecimiento mental. ¿Por qué va a cambiar la sociedad si nosotros –quienes hemos estudiado estos fenómenos– los tratamos así, como no-sujetos? Si lo *manicomial* es una cultura, entonces el cambio es *cultural*. Pero la transformación de una cultura manicomial a una cultura de respeto por los derechos es algo que, antes que nada, está en nosotros. Otro elemento que debemos agregar para pensar la transformación de la cultura manicomial es que cuando trabajamos en la institución asilar tenemos que concebir la idea de que no sólo trabajamos en ella, en todo caso trabajaremos *desde* la institución, no únicamente *en* la institución. Y que como profesionales vamos a tener que pensar que nuestra función no sólo está en el consultorio de la institución; también está en el barrio del paciente, en la casa de su familia, en el vecindario donde están sus grupos secundarios, en la escuela donde va el hijo, etc.

Veamos ahora algunos principios sobre cómo pensar esta idea de la restitución de los derechos del paciente como el camino para desmanicomializar nuestra cultura.

El primero es que el tratamiento para una persona con padecimiento mental debe ser el menos lesivo para su libertad. Y que las libertades individuales deben ser preservadas en la mayor medida posible. Por ejemplo, si tengo dos opciones de tratamiento, y una es internar, mientras la otra es asistir con un acompañamiento terapéutico en su casa; la mayor libertad para esta persona sería que pudiera estar en el hogar. Este principio recibe distintos nombres: como el tratamiento menos invasivo de la libertad de la persona, el tratamiento que garantice la mayor cantidad de libertades individuales, el principio de intervención mínima, es decir que se debe intervenir sobre las libertades de las personas en el mínimo posible, que garantice el tratamiento en la mayor libertad que pueda lograrse.

El segundo principio es el de que la asistencia terapéutica debe ser tan sólo un componente de la atención en salud. Y que tendremos que considerar otros componentes y dispositivos. En primer lugar, la promoción de la salud: el trabajo para producir salud. Nosotros hemos sido educados con la idea de que somos mercaderes de la enfermedad, que somos aquellos que viven de tratar la enfermedad. Y no es así, necesariamente. Todos ustedes estarán tan capacitados para trabajar con la enfermedad como para trabajar produciendo salud. Es una cuestión de enfoque, ideológica. Por ejemplo, vamos al HIV. Uno puede trabajar atendiendo a personas que tienen sida, supuestamente estamos facultados. Pero la misma formación a nosotros nos permite, con el mismo título, trabajar para que las personas tengan una actividad sexual que los proteja y no los contagie de HIV. Que su actividad sexual, sin renunciar al placer, les permita es-



quivar la enfermedad y tener lo que se llama prácticas saludables. Sucede que no va a ser un tratamiento terapéutico. Va a ser otro dispositivo, pero eso tiene que ver con otro problema que está en la liberalización de la enseñanza y es transformar el rol del psicólogo en un rol –exclusivo– de terapeuta. Que nosotros identifiquemos al psicólogo como terapeuta es algo que tiene que ver con esta formación. Pero se puede trabajar de muchísimas otras formas: como consultor, como asesor, como educador para la salud, como orientador, incluso como *concientizador*... palabra fea para los psicoanalistas. Pero concientizar es parte de la tarea de trabajar con el aparato psíquico. Sabemos que el aparato psíquico está compuesto por un inconsciente inalcanzable, desde el punto de vista sistemático, por un preconscious alcanzable y por una conciencia fugaz, pero fácilmente alcanzable. ¿Por qué entonces creen ustedes que sólo pueden trabajar con aquello que es más o menos inalcanzable? ¿Por qué pensar que la labor del psicólogo debe cerrarse hacia aquello que justamente es lo más lejano? Entonces la idea de que el rol profesional se cierre a la atención de la enfermedad y que, dentro de la enfermedad, a las enfermedades abordables desde *lo inconsciente*, y dentro de lo inconsciente a las personas que hablan con *demanda*, la cual debe ser *analítica*, es decir que debe demandar *correctamente*, etc., etc., es una suerte de embudo con colador en el cual ya no queda casi nada por atender.

Abordaré un cuadro que me enseñó el profesor Enrique Saforcada. Tenemos un campo intervención posible, de todas las problemáticas posibles. El psicólogo trabaja con el campo de la enfermedad, que es un campo de por sí más pequeño, porque hay muchas más personas saludables que enfermas. Pero de todas las enfermedades, el psicólogo dice, “yo voy a trabajar en Salud Mental”. Pero no todo lo que es Salud Mental, sino solamente con la *enfermedad mental*. Y sólo la enfermedad mental que habla. Y sólo los que tienen demanda, y de ellos, los que paguen. Y de los que paguen, aquellos que padecen lo que es mi especialidad. Eso es lo que hace nuestra formación hoy en día.

Un tercer principio de la desmanicomialización tiene que ver con la horizontalidad del saber y el poder. Se supone que en una relación terapéutica, para que esta respete las libertades del sujeto de las que hablamos antes, para que haya sujeto ahí, este sujeto debe poder desarrollarse, presentarse, desenvolverse. Pero para eso tiene que haber un plano de mínima horizontalidad. Y este plano de horizontalidad tiene que estar garantizado por varias cuestiones. Primero, el sujeto debe saber en qué situación y lugar se está metiendo. Cuál es su diagnóstico, o cuál será, y su pronóstico; cuál será el encuadre, y que el paciente pueda decidir si quiere recibir ese tratamiento o no.

El enfoque de derechos conlleva por lo tanto una revisión completa del rol profesional, el cual recibe un enorme sacudón, pues implica

ubicarse en un lugar lógico distinto y poner al otro en el centro de la escena del encuentro intersubjetivo. Por otra parte, es menester revisar la lógica del profesional como uno, pues el enfoque de derechos es impensable en la unicidad de la labor del trabajo; requiere de la interdisciplina y la intersectorialidad.

Si lo *manicomial* somos nosotros y nuestras instituciones hechas cultura asilar, entonces su superación está en nuestro potencial crítico para revisar sus componentes, detectarlos, y ponerlos en crisis, para así desarrollar elaboraciones con impacto en las prácticas y dispositivos sustitutos.