

Conferencia ¹

Críticas al dispositivo manicomial: Por un proyecto de desmanicomialización

LO MANICOMIAL ES CULTURA

Nos vamos a referir 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. A eso se le llamaba *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** de por sí es un término bastante mentiroso...

Pero volvamos al término “**lo manicomial**”. Le vamos a dar una primera definición, para poder pensar qué es eso de lo manicomial. Un psicoanalista que se llamaba Fernando Ulloa, hace alrededor de veinte años, dio esta definición respecto de lo manicomial (vamos a ver qué es lo que entiende por manicomial, a partir de lo que dice de la desmanicomialización). Dice el Maestro:

“En un proceso de desmanicomialización, lo fundamental es desarmar los manicomios cosa, que de por sí es muy complicada, pues no se trata de desinternar lo manicomial reinternándolo en el campo social...”

Acá nos vamos a detener: Ulloa no ubica el manicomio en el asilo, nos dice que podríamos desinternar a alguien del asilo, e internarla en la sociedad del mismo modo manicomial en el que estaba internado. Para Ulloa la *internación* es sólo UNA forma de lo manicomial. Vamos a ver 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 éste un lugar apropiado para poder pensar?

Sigo 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 las 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 que está en las demás instituciones.

Y termina con esto:

“...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”.

Esto lo vamos a analizar en un rato, pero me gustaría que retuviéramos 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 advertidos o menos advertidos de que esto ocurre, pero todos estamos en este sistema manicomial.

¹ En el marco del III Pre-congreso de Salud Mental y Derechos Humanos – La Plata – “*Hacia el V 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.

Otro autor que se llama 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. Nosotros vamos a apropiarnos de algunas ideas y le vamos a agregar otras.

Él 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: SUS 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. Éste 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 y es 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 vamos a estar 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. Ésta consiste justamente en una reducción aún mayor del ser humano a una cosa. Ya no sólo el padecimiento va a ser entendido sólo en términos cerebrales, sino que además va a ser sólo entendido en términos químicos. Es decir se va a suponer que no hay ahí un ser humano sino una reacción química que hay que corregir.

Todos ustedes 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 inconcientes. Entonces terminamos creyendo que cuando estudiamos esto, el inconciente, 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; es decir, plantear a la locura como una esencia de su ser, tengo 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 da cuenta de 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 dije “tratamiento”, simplemente “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 ésta. 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.

Y yo siempre hago la misma pregunta: ¿ustedes creen que todos los que estamos acá, estamos en nuestros cabales? ¿Estamos excluidos del orden de lo manicomial? Sin embargo todos podemos andar “libres”. Por lo tanto, no es por nuestra cordura que estamos aquí, es otra cosa lo que nos permite estar acá. Y lo vamos a ver en un rato. Por ahora retengamos esto, y es que: 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, nosotros 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 por ejemplo nosotros nos planteáramos en este preciso instante, decir: “*mire, usted va a seguir hablando estas dos horas y nosotros no vamos a poder decir nada?*” La pasividad de ustedes bien podría generar dudas, sobre el rol, será de expectantes o de pasivizados e inertes? Entonces, el tema de 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 pico 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 justamente 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 e 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 Pichón Riviere. Pichón Riviere establecía una idea que la dictadura borró en nuestra cultura. Y es la idea de que: “*sólo se enferma de una cosa. Que sólo se enferma...*” ¿Qué quiere decir con esto Pichon Riviere? 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*. Y otras veces trataba padecimientos estrictamente psicológicos, en su manifestación sintomal, mediante actividades clínicas sobre el cuerpo.

Por ejemplo, cuando el 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.

A mi me tocó participar de una experiencia de este tipo. Una vez hicimos un partido de fútbol en el marco del Hospital de Día de Melchor Romero, profesionales y pacientes (no había enfermeros, sino que eran todas enfermeras). Uno de los pacientes, le pegó una gran patada a uno de los profesionales. Cuando se reincorporó le preguntó al paciente porqué le había pegado así, casi criminalmente, y el paciente le respondió: “*¿y todo lo que me pegas vos en la semana?*”. Este profesional era el terapeuta del paciente, claro está. De esta situación se desentraña buena parte de la consecución de la acción terapéutica futura.

Decía Pichón Riviere, que a las pocas semanas de introducir estos dispositivos, el estado psicológico de los pacientes tendía a mejorar ostensiblemente. Lo pudimos observar con la misma tendencia en todas nuestras experiencias de transformación institucional en manicomios.

Voy a contar otra experiencia. Nosotros teníamos un paciente, también en el Hospital Melchor Romero, que era italiano, que tenía 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. Entonces camina robóticamente. Y nosotros no le encontrábamos solución. A fin de año hicimos este partido de fútbol. Francisco (este paciente) estaba a un costado. Mientras hacíamos pases con la pelota en el calentamiento previo, antes de empezar el partido, casualmente la pelota se va hacia al lado de él. 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 ahí al lado de la cancha, que estaba todavía comiendo, nos dice: “*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 ésta no era parte de nuestra labor. Francisco se perdió medio año de un tratamiento adecuado a su padecer; no tuvo otro 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. Pero 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 avenirse al mismo².

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

Otra característica del manicomio es la pérdida de la orientación curativa. Ustedes saben que el discurso de toda institución de atención de enfermos 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 ya mediar más 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 aquél en el cual se mueren. 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 de 1000 personas en un año se mueren tempranamente por enfermedades prevenibles 3 o 4 personas, tampoco se verá esto como un gran problema, en tanto es un número *esperable* de decesos. Quiero decir que el manicomio tiene una gran tolerancia por las muertes innecesarias, mientras no sean apreciables estadísticamente hablando.

Otra característica es la verticalidad del poder. Y esto tiene que ver con el inicio de los manicomos; pues al inicio del funcionamiento de los grandes hopicios, 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 le llamaba él, *tratamiento moral*. Lo llamativo es que sigue siendo eficiente aún hoy en día. Es decir, 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 sigue en gran parte hasta hoy 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 tolerarse un relato de su padecimiento, pero no un saber sobre el mismo. No es asumido como un saber, porque ni siquiera se le da valor de verdad a ese relato. Cuando mucho, es una

² 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).

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 en principio lo que me interesa plantear, es la idea de que desde el punto de vista del poder, se establece una verticalidad en la relación, que nunca es rota. Y en segundo lugar, en relación al saber, éste excluye al paciente. Hay una exclusión del saber del que padece. Sólo sabe el médico; o sólo sabe el psicólogo; esto es 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 que tiene que ver con el 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. Y 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. Hay en la cultura manicomial una eliminación de 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 según 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 MUTACION DE LA PROFESION: DE CURADOR A CARCELERO

Una última característica que deseo 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 precedentemente, 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 recibirse 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 vivenciando permanentemente. Es decir, que la formación 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. Entonces 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. ¿Se entiende? 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 alienación de la realidad profesional. Un autor que se llamaba Rodolfo Vohoslavsky, le llamaba a esto “*alienación profesional*”. Es decir 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 de 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 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*”, es 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, la corriente digamos no manicomial, al principio en los años 60’ y 70’, 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 primer experiencia grande en lo territorial y político lo ofreció Italia. Su mentor se llamaba Franco Basaglia. La desmanicomialización es asumida como una política del Estado. Donde todo el Estado decide no operar desde lo manicomial.

Pero hay otras palabras que surgieron después. Una de ellas es por ejemplo la de desinstitucionalización. Pero rápidamente pueden entender luego de esta charla 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*. Y 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. Lo cual es una idea bastante compleja porque en algunos países, y el país donde más se ha hecho eso 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 reducción del costo económico del Sistema público de Salud que a una humanización de la atención., O sea, es 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 terminad 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 sufriera 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. Nosotros tendemos a pensar que lo que le ocurre al sujeto, es del sujeto exclusivamente. Nosotros lo que nos formamos en psicología, identificamos lo subjetivo con *lo intra psíquico*. Que la dimensión del sujeto es la su singularidad. Aunque no usemos el término individuo, el resultado es el mismo: la fragmentación del sujeto en una de sus dimensiones de análisis. Nosotros somos muy *técnicos*. Hablamos de aparato psíquico, inconciente, ego, singularidad, pero no importa tanto la terminología si el resultado es su descomposición en tanto ser integral. A lo que voy es a la perspectiva ideológica con la cual se mira una situación. Si como profesional psi 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 poquito. 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 significativa, y además bajo el estado de análisis de la dimensión inconciente, 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 éste.

Esto requiere un fuerte compromiso e los profesionales y técnicos del Sistema. Los derechos humanos de los padecientes se pueden respetar con tal 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 tenemos que 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, trabajaremos en todo caso *desde* la institución, pero no únicamente *en* la institución. Y que como profesionales vamos a tener que pensar que nuestra función no solamente está en el consultorio de la institución. También está en el barrio donde está el paciente, en la casa de su familia, en el vecindario donde están sus grupos secundarios, en la escuela donde va el hijo/a, 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 debemos considerar otros componentes y dispositivos. En primer lugar, la promoción de la salud, es decir el trabajo para producir salud. Nosotros hemos sido educados con la idea de que somos mercaderes de la enfermedad. Es decir que somos aquellos que viven de tratar la enfermedad. Y no es así necesariamente. Todos ustedes van a estar 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 esquivar 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. Ustedes saben que el aparato psíquico está compuesto por un inconciente inalcanzable, desde el punto de vista sistemático, por un preconciente alcanzable, y por una conciencia fugaz, pero fácilmente alcanzable. ‘¿Porque entonces ustedes creen 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 inconciente*, y dentro de lo inconciente 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.

Les voy a mostrar 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*. Pero sólo la enfermedad mental que habla. Y sólo los que tienen demanda, y de ellos, los que paguen. Y de los que paguen, los que padecen de lo que es mi especialidad. Eso es lo que hace nuestra formación hoy en día.

Y 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 va a ser y su pronóstico, y cuál va a ser el encuadre, y poder decidir él, si va a querer 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 sustitutivos.

Muchas gracias.

Post-Scriptum

LA PELOTA DE FUTBOL COMO INSTRUMENTO DE FORMACION PARA PENSAR CRITICAMENTE LA CUESTION MANICOMIAL.

Martín Yacachury

“Cuando uso una palabra -dijo Humpty Dumpty en tono más bien despectivo- esta significa exactamente lo que yo quiero que signifique, ni más ni menos.”

“La cuestión -dijo Alicia- es si usted puede hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes.”

“La cuestión -dijo Humpty Dumpty- es quién es el Amo, eso es todo.”

Lewis Carrol; Alicia en el País de las Maravillas.

La anécdota de Santiago que cuenta Yago en la conferencia que conforma la introducción a este libro, que ocurriera en la jornada de la Sala Albina del Neuropsiquiátrico Melchor Romero de la ciudad de La Plata, trajo a mi memoria dos escenas más, que me acompañan desde ese instante, y aparecen cada vez que me pongo a pensar la relación entre el encierro, la locura y las modalidades de tratamiento.

Esta tríada temática, abundantemente tratada en bibliografía especializada -incluida esta obra que está en sus manos- fue para mí ilustrada en forma excepcional con dos situaciones de la jornada de marras, protagonizadas por la misma persona, un usuario del servicio de la sala.

Se trataba de un hombre joven, algo menor a los treinta años, alto, corpulento, rubio, de barba candado, y del que -por suerte- olvidé por qué estaba allí. No nos habíamos conocido antes, y hasta ese momento no habíamos cruzado palabras, más que el saludo de cortesía.

Resulta que al momento de armar el partido, me toca en el equipo de él. Y como mis habilidades futbolísticas son más bien modestas, rudimentarias para ser preciso, quedé en el fondo, mientras que él iba al arco por voluntad propia.

Desde ese puesto descolló en un par de atajadas realmente impresionantes. En una de ellas me acerco a felicitarlo, y mientras cruzo algunas palabras se produce el siguiente diálogo:

Yo:- Buena! Che, sos muy bueno!

Usuario: -Yo antes era arquero de handball, me gusta mucho atajar... **Vos.. sos psiquiatra?**

Yo: -No, ¿por qué pensaste eso?

Usuario: **Por el tamaño...**

Cabe aclarar que él no era pequeño, si bien mi tamaño era mayor.

Esa frase aparece una y otra vez en mi memoria. Además, el tono de naturalidad que le imprimió, dotó de patetismo sus dichos, a algo que podría haber sido casi gracioso.

La relación que establecía entre el tamaño y el poder psiquiátrico, me pareció elocuente, y podría escribir decenas de páginas con lo que esa frase disparó en mí, y en las aproximaciones subsiguientes a la temática sobre control social y salud mental, todos estos años.

He trabajado en contexto de talleres, con muchas personas de distintas formaciones y experiencias esta anécdota. La relato, para generar debates acerca del control social, las instituciones, el poder, y cómo atraviesa a los sujetos.

Sin realizar análisis ni tratamiento demasiado exhaustivo de los emergentes que ha generado, flotan en mi memoria ciertos grupos de significaciones que podrían resumirse, entre los múltiples sentidos atribuibles -no tuve posibilidad de ahondar con el protagonista de la escena sus propios sentidos, los únicos verdaderos- en esta clasificación:

la enormidad de la ley, encarnada en el psiquiatra como su representante manicomial, y su desplazamiento en **los psiquiatras son enormes**;

la posición paternalista que se expresa en algunos representantes del discurso médico hegemónico;

el miedo, producto de su experiencia personal en el cruce manicomial con esos representantes del control social institucionalizado.

Con sus matices, aparecen en estos tres agrupamientos, los trazos comunes de las ideas que emergieron en grupos de diversa formación -docentes, personal de salud, de fuerzas de seguridad- todos ligados a señalar la posición del sujeto, quien mira hacia arriba, hacia el poder, en un vínculo marcadamente asimétrico.

Siguiendo con la riqueza de la escena, en otro tramo del partido, recuerdo sus gritos organizando la salida del equipo, con autoridad, con presencia, *otro tipo al que parecía fuera del encuentro deportivo*.

El, con la pelota en las manos, alzando la vista, analizando la distribución de su equipo en el campo adversario, estrategia en la cancha, dirigiéndose a un compañero nuestro, psicólogo, que en aquella época era delgado y veloz, (el terapeuta que en la otra anécdota terminó desparramado en el piso) le decía:

- Para allá... corré para allá (mientras iba a hacer la salida del arco).

- A vos no -le dice a otro- al COMPAÑERO psicólogo. Compañero psicólogo. Compañero psicólogo.

Otra frase que sigue rebotando y me acompañó todo este tiempo.

Esa frase me permitió comprender en un segundo, mucho de la teoría de Pichòn Riviere.

De cómo meter el cuerpo en la tarea, y ser parte de la misma no interfiere con las posibilidades terapéuticas, sino por el contrario contribuye a establecer vínculos horizontales que enriquecen y posibilitan la circulación, abren canales que permiten una práctica más humana, más a la altura de la realidad de las personas, y que rompe, fundamentalmente, la asimetría de poder en la que se basan los vínculos manicomiales.

Ambas escenas, del mismo partido, en la misma jornada, ilustran -desde el mismo protagonista- dos posiciones frente a lo que la institución le ofrecía. Por un lado, lo asilar, el hospicio, el psiquiatra enorme frente a él, mirando lo que hacía.

Por el otro, un grupo rompiendo esa lógica, mezclados, usuarios, profesionales, concurrentes, familiares, invitados en general, creando un espacio compartido, en donde se ponía en escena el cuerpo desde el placer y el juego, reconociendo así plenamente su dimensión de sujetos. Un momento profundamente terapéutico para todos.

Luego del cotejo, (no recuerdo el resultado y es lo de menos) compartimos unas pizzas que habían preparado en el taller de cocina. Feas, desparejas, algunas altas como un bizcochuelo, otras medio quemadas. Todas, con el sabor de la libertad.