



REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Universidad Nacional de Lanús

Año 9 N° 12
Julio de 2022
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Año 9 N° 12
Julio de 2022
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg



ISSN: 2250-5768

Impreso en Argentina
Queda hecho el depósito de la Ley 11.723
Prohibida su reproducción sin la expresa
autorización por escrito.
© Los autores.

Director
Emiliano Galende

Editor Asociado
Daniel Fränkel



© Ediciones UNLa
29 de Septiembre 3901
1826 Remedios de Escalada, Lanús,
Provincia de Buenos Aires, Argentina.
(5411) 5533 5600 Int. 5124 / 2126
publicaciones@unla.edu.ar
www.unla.edu.ar

**AUTORIDADES DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS**

Rectora

Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector

Dr. Pablo Mario Narvaja

**Directora del Departamento
de Salud Comunitaria**

Lic. Elena Boschi

**Coordinador del Centro de Salud Mental
Comunitaria “Mauricio Goldenberg”**

Esp. Alejandro Wilner

**REVISTA
SALUD MENTAL Y COMUNIDAD**

Director

Emiliano Galende

Profesor consulto y miembro del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Editor Asociado

Daniel Fränkel

Docente de grado y posgrado.
Universidad Nacional de Lanús.

Coordinación de Comité Editorial

Lic. Sonia Olmedo

Universidad Nacional de Lanús

Lic. Ana Cecilia Garzón

Universidad Nacional de Lanús

Lic. Tomás Pal

Universidad Nacional de Lanús

Comité Editorial

Alejandra Barcala
Universidad Nacional de Lanús.

María Marcela Bottinelli
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Silvia Faraone
Universidad de Buenos Aires

Ana Cecilia Garzón
Universidad Nacional de Lanús

Leandro Luciani Conde
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Tomás Pal
Universidad Nacional de Lanús

Mariano Poblet Machado
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Sergio Remesar
Universidad Nacional de Lanús. Universidad Nacional de Quilmes

Cecilia Ros
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Alejandro Wilner
Universidad Nacional de Lanús

Débora Yanco
Universidad Nacional de Lanús

Comité Científico

Víctor Aparicio Basauri

Organización Panamericana de la Salud /OMS.

Paulo Amarante
Fundación Oswaldo Cruz (FiOCRUZ)

Cecilia Ausgburger
Universidad Nacional de Rosario

Valentín Barenblit
Centre IPSI, Barcelona, España

Eugenia Bianchi
Universidad de Buenos Aires

María Elena Boschi
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Nelson de León
Universidad de la República (Uruguay)

Jorgelina Di Iorio
Universidad de Buenos Aires

Rubén Efron
Universidad Nacional de Lanús

Marcela Inés Freytes Frey
Universidad del Chubut

María Graciela Iglesias
Universidad Nacional de Mar del Plata. Universidad Nacional de Lanús

Celia Iriart
Universidad de Nuevo México (EEUU)

Alfredo Kraut
ex Secretario Letrado de la Corte Suprema de Justicia de la Nación

Emerson Elías Merhy
Universidad Federal de Río de Janeiro
Carla Micele
Universidad Nacional de Lanús
Mariela Nabergoi
Universidad de Buenos Aires
Natalia Ortiz Maldonado
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Gustavo Palmieri
Universidad Nacional de Lanús
María Pía Pawlovicz
Universidad de Buenos Aires
Ana Pitta
Universidad de Sao Paulo (Brasil)
Mario Rovere
Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires
Daniel Russo
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Alicia Stolkiner
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Francisco Torres González
Universidad de Granada, España
Flavia Torricelli
Universidad de Buenos Aires
Graciela Touzé
Universidad de Buenos Aires
Miriam Wlosko

Universidad Nacional de Lanús
Roxana Ynoub
Universidad de Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús
Graciela Zaldúa
Universidad de Buenos Aires

Diseño de cubierta e interior

Dirección de Diseño y Comunicación Visual
Universidad Nacional de Lanús

Suscripción y correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar

ISSN 2250-5768

Impreso en Argentina.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones UNLa.

29 de Septiembre 3901

Remedios de Escalada - Partido de Lanús

Pcia. de Buenos Aires - Argentina

Tel. +5411 5533-5600 Int. 5124/2126

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public



Índice

8 EDITORIAL
Emiliano Galende

ARTÍCULOS

13 **La categoría Padecimiento Mental Severo y Persistente: un aporte a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.**

Alberto Velzi Díaz, Paola Benítez, Gisela Santanocito, Esmeralda Garcete, Andrés Matkovich, Jimena Pietrodarchi, Enzo Bossetti, Nayla Martínez, Luisina Treffilo, Marilina Ota, Virginia Rodríguez, Martina Provenzano, Camila Toth

29 **Reflexión crítica, sobre los abordajes en salud mental, desde una perspectiva de Derechos Humanos. Una aproximación a la provincia de Entre Ríos en relación a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Problematicación de la situación de los servicios de salud mental y la internación.**

María Fernanda Ferrando

49 **Sobre el uso de drogas en la historia y sus regulaciones antes del prohibicionismo.**

Daniel Russo

68 **Hegemonía y contrahegemonías en Salud Mental. La propuesta de la clínica placera.**

Ricardo Alberto Augman, Benjamín Azar Bon, Ana Cecilia Garzón, Bruno Hennig

88 Voces en movimiento: la comunicación participativa como posibilidad de abordaje en salud mental

Nadia Tabora y Paola Barzola

DEBATES

103 Los Paradigmas Siguen Vigentes

Alberto Calabrese

108 Estrategia provincial para el abordaje de la salud mental y los consumos problemáticos –Provincia de La Pampa–

Anaía Ripoll

113 El movimiento de reducción de daños: hacia regulaciones no punitivistas

María Pia Pawlowicz, Jorgelina Di Iorio, Graciela Touzé

119 Crónica de muertes anunciadas: reflexiones tras más muertes en contextos de encierro

Luciana Rubel, Leandro Sabatini, Milena López Bouscayrol, Mañas Segatorri

RESEÑA DE LIBROS

127 Locura y colonialidad: ontología del encierro. A propósito del trabajo post doctoral de Daniel Fränkel, publicado recientemente por Biblios

Valeria Pujol Buch

132 Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental de Leandro Luciani Conde, publicado por Editorial FEDUN

Daniel Fränkel



Emiliano Galende

La presencia de las llamadas drogas ilícitas y su consumo adictivo en la vida humana tiene dimensiones psicológicas, sociales, culturales e históricas. Para introducirnos en el análisis de las llamadas “adicciones” debemos explorar antes un tema que atraviesa, todo a lo largo de la historia de los humanos: una relación entre la utilización de diversas sustancias psicotrópicas para modificar los estados de conciencia, su relación con la sociedad y su vínculo de afinidad con las prácticas culturales, la construcción de significados y valores de la cultura que habitan quienes consumen estas sustancias. El deseo humano de afectar la conciencia ha estado, y está ahora quizás con más fuerza que nunca, en todas las sociedades y culturas, y atraviesa toda la historia humana. Existen dos ejes que parecen atravesar a lo largo de la historia de culturas y sociedades diferentes este recurso al consumo de distintos psicotrópicos: el primero es su utilización, que podríamos llamar “recreativa”, festiva, simbólica, en rituales colectivos (aún persiste en la actualidad, para diferentes festejos: casamientos, cumpleaños, navidad y año nuevo, etc.) y el uso adictivo que tiende a ser individual (por ejemplo; diversos estimulantes, las bebidas alcohólicas, el café, las anfetaminas, etc.). **Esto es que las mismas sustancias tienen diferentes usos, adictivos o festivos, euforizantes o depresores, lo cual nos dice que el problema de las adicciones no está centralmente**

en las sustancias sino en los consumidores y sus diferentes deseos y relación con los goces. El segundo eje común, que podemos llamar “psicotrópicos y remedios”, es que estas mismas sustancias tienen empleo en relación al goce psíquico y de allí, como es habitual en los humanos, lleva a la repetición adictiva de este goce, a la vez que son utilizadas en distintas afecciones del cuerpo (por ejemplo, el opio y su derivado la morfina para los dolores extremos, el láudano, la cocaína y sus derivados en la anestesia, el cannabis para diferentes malestares psíquicos y físicos, hasta el alcohol como desinfectante y sustancia central de bebidas alcohólicas de uso común, etc.).

Hasta la llegada de los psicotrópicos sintéticos que produce la industria farmacéutica, todas estas sustancias tienen origen vegetal: la cabeza de amapola origen del opio; el cáñamo origen del cánnabis; cocaína que, aun como clorhidrato actual, sigue originada en la planta de coca; el alcohol producto de la uva y los cereales; hongos psicodélicos, etc. Todavía se utilizan algunas plantas más antiguas: el láudano derivado del opio, la valeriana, el tilo, el café, el té, etc. Aceptemos entonces que todos estos psicotrópicos han estado y siguen estando en la vida humana, agregándose con fuerza en la actualidad los psicofármacos, versión industrial de psicotrópicos sintéticos. Obviamente los malestares de la existencia, psíquicos y físicos, son parte de la vida

humana, lo mismo que el anhelo o la ilusión de encontrar sustancias que puedan modificarlo o eliminarlo. Se trata tanto del deseo y la búsqueda de la felicidad como de atenuar el dolor psíquico, frente a los cuales desfallecen la razón y la conciencia. Si bien estos consumos son históricos como hemos dicho, y en general hubo siempre una utilización habitualmente colectiva y otra menor individual (salvo con el alcohol y las yerbas euforizantes), nunca había sido masiva la adicción a los psicotrópicos. Para hablar de la oleada que desde los años setenta del siglo pasado, y creciendo en la actualidad, de adicciones debemos entonces preguntarnos ¿cuáles son las razones de este giro hacia el consumo masivo y adictivo de las moléculas psicoactivas? con algunas diferencias, en todas las clases sociales, aun cuando de manera diferente, cuantitativa y del tipo de droga, hasta el más reciente ingreso de los sectores más pobres a este consumo adictivo.

Observemos que a partir de los años ochenta del siglo pasado dos industrias, y sus correspondientes mercados, se desarrollaron con una velocidad que sorprendió: la industria del entretenimiento y la industria de los psicotrópicos, legales (psicofármacos y alcohol) e ilegales. El primero, el entretenimiento, favorecido por nuevas tecnologías de la comunicación surgieron los videos, la televisión se volcó a una parte importante de programas de entretenimiento (en desmedro de su

función de transmitir información), las computadoras habilitaron a incluir programas de juego y videos de entretenimiento, luego los teléfonos móviles (llamados en Argentina celulares), que también incluyen multitud de juegos y programas de entretenimiento mezclados a veces con su utilización informativa y comunicacional. Sin darnos mucha cuenta nos encontramos con pantallas de publicidad y entretenimiento en cualquier sala de espera, para la consulta médica, en la estación de trenes, en los aeropuertos, en los bares, etc. Gran parte de los habitantes, especialmente de las grandes urbes, llevan adosados a su cuerpo estos aparatos, disponibles para toda emergencia, entre ellas la del aburrimiento o el vacío que supone para todos la situación de espera. Estas formas de entretenimiento no anulan la conciencia, pero logran desplazar sus contenidos, alejar las preocupaciones, inhibir la ansiedad y atenuar alguna angustia que pueda amenazarnos. Debemos aceptar que, voluntario o forzado, somos sujetos de este mercado, le debemos a él aliviar el peso de la razón y los obstáculos de la existencia.

Estos dos mercados funcionan y tienen una matriz económica semejante: un centro de administración donde se teje la organización (gerentes de áreas, proveedores, distribución, registro de clientes, difusión, redes de vendedores, etc.). Como ambos producen enormes ganancias, aun cuando uno (los psicotrópicos)

no es legal, deben organizar áreas financieras diferentes, pero sin duda se conoce que al final el dinero pasa, para los dos mercados, por bancos, entidades financieras privadas, refugios curiosamente llamados “paraísos fiscales”. El dinero del llamado “narcotráfico”, esto es del mercado ilegal de estupefacientes, sin duda forma parte de la economía mundial

Los psicotrópicos no resultan del todo ajenos a la función del entretenimiento. Se dirigen a la producción de un goce que, repito, siempre busca su repetición compulsiva, que justamente también atenúa la conciencia, calma la ansiedad, aleja la angustia y hace soportable el vacío de la existencia personal. No es la droga la que produce aislamiento social, aun cuando sin duda el consumo implica aislamiento, pero es justamente la soledad social, el vacío sentido de la existencia, la falta de otros para lograr el goce, en general todo sumado (soledad, fracasos, obstáculos, pobreza, resentimiento, incertidumbre sobre la vida propia y el destino personal, etc.) lo que lleva al consumo de psicotrópicos, legales e ilegales. La frase del tango alude justamente a esto: ante el fracaso del amor “me mamo bien mamo”. Una persona que ha recurrido a la adicción es básicamente una persona vulnerable.

La palabra vulnerabilidad tiene un uso amplio y múltiple: califica a personas, a sociedades, a la economía y, también, a los países. Siempre se trata de una relación

entre la situación de una persona o un grupo social entre sus capacidades y recursos para sobrevivir, resistir, enfrentar la adversidad, cuando la vida o la subsistencia están amenazadas o en riesgo. La palabra opuesta es seguridad: psíquica, cuando se cuenta con capacidades y recursos para enfrentar los riesgos y obstáculos que amenazan la vida. Creo que es observable que la seguridad de los más ricos está dada por el patrimonio y las “fuerzas de seguridad”, mientras que la seguridad de los pobres está dada por la solidaridad de sus comunidades. ¿Qué aporta seguridad a la vida de las personas y las comunidades? En primer lugar la certeza de contar con alimentación, vivienda, salud, sostén de la vida biológica; en segundo lugar, contar con la solidaridad, la familia, los amigos, la pareja, aquello que habilita el goce en la vida en común. Es decir, lo contrario de la pobreza y el aislamiento social. **La pobreza, el aislamiento y la exclusión social son las amenazas mayores a la seguridad de la vida.**

El individualismo que promoviera Locke en el Siglo XVIII, y que fue dominante en las culturas sajonas, sostenía como libertad la autonomía de cada individuo de las determinaciones que imponían los otros y el Estado para la vida en común. Un individuo que podía mantenerse autónomo y libre, desarrollándose en el conjunto de sus relaciones sociales. Ese sujeto hace tiempo ha dejado de existir. No debemos confundirlo con el sujeto

del neoliberalismo actual. El sujeto kantiano, aquel con sus facultades de pensar, sentir y juzgar, con el dominio de la razón, la sensibilidad que lo liga a sus semejantes y la capacidad de valorar y juzgar dentro de una ética social, también ha dejado de existir. Los sujetos que vivimos la modernidad hemos convivido justamente con estos sujetos, liberales o racionales. Confiábamos en los otros para el entendimiento y la verdad en nuestras relaciones. El individualismo actual de la cultura neoliberal es un sujeto nuevo, que repudia el nosotros para afirmar su yo narcisista, sin compromiso con los otros (aun en sus relaciones de intimidad), sin mandatos morales ni obligaciones éticas con sus semejantes, cuya moral no se rige por el entendimiento racional ni por la verdad de su palabra. Cabe recordar que la pasión capitalista está gobernada por la ambición, que no es condenable salvo por sus consecuencias para la vida social. Este es el sujeto que con frecuencia acude a los psicotrópicos para atenuar su soledad afectiva y emocional, aplacar el malestar de no contar con el resguardo de la intimidad, en la pareja o la amistad, y que cree que la solidaridad es sólo un tema de los obreros.

Creo que es en este nuevo contexto social y cultural, construido por el neoliberalismo y su tan mentada política de mercado, donde no existe otro desarrollo humano que no sea el económico, permanentemente en crisis, obligando a vivir en la incertidumbre y la

amenaza de los riesgos. Claro que “no todo está perdido”, todo vínculo humano requiere del amor, la ternura de la intimidad, la confianza y el cuidado hacia nuestros semejantes. Esta es la seguridad psíquica real, que aporta certidumbre a la vida y permite contar con un destino, un futuro, construido en solidaridad y compañía afectiva. Esto está menguado por el mercado neoliberal, pero no abolido, sigue siendo parte de la lucha constante por la igualdad, la solidaridad, la integración social y comunitaria. He tratado de mostrar el vínculo intrínseco entre la adicción, el goce buscado en la droga y la vivencia de vacío en nuestra sociedad actual. El vacío de la pobreza, la incertidumbre del futuro y el destino personal, al igual que el vacío existencial de no contar con los otros, la soledad, y el aislamiento de quienes han renunciado al compromiso social y a la intimidad y confianza. Vacío que no se llena con el poder o el dinero. Las políticas represivas sobre el consumo de drogas calificadas de ilegales está construyendo un nuevo sujeto estigmatizado y excluido social: el adicto. Como ya ocurrió con los enfermos mentales, se le agrega la calificación de peligrosidad social y se lo vincula al delito. Como en ambos se propone el encierro institucional como solución o cura.

Si de verdad nos proponemos acudir al cuidado y recuperación de estos llamados adictos, debemos tener consciencia que se trata de reconstruir una vida y una

seguridad psíquica perdida, que rehabilitar es reconstruir con ellos un futuro posible, que garantice el deseo de un destino personal, que permita una integración con los otros de su comunidad, un sujeto que sea capaz de fraternidad y sea capaz de construir solidaridad. Es obvio y ya conocido en la experiencia de los manicomios, que la internación y el aislamiento no son el camino. Se necesita de dispositivos de rehabilitación social, como son las denominadas “casas de rehabilitación”, que integren a estas personas en actividades comunes con los otros, ya que no se logra integración social en el gabinete de un profesional sino en la participación colectiva, donde la interacción y las actividades del conjunto fortalecen la confianza, la solidaridad y la construcción de proyectos de vida. El desafío del cuidado no se reduce a lograr abandonar la droga, el desafío es construir con el adicto una vida posible y una certeza de ser capaz de asumir un destino integrado a la sociedad. **Como final repito: no es la droga lo que produce el aislamiento, es el aislamiento social lo que lleva al sujeto a la droga.**

Emiliano Galende
Julio 2022



La categoría Padecimiento Mental Severo y Persistente: un aporte a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud

Velzi Díaz, Alberto

Psicólogo, Dr. en Salud Colectiva. Docente, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.

algiova@gmail.com

Benítez, Paola

Psicóloga. Esp. en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

paolabenitez.psi@gmail.com

Santanocito, Gisela

Psicóloga. Esp. en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

giselasantanocito@yahoo.com.ar

Garcete, Esmeralda

Psicóloga. Esp. en Clínica, Inst. y Comunitaria. Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

esmeraldagarcete@hotmail.com

Matkovich, Andrés

Psicólogo. Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario

andmatko@gmail.com

Pietrodarchi, Jimena

Psicóloga. Adscripta, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

jimepietrodarchi@gmail.com

Bosetti, Enzo

Estudiante de Psicología. Estudiante, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

enzo.fz80@gmail.com

Martinez, Nayla

Estudiante de Psicología. Estudiante, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

nimartinezmendez.95@gmail.com

Treffilo, Luisina

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

luisina.treffilo@gmail.com

Otta, Marilina

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

marilinaotta@gmail.com

Rodríguez, Virginia

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

viriniarodriguez23@hotmail.com

Provenzano, Martina

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

martuprovenzano@gmail.com

Toth, Camila

Licenciada en Psicología. Adscripta, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

cami_toth@hotmail.com

Resumen

En el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, resulta fundamental situar con precisión grupos poblacionales cuyas problemáticas (vulnerabilidad psicosocial, problemáticas vinculadas a las violencias, dificultades en el acceso a la vivienda, entre otras) requieren de la implementación de estrategias de abordaje similares, más allá de la singularidad de cada caso e independientemente del diagnóstico. En este sentido, desde el campo de la salud mental comunitaria, hace unos años se viene desarrollando la categoría de Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP), proporcionando elementos para comprender con mayor rigurosidad las particularidades un grupo de usuarias/os que precisan una atención diferenciada, debido a la variedad y complejidad de sus problemáticas. A dicho grupo de usuarias/os pertenecen: personas en proceso de externación o externadas de los Hospitales Psiquiátricos (HP), así como aquellas que, sin haber llegado al HP, también requieren de estrategias sólidas y sostenibles en el tiempo para evitar llegar al mismo.

Este artículo se propone realizar en un principio, una revisión histórica de la categoría TMSP para luego proponer un análisis crítico de la misma, realizando un deslizamiento del concepto trastorno hacia el de padecimiento a la luz de las particularidades del contexto argentino.

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi
Bosssetti | Martínez | Treffilo | Otta | Rodríguez | Provenzano | Toth

Palabras claves: Trastorno Mental Severo y Persistente - Padecimiento Mental Severo y Persistente - Procesos de vulnerabilización - Atención Primaria de la Salud - Salud Mental.

Abstract

Within the framework of the implementation of the National Mental Health Law No. 26,657, it is essential to locate population groups whose problems (difficulties in accessing housing, psychosocial vulnerability, problems related to violence) require the implementation of similar approach strategies, beyond the uniqueness of each case and regardless of the diagnosis. In this sense, from the field of community mental health, a few years ago the category of Severe and Persistent Mental Illness (SPMI) has been developed, providing elements to understand, more rigorously, the particularities of a group of users who require differentiated care, due to the variety and complexity of its problems. To this group of users belong: people in the process of being discharged or discharged from Psychiatric Hospitals (HP) as well as those who, without having reached the HP, also require solid and sustainable strategies over time to avoid reaching it.

This article intends to carry out, initially, a historical review of the SPMI category and then propose a critical analysis of it, making a shift from the concept of disorder

to that of suffering in light of the particularities of the Argentine context.

Kew words: Severe and Persistent Mental Illness - Severe and Persistent Mental Suffering - Processes of vulnerability - Primary Health Care - Mental Health.

Introducción

Este artículo se enmarca en el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), considerando sus avances, limitaciones y desafíos. A más de 10 años de su sanción, creemos necesario revisar aquellas categorías que permitan contribuir a la consolidación de un modelo de atención con base comunitaria, sostenido en la protección de los derechos humanos.

El proceso de transformación del modelo manicomial contempla –aunque no solamente– la sustitución de los hospitales monovalentes por “dispositivos alternativos” (art. 27, LNSM) orientados al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales, organizados y articulados bajo los principios de la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

Se trata de una estrategia que reorganiza el funcionamiento de los sistemas de salud, organizando transversalmente las acciones a lo largo de los distintos niveles de complejidad y que se caracteriza por la integralidad

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi
Bosssetti | Martínez | Treffilo | Otta | Rodríguez | Provenzano | Toth

de sus acciones y la articulación entre los servicios de atención con el objetivo de organizar la continuidad del proceso de atención cuidado de los/las usuarios/as en el tiempo. Es así que, en el marco de esta estrategia y del proceso de transformación del modelo de atención manicomial hacia un modelo de salud mental comunitaria, consideramos clave al primer nivel de atención en el fortalecimiento de equipos y recursos para propiciar las estrategias de atención-cuidado acordes a las necesidades de la población, y priorizando las redes interinstitucionales y comunitarias para los procesos de atención. Asimismo, según la LNSM, en situaciones en que sea necesaria una internación, propicia que la misma se realice preferentemente en Hospitales Generales. De este modo resulta fundamental contar en la red de servicios con las condiciones necesarias para la adecuada continuidad de los procesos de atención, con especial énfasis en aquellas personas con problemáticas severas y persistentes en salud mental. Podemos ubicar aquí, un grupo de usuarias/os que precisan una atención diferenciada, debido a la variedad y complejidad de sus problemáticas. A dicho grupo de usuarias/os pertenecen: personas en proceso de externación o externadas de los Hospitales Psiquiátricos (HP), así como aquellas que, sin haber llegado al HP, también requieren de estrategias sólidas y sostenibles en el tiempo en el marco de la red de APS para evitar llegar al mismo.

Priorizar el acceso a servicios de salud mental, delinear políticas públicas y estrategias sanitarias vinculadas a la continuidad de la atención, exige situar con precisión grupos poblacionales cuyas problemáticas (vulnerabilidad psicosocial, problemáticas vinculadas a las violencias, dificultades en el acceso a la vivienda, entre otras) requieren de la implementación de estrategias de abordaje similares, más allá de la singularidad de cada caso e independientemente del diagnóstico. En este sentido, desde el campo de la salud mental comunitaria, hace unos años se viene desarrollando la categoría de Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP), proporcionando elementos para comprender con mayor rigurosidad las particularidades del grupo antes mencionado. Este artículo se propone realizar, en primer lugar una revisión histórica de la categoría TMSP, para luego proponer un análisis crítico de la misma, proponiendo un deslizamiento del concepto de trastorno hacia el de padecimiento a la luz de las particularidades del contexto argentino.

Breve recorrido histórico acerca del concepto TMSP

En diferentes producciones que veremos a continuación, esta categoría aparece bajo diversas denominaciones utilizadas como sinónimos: Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP) y Trastorno Mental Gra-

ve (TMG) son las más utilizadas. Diversos argumentos aparecen en el campo científico acerca de la importancia de la delimitación y la implementación de la categoría TMSP. En primer lugar, esta categoría surge en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental, con el fin de trascender la perspectiva del diagnóstico como base y único criterio para definir la problemática de salud mental y organizar la atención (Conejo Cerón, 2014). En segundo lugar, constituye una categoría multidimensional que se propone un abordaje complejo e integrador de las problemáticas, posibilitando la obtención de datos fiables para la organización de intervenciones y recursos, a través de estudios que indiquen las dimensiones socio-subjetivas del TMSP, sus principales características y las variables asociadas (Navarro y Carrasco, 2010). Por último, consideramos que esta categoría permite poner en tensión los reduccionismos propios del paradigma médico hegemónico: individual/social, normal/patológico, crónico/agudo, entre otros.

Previo al proceso de desinstitucionalización, iniciado hacia la segunda mitad del siglo XX en Europa y EEUU y más tarde en Latinoamérica, era escaso el análisis que se realizaba respecto a los modos de definir la categoría de TMSP, ya que no se diferenciaba entre enfermedad y discapacidad, por momentos tomados como sinónimos, y se consideraba a la hospitalización como

criterio de cronicidad, al ser el único recurso existente (Bachrach, 1988). Estos diversos procesos regionales de desinstitucionalización fueron dando lugar a una redefinición de la población y con ella de la categoría TMSP. De este modo, el viraje de una atención centrada en las instituciones asilares a una atención centrada en la comunidad, dio lugar a una definición de TMSP, más consensuada y representativa, que comprende las dimensiones de: diagnóstico, discapacidad funcional y duración (Ruggeri et al, 2000; Parabiaghi et al, 2006; Lopez y Laviana, 2007).

Conejo Cerón y otros (2014) historizan las definiciones sobre esta categoría ubicando en primer lugar la de Golman y cols. (1981), según la cual, la categoría de enfermedad mental crónica comprende a las personas que sufren trastornos psiquiátricos graves y crónicos, y/o trastornos severos de la personalidad, que resultan limitantes o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales ligadas al desenvolvimiento de la persona en su vida cotidiana (higiene, relaciones interpersonales, interacciones sociales, trabajo, aprendizaje, recreación, etc.), y además dificultan la autonomía económica. Asimismo, según esta definición, se trata de personas que generalmente han estado hospitalizadas, variando en cada caso su duración. Esta definición integra, por tanto, las tres dimensiones a las que ya se hizo referencia: diagnóstico, discapacidad y duración. En

segundo lugar, la definición del Instituto Nacional de Salud Mental Americano (NIMH) del año 1987, la más representativa y que ha alcanzado mayor consenso: “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social” (Madoz Guspire et al, 2017: 6).

Dentro del *diagnóstico* consideran los trastornos psicóticos no orgánicos y algunos trastornos de la personalidad; en la dimensión *duración* consideran las enfermedades y tratamientos superiores a dos años; por último, entienden por *discapacidad* la afectación del funcionamiento laboral, social y familiar, que puede variar de moderada a severa.

Schinnar y cols. (1990) relevan 17 definiciones de TMG acuñadas entre 1972 y 1987, que han sido utilizadas para formular programas de atención y estimar la prevalencia de dicha enfermedad en la población. Arribaron a la conclusión de que los autores acuerdan en considerar el diagnóstico, la discapacidad y la duración de la enfermedad como criterios para definir la enfermedad mental severa y persistente, siendo la definición del NIMH la más utilizada por la mayoría. El diagnóstico es considerado la base para diagnosticar enfermedad mental severa y persistente. En 9 de 17 definiciones se ubica a la esquizofrenia (como psicosis no orgánica) o

los trastornos afectivos mayores como diagnósticos requeridos. La discapacidad fue considerada en 13 de los 17 estudios, si bien la mayoría acuerda en las categorías más relevantes a considerar se observa ambigüedad en las combinaciones y en la importancia de cada una. Entre las más utilizadas se encuentran: limitaciones en el empleo, limitaciones en el trabajo informal, una actividad diaria dañada y una actividad social dañada. La duración de la enfermedad es el criterio más problemático debido a la diferencia en establecer si el criterio es la adecuada medición del tiempo o la frecuencia de la atención en servicios de salud mental.

Slade y cols. (1996), en Inglaterra, incluyeron a la categoría de TMSP dos dimensiones que no habían sido contempladas hasta ese entonces y que buscan darle mayor consistencia a la definición para la práctica clínica. Sostienen que la falta de consenso sobre la categoría en la práctica, plantea la pregunta sobre cómo se establece la elegibilidad para el cuidado en salud mental. De este modo, incluyen en la categoría las dimensiones de *seguridad* y de *apoyo*. Por *seguridad* se refieren a la vulnerabilidad y riesgo para sí y para terceros. El *apoyo*, por su parte, está dividido en formal e informal, haciendo referencia, el primero, a la atención de los servicios de salud y los recursos sanitarios requeridos, y el segundo, a los vínculos sociales y familiares con que cuenta el usuario de esos servicios. Los autores (Slade

y cols., 1996) destacan la importancia que esta última dimensión comporta, en tanto pone en evidencia aquellas situaciones en que, por no contar el usuario con apoyos informales suficientes, se requieren apoyos más consistentes del sistema de salud.

Entre otros autores más cercanos en el tiempo (Ruggeri et al, 2000; Parabiaghi et al, 2006; Lopez y Laviana, 2007) parece existir consenso en torno a qué aspectos tener en cuenta para una definición operativa de TMS:

- a. Una sintomatología caracterizada por las dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales.
- b. Evolución prolongada en el tiempo (habitualmente más de dos años), lo que implica además una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.
- c. Alteraciones en varios aspectos funcionales, como la vivienda, tareas de la vida cotidiana, las relaciones sociales, el empleo, la conducta social.

Lopez y Laviana (2007) proponen agregar como cuarta dimensión: la existencia de un medio social próximo (contexto) poco tolerante o agotado, que debe ser considerado a la hora de analizar la situación de las personas que requieren atención y definir las intervenciones.

Algunas reflexiones sobre la multidimensionalidad de la categoría TMSP

Este sintético recorrido sobre la categoría TMSP nos permite observar que la misma constituye una construcción diversa y compleja, cuya definición no presenta límites claros ni consenso definitivo. Si bien hay acuerdo respecto a las dimensiones principales que la integran, la definición de cada una y el modo de entender la articulación de esas dimensiones asume una forma diferente con relación a las diversas variables que los autores contemplan. Las características poblacionales de cada región, las particularidades del sistema de salud, los procesos de desinstitucionalización, la ideología y los discursos dominantes junto a la coyuntura histórica, intervienen y delimitan cada una de las versiones.

Las primeras definiciones (Golman, 1981; NIMH, 1987) sobre TMSP hacen referencia principalmente a trastornos mentales de duración prolongada, que conllevan la presencia de discapacidad y disfunción social como consecuencia de los síntomas de la enfermedad. Destacamos aquí la relación directa de causa-efecto establecida entre diagnóstico y discapacidad. Investigaciones más recientes (Slade, 1996, Ruggeri et al, 2000; Parabiaghi et al, 2006; Lopez y Laviana, 2007), si bien acuerdan en las tres dimensiones principales, plantean la importancia de agregar aquellas que hagan referencia

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi
 Bossetti | Martínez | Treffilo | Ota | Rodríguez | Provenzano | Toth

al contexto, como la presencia o carencia de apoyos y a la cotidianidad de la persona. En este sentido, complejizan la categoría y abren la posibilidad de comprender la discapacidad y la duración más allá del diagnóstico, y en relación a las condiciones concretas de vida de las poblaciones como de los recursos existentes, ya sean los formales en el marco del sistema de salud, como también los de la vida cotidiana y comunitaria próximos a los sujetos.

A su vez, Lopez y Laviana (2007) sitúan dentro de las tres dimensiones propias del TMSP, la sintomatología en lugar del diagnóstico. Si bien afirman que puede traducirse en un diagnóstico, lo relevante de la sintomatología descansa en los inconvenientes en la captación de la realidad y el manejo de las relaciones interpersonales, entre otras; buscando, sin desestimar el diagnóstico, considerar las características y alcances del impacto.

Pese a la variedad de definiciones y a la dificultad en la unificación de criterios, consideramos que la potencialidad de TMSP se sitúa principalmente en el punto de encuentro entre las diferentes versiones de la misma: su carácter multidimensional y la posibilidad que abre de contemplar los aspectos sociales y subjetivos, además de los sanitarios, que intervienen en las problemáticas severas de salud mental corriendo del centro el diagnóstico como único criterio de definición, y

entendiendo sus diversas dimensiones como aspectos que no existen en la realidad de manera desligada, sino de forma interdependiente. También la denominación del concepto *severo y persistente* implica una diferencia en relación a la cronicidad, ligada habitualmente a parámetros de clasificación diagnóstica. Es importante desestimar la relación causal entre diagnóstico y discapacidad, donde determinar la supuesta patología mental nos indicaría el grado de discapacidad. La ventaja de la categoría es visibilizar las múltiples dimensiones del padecimiento mental.

TMSP, Inequidad Social y Procesos de Vulnerabilización

La historización y las diversas dimensiones de las definiciones de TMSP nos brindan un marco para pensar a nivel local los criterios que permiten construir una perspectiva del concepto, más cercano a nuestra realidad social, histórica y política.

En ese sentido, nos planteamos la necesidad de reflexionar sobre nuestro contexto, entendiendo que la cooperación y los conflictos son la base de la vida en común, las dimensiones de los problemas se desprenden de lo que acontece en la vida cotidiana de las personas. Las condiciones de reproducción de la población se visibilizan en los niveles de la vida institucional en donde se establecen (Galende, 2015).

Es por esto que nos interrogamos acerca de cómo incluir los altos niveles de desigualdad que atraviesa la estructura social Argentina en relación a la categoría TMSP que nos proponemos trabajar. Según el Informe *Deterioro de las condiciones de subsistencia económica en tiempos de Pandemia* del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA, 2020), durante el 2° trimestre del año 2020, escenario efectivo de la crisis generada por la crisis sanitaria COVID19, la tasa de indigencia habría sido de 13,6% y la tasa de pobreza de 47,2%. Estas tasas representan un aumento del 79% y del 32%, respectivamente, con respecto a las tasas de igual período del año 2019. El segundo trimestre de 2020 aumentó de 20 a 25 veces la brecha de ingresos entre los más pobres y los más ricos (UCA, 2020: 5).

Las inequidades y la desigualdad producen procesos de pauperización de la población, tienen consecuencias en las condiciones concretas de vida de las personas y acrecientan el deterioro de la trama social. Nos referimos a aquellas situaciones que se ven signadas por la falta de acceso a condiciones elementales de existencia que producen desamparo social y agudizan las problemáticas de violencias, generando y/o profundizando sufrimiento psíquico.

Para reflexionar acerca del concepto de TMSP y las dimensiones que lo constituyen desde nuestras latitu-

des, creemos necesario tener en cuenta la precarización de las condiciones de existencia, la falta de acceso a servicios básicos, la distribución desigual de los recursos, la vulneración de derechos y la fragilidad de los lazos sociales y soportes relacionales. Creemos que la categoría que nos permite pensar esta dinámica en el marco del presente artículo es la de *procesos de vulnerabilización*, los cuales están conformados por un “conjunto de estrategias biopolíticas que incluyen –junto a la precarización económico-laboral, la desafiliación y la crisis de los procesos identificatorios– la producción de procesos subjetivos complejos, produciendo específicas fragilidades sociales y subjetivas” (Fernández, 2005: 133).

Para Carballada (2018), las desigualdades sociales van desgastando las referencias y el sentido, la imposibilidad del ejercicio de los derechos sociales lleva también al estallido de los derechos civiles, se rompen los puntos de apoyo y esto lleva a la construcción de una subjetividad cada vez más asediada. “La desigualdad, se inscribe en los cuerpos, les arranca la historia, lo colectivo, la pertenencia y, se expresa también a través de la palabra en clave de padecimiento” (Carballada, 2018).

En esta línea, y recuperando lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, las limitaciones en los derechos humanos básicos de individuos y comunidades vulnerables pueden actuar como “poderosos

determinantes de los trastornos mentales” (OMS, 2004: 7). Esto también está contemplado en la propia definición de salud mental propuesta en la Ley N° 26.657: un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

El 1° Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental realizado durante 2019 arrojó que de las 12.035 personas censadas, la media de internación de las mismas en instituciones monovalentes es de 8 años (siendo 4 en instituciones privadas y 12 en las públicas), al menos el 37,2% se encuentra internada por razones sociales o de vivienda, el 60,4% no firmaron consentimiento informado y sólo el 36,4% tiene criterio de internación (existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros). Respecto a la disposición y administración de bienes, el 68,8% tiene ingresos económicos pero solo el 28% los administra, y si bien el 58% tiene vivienda, solo el 74% dispone de ella. Hay un 25,3% que no cuenta con ingresos y un 20,6% refirió no saber leer ni escribir.

En el contexto actual de nuestro país es insoslayable situar la inequidad y los procesos de vulnerabilización como eje transversal a la categoría TMSP, ya que nos permite trabajarla no solo a la luz de nuestra realidad

social, histórica y política, sino que también nos posibilita problematizar dos dimensiones fundamentales: Diagnóstico y Discapacidad.

De la categoría del TMSP hacia la configuración del Padecimiento Mental Severo y Persistente basado en el Modelo Social de la Discapacidad y en el Modelo de Salud Mental Comunitaria

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) a la cual nuestro país adhiere mediante la Ley N° 26.378/2008, plantea que la discapacidad “es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006).

Dicha conceptualización descentra el foco en el diagnóstico y plantea un modelo social de la discapacidad que apunta a una visión general e integral de las personas, y concibe las condiciones concretas de existencia como parte fundamental del proceso salud-enfermedad.

Cecilia Augsburger y Sandra Gerlero (2005) ubican los riesgos de pensar la patología como hecho meramente natural, biológico y ahistórico, propio del Modelo Médico Hegemónico, y señalan que entender los procesos de salud enfermedad en relación a la historia y

la cultura nos permite corrernos de una visión coyuntural de los procesos patológicos, y habilita a comprender la expresión de los fenómenos en las condiciones que se generaron.

Es en este sentido que el modelo social de la discapacidad y el modelo de salud mental comunitaria nos acercan un nuevo marco para pensar intervenciones en salud mental respetuosas de los derechos humanos. Estos modelos hacen entrar en escena a las/os usuarias/os de los servicios de salud/salud mental y entienden fundamental tener en cuenta su voz, sobre quienes han recaído las intervenciones manicomiales, lo cual constituye un punto irrevocable que marca en la cultura el lema “nada sobre nosotros sin nosotros”, impactando en la vida de quienes lo nombran y lo sostienen constituyéndose en actores claves en la lucha por sus derechos, poniendo en agenda la construcción de políticas públicas acorde a sus necesidades y con su participación efectiva.

En esta línea entendemos que para pensar el TMSP en clave de padecimiento no solo es necesario cambiar el modo de nombrarlo, pudiendo ser Padecimiento Mental Severo y Persistente (PMSP), sino también necesitamos disponer de una herramienta que nos permite corrernos de los criterios de los manuales de clasificación diagnóstica (CIE/DSM) y nos habilite a conocer y comprender la situación singular de aquellos usua-

rias/os con padecimiento severo y persistente en la red de APS. En este sentido, pensar en la construcción de un *diagnóstico de situación* quizás aporte mayores posibilidades para el trabajo de situaciones de padecimiento severo y persistente en la red de APS, considerando a la subjetividad como dimensión transversal a las prácticas de salud (Bang y Stolkiner, 2003).

El *diagnóstico de situación* tiene como objetivo identificar las dimensiones subjetivas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que producen procesos de atención integral. Dicho diagnóstico se construye mediante la práctica de una clínica ampliada (Campos, 2001), y mediante el ejercicio de alteridad para comprender cuáles son las posibilidades del otro, desde dónde lee su situación, desde dónde las elabora. Es un diagnóstico que contempla la dimensión psicológica, social y orgánica, y que identifica riesgos y vulnerabilidades. Sirve para entender cómo el/la usuario/a construye el problema, pues entender cómo construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos/as los proyectos de cambio (Ferrandini, 2011).

Siguiendo esta línea, entendemos que para construir un diagnóstico situacional es fundamental mapear el contexto social e histórico de la persona, su familia, indagar los itinerarios terapéuticos, historizar los procesos de atención, realizar la evaluación de las vulne-

rabilidades compuestas por los factores de riesgo y los factores de protección.

Nos interrogamos acerca de cómo generar un aporte en relación al proceso de atención-cuidado de usuarias/os con padecimiento mental severo y persistente, que contribuya al fortalecimiento de la continuidad de la atención en el marco de la red de APS.

Lopez y Laviana (2007) operativizan el concepto TMSP considerando dimensiones que permiten identificar la población que necesita de cuidados en salud mental. Entendemos que en nuestro contexto es fundamental incorporar ese gesto, nos impulsa a pensar y construir dimensiones para operativizar la definición de Padecimiento Mental Severo y Persistente que nos habilite a puntualizar el *diagnóstico de situación*, referencia semántica que nos permite centrarnos en el modelo de salud mental comunitaria en nuestro contexto actual.

Las dimensiones que van a dar cuenta de la definición operativa del PMSP en nuestro contexto actual contemplan la traducción vinculada a nuestros territorios y marcos teóricos. Hemos sumado, a las dimensiones ya planteadas por Lopez y Laviana (2007), dimensiones vinculadas a las características de nuestro territorios, imprescindibles para pensar el padecimiento subjetivo en clave contextual:

- Una sintomatología caracterizada por las dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales, no hablándose de un “diagnóstico nosográfico”.

- Evolución prolongada en el tiempo (habitualmente más de dos años), lo que implica, además, una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, con hincapié en los de hospitalización.

- La existencia de un medio social próximo (contexto) poco tolerante o agotado, que debe ser considerado a la hora de analizar la situación de las personas que requieren atención y definir las intervenciones.

- Alteraciones en varios aspectos funcionales, como la vivienda, tareas de la vida cotidiana, las relaciones sociales, el empleo, la conducta social.

- En una sociedad desigual como la nuestra, con altos índices de pobreza, desempleo e indigencia, la vulneración de derechos y la fragilidad de los soportes relacionales están presentes. Resulta significativo incluir los “factores de protección social” como una nueva dimensión, ya que contar con la protección social necesaria posibilita garantizar derechos básicos, y que los mismos sean soporte de otras estrategias e intervenciones vinculadas al proceso de atención en salud.

- Procesos de autonomía, vinculados a la necesidad de apoyos formales (utilización continuada de recursos

sanitarios y sociales) e informales (familiares, allegados/as, comunidad). Propiciar procesos de autonomía es prioritario para la participación plena en la sociedad y considera fundamental producir las apoyaturas que se requieran (ONU, 2006).

Reflexiones Finales

La categoría de TMSP no constituye una categoría cerrada y unívoca, va siendo delimitada de diversos modos en función de las características contextuales (sociales, políticas, históricas) de cada región en que es utilizada, contemplando las especificidades de cada contexto, las particularidades de cada sistema de salud y las características poblacionales. Se constituye en una categoría multidimensional, integradora, permitiendo problematizar y superar anquilosadas dicotomías como por ejemplo “crónico” y “agudo”, evitando el reduccionismo que se da bajo el rótulo del diagnóstico nosográfico en el marco de un proceso de desinstitucionalización, considerando las dimensiones socio-sanitarias y permitiendo obtener datos fiables para planificar y organizar recursos e intervenciones.

El deslizamiento de Trastorno Mental Severo y Persistente a Padecimiento Severo y Persistente apuesta a tomar un posicionamiento clínico-ético-político. Si entendemos que los modos de nombrar son performativos, dan cuenta de modalidades de atención y de

la construcción y diseño de políticas públicas en salud mental. En el marco del enfoque de derechos humanos, el término padecimiento incluye la dimensión subjetiva; es decir, el sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social, en el sentido de entender el padecimiento no asociado a la noción de enfermedad-trastorno-discapacidad, sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural.

¿Por qué consideramos que el padecimiento severo y persistente es una categoría clave para el trabajo desde la estrategia de APS? Porque identificar grupos poblacionales que engloben problemáticas que necesitan la implementación de estrategias de abordaje similares, más allá de la especificidad y singularidad de cada caso, e independientemente del diagnóstico, que precisen una atención diferenciada, debido a la variedad y complejidad de las dificultades que enfrentan y, teniendo en cuenta que parte de estos usuarios/os serían los externados de los HP, se convierte en un desafío fundamental para los equipos de salud en el proceso de implementación de una red de atención coordinada y articulada entre todos sus niveles, que sustituya la necesidad de los hospitales psiquiátricos para su posterior cierre definitivo.

Precisar esta categoría no solo apunta a producir procesos de atención- cuidado ajustados a las necesidades de las personas a partir de la reformulación de

las dimensiones, también implica generar herramientas específicas para transformar las prácticas de los equipos interdisciplinarios en el abordaje de los padecimientos mentales severos y persistentes.

Bibliografía

Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, docencia y tecnología, Volumen 24*,123-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14527692005>

Campos, G.W.S. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.

Carballeda, A. (2018). Las sociedades de la desigualdad. En *Entredichos. Intervenciones y Debates en Trabajo Social*, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Dossier N°4. Disponible en: <http://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2018/12/04/n4-las-sociedades-de-la-desigualdad/>

Conejo Cerón, S. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272014000200005

Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Revista Salud Mental y Comunidad N° 3.* UNLa, 29-40.

Fernandez, A.M.; López, M. (2005). Vulnerabilización de los jóvenes en Argentina: Política y Subjetividad. *Revista Nómadas*, Universidad Central de Colombia, N° 23.

Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 2015.

Gerlero, S. y Augsburg, C. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, Volumen 15.

Goldman, M. D. (1981). Defining and Counting the Chronically Mentally III. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.32.1.21>

Ley N° 26.378. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Lopez, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, Volumen 27, 187-223. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016

National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System*. Washington, DC: NIMH.

Navarro, D. y Carrasco, O. (2010). Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con trastorno mental grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación Psicosocial*, Volumen 7, 11-25 Fundación de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental. FISLEM. Toledo, España.

Organización de Naciones Unidas (ONU, 2006). Convención de los derechos de las personas con discapacidad.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

Parabiaghi, A; Bonetto, C; Ruggeri, M; Lasalvia, A; Lesse, M (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Volumen 41, 457-463.

Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019). Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf><https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

Ruggeri et al (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Disponible en

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi Bossetti | Martínez | Treffilo | Otta | Rodríguez | Provenzano | Toth

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/definition-and-prevalence-of-severe-and-persistent-mental-illness/44991EA2B93AD2537AED6383A>

Ruggeri, M; Leese, M; Thornicroft, G; Bisoffi, G; Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British journal of psychiatry*, Volumen 177, 149-155.

Schinnar, Ph.D., Aileen B. Rothbard, Sc.D., Rebekah Kanter, M.S., and Yoon Soo Jung, M.A.: An Empirical Literature Review of Definitions of Severe and Persistent Mental Illness.

Slade, M; Powell, R; Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Volumen 32, 177-184.

UCA (2021). Informe Deterioro de las condiciones de subsistencia económica en tiempos de Pandemia. Observatorio de la Deuda Social Argentina, Buenos Aires. Disponible: <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/observatorio%20deuda%20social/documentos/2020/2020-observatorio-socioeconomico-informe-tecnico-serie-impacto-social-covid-19%20amb.pdf>



Reflexión crítica, sobre los abordajes en salud mental, desde una perspectiva de Derechos Humanos. *Una aproximación a la provincia de Entre Ríos en relación a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Problematización de la situación de los servicios de salud mental y la internación*

María Fernanda Ferrando

Psicóloga (UNR), Especialista en Salud Mental (RiSAM-Paraná), Magíster en Salud Mental (FTS-UNER). Ministerio de Salud - Gobierno de Entre Ríos

ferrandomariaf@gmail.com

Resumen

El artículo es un recorte y adaptación -es decir, una nueva producción- de una investigación realizada para una tesis de Maestría en Salud Mental (FTS-UNER). Enmarcada en un cambio de paradigma hacia uno respetuoso de derechos en el que se hace posible la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en la Argentina, la apuesta es a una problematización de los servicios de salud mental a través de analizadores críticos como lo son: la conjunción entre locura y pobreza, la pérdida de la identidad social y el concepto de externalización.

El desarrollo toma como insumo, principalmente, la información recabada a través de los tres censos de población internada por motivos de salud mental realizados en la provincia de Entre Ríos, entre 2013 y 2019. Y la problematización apunta a pensar la relación entre la legalidad y las prácticas, entre el marco teórico y la realidad sanitaria, para producir información sobre el proceso de adecuación que se está llevando adelante en el territorio.

Palabras clave: Ley Nacional de Salud Mental - Evaluación de Servicio de Salud - Reforma de sistemas de salud.

Abstract

The article is a cut and adaptation -that is, a new production- of a research carried out for a Master's thesis in Mental Health. Framed in a paradigm shift towards one respectful of rights, in which the sanction of the National Mental Health Law in Argentina becomes possible, the bet is to problematize mental health services through critical analyzers such as they are: the conjunction between madness and poverty, the loss of social identity and the concept of externalization. The development takes as input, mainly, the information collected through the three censuses of the population hospitalized for mental health reasons carried out in the province of Entre Ríos, between 2013 and 2019. And the problematization aims to think about the relationship between legality and practices, between the theoretical framework and the health reality, to produce information on the adaptation process that is being carried out in the territory.

Keywords: National Mental Health Law - Health Services Evaluation - Reform of health systems.

El presente artículo se basa en la información recabada a partir de una investigación evaluativa realizada en la provincia de Entre Ríos, en 2018, en el marco de una tesis de Maestría en Salud Mental

(Facultad de Trabajo Social -UNER). A partir de allí, el objeto que motiva estas líneas tiene que ver con compartir algunos ejes de problematización que se desprenden de la descripción y caracterización, por un lado, de la red sanitaria provincial, y por el otro, de la información relevada a través de los tres censos de población internada por motivos de salud mental, llevados adelante en la provincia, sobre el subsector público y privado de salud. La definición de ambos componentes se vincula entre sí: la configuración de los servicios de salud mental, focalizada en el segundo y tercer nivel de atención, que históricamente han concentrado la demanda y respuesta frente a la problemática de salud mental, por un lado, y por el otro, las personas usuarias de estos servicios; caracterización necesaria para poder tensionar estas particularidades en relación al marco jurídico-normativo que las afecta dentro del Paradigma de Derechos instituyente.

Pensar la relación entre la legalidad y las prácticas, entre el marco teórico que apuesta a una red de servicios integral e integrada y la que se ha logrado instituir hasta este momento, con las particularidades de una población internada de larga data en instituciones monovalentes, es una dimensión que al estudiarla abunda en información sobre el proceso de adecuación que se está llevando adelante en el territorio.

Breve caracterización del sistema sanitario entrerriano

La provincia de Entre Ríos se encuentra dividida en 17 Departamentos y posee una extensión territorial de 78.781 km². Los efectores de salud públicos se encuentran organizados por niveles de complejidad y operativizados principalmente a través de 330 centros de salud (212 provinciales y 118 municipales) y 65 hospitales provinciales, categorizados según capacidad resolutive y especialidad. De estos últimos, 4 son hospitales monovalentes de salud mental, y los 61 hospitales restantes se dividen en: centros de rehabilitación, de tercera edad, pediátrico, materno infantil y generales. De estos 61, 8 cuentan con Servicios de Salud Mental, constituidos formalmente. Los restantes poseen equipos de salud conformados por más de una disciplina de salud mental.

Con esta descripción, groseramente, queda planteada la estructura sanitaria general en lo que respecta al abordaje de las problemáticas de salud mental de la provincia. Seguramente no se agota en este despliegue, no es la intención, sino que el objetivo de la misma es que quien esté leyendo pueda armarse una imagen mental de la organización y que, si bien existen recursos, equipos y dispositivos en el primer nivel de atención, potentes y receptivos de la demanda, la respuesta que

concentra los recursos y está arraigada en el sentido común, sigue siendo hospitalocéntrica.

De allí el recorte del segundo y tercer nivel de atención para este estudio: los 4 hospitales monovalentes (Hospital Escuela de Salud Mental, de Paraná; Hospital Colonia, de Diamante; Hospital Luis Ellerman, de Rosario del Tala; Hospital Raúl Camino de Federal) y los 8 Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales (Hospital Felipe Heras, de Concordia; Hospital Centenario, de Gualeguaychú; Hospital San Antonio, de Gualeguay; Hospital Santa Rosa, de Villaguay; Hospitales San Martín, San Roque y Pascual Palma, de Paraná). Ubicar la particularidad (vetusta) de esta estrategia, introduce nuevamente la problemática que supone sostener una respuesta sanitaria centrada en este nivel, cuando el compromiso asumido por los Estados, críticamente, tiene que ver con considerar la APS como eje ordenador de todo el sistema sanitario.

Según lo dispuesto por la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) y su Decreto Reglamentario (Art. 27), el 2020 era el año considerado límite para la sustitución definitiva en todo el territorio argentino de los dispositivos monovalentes, de acuerdo al Consenso de Panamá, adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental, convocada por la OPS-OMS (2010). En este sentido, Entre Ríos, siendo una de las primeras provincias en formular una ley de salud mental propia (N°

8806, 1994), previa a la ley nacional, en lo que a esta línea de adecuación respecta, se evidencia transitando un proceso todavía inicial. Si bien en cumplimiento al antes mencionado artículo de la ley no se han creado nuevas instituciones monovalentes en el territorio provincial, el cierre de los ya existentes es aún un ideal. Y lo seguirá siendo mientras no se comprometan todos los sectores en abonar a la salud mental de la población.

Caracterización de los modos de organización de los efectores para la recepción de la demanda de salud mental

Para este punto, se relevaron datos de fuentes secundarias como informes emitidos por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud (ER) y hospitalarios disponibles al año 2018, y de fuentes primarias (encuesta¹). Se ordenó la información en dos puntos.

a) *Camas disponibles para internación por motivos de salud mental.* Este número es un indicador complejo de definir ya que al respecto pueden surgir al menos dos posiciones: una que sostiene que, como las problemáticas de salud mental deben abordarse sin discriminación al igual que cualquier otra situación de salud, todas las camas disponibles de un efector, potencialmente, pueden ser para personas usuarias de salud mental; o, por el contrario, considerar la necesidad de destinar camas específicas para salud mental como modo de instaurar

esta práctica (discriminación positiva). La investigación demuestra que este indicador ha ido variando de una posición a otra, sin ser homogénea ni planificada la decisión, sino más bien discrecional según el efector. Existen instituciones que cuentan con una sala específica para internación por motivos de salud mental, o número de camas fijo para este fin, y otras que no presentan esta disposición. En este sentido, por ejemplo, estas últimas no fueron incluidas en el segundo censo (2017) realizado, a pesar de que en Entre Ríos, alrededor del 68% de las internaciones por motivos de salud mental se registran por fuera de esta selección, según la aclaración hecha por la misma unidad ejecutora del estudio.

En cuanto a los efectores monovalentes, entre los años 2008 y 2018, se observa que las camas disponibles, considerando los 4 hospitales públicos de salud mental, mermaron en un 27% (pasaron de 513 a 378 camas); es decir que se procedió al cierre definitivo de 135 plazas, sin discriminar en el informe los motivos que posibilitaron tal cierre, o el destino de estas personas.

En el caso de los hospitales generales con Servicios de Salud Mental que cuentan con camas específicas para internaciones por motivos de salud mental (4), se observaron leves variaciones en ese mismo período de tiempo. En los restantes 4 hospitales generales con Servicio de Salud Mental no se cuenta con camas específicas; se utilizan a demanda las camas disponibles en general.

b) *Modalidades de ingreso a las instituciones por motivos de salud mental y dispositivos de atención de la demanda.* Aquí vale retomar el capítulo V sobre Modalidad de abordaje, donde la LNSM promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Incluso, en su Decreto Reglamentario, en el mismo artículo 8, enuncia que la Autoridad de Aplicación debe diseñar programas tendientes a la conformación de los mismos y que, hasta tanto esto se logre, los recursos existentes deben reorganizarse interdisciplinariamente.

Considerando la información recabada a través de las entrevistas², puede definirse que la mayoría de las instituciones disponen de diferentes modalidades de ingreso para la atención por motivos de salud mental: consulta espontánea, por guardia, por dispositivos instituidos a tal fin y a través de otros equipos y/o instituciones, como son las derivaciones de otros sectores (Justicia) o interconsultas de otros Servicios generales del mismo efector. De este modo, se combinan vías de acceso espontáneas con modos programados, pero no todas estas instancias se llevan a cabo a través de equipos interdisciplinarios. Si bien en las entrevistas grupales, los equipos manifestaron que es el horizonte al que apunta la organización institucional, muchos dispositivos aún son monodiscipli-

nares o, en el mejor de los casos, multidisciplinarios. En cuanto a los dispositivos u ofertas de atención, estas comprenden un abanico diverso de intervenciones que cada equipo construye en función de la demanda de su territorio y/o problemática que se presenta, generando espacios propios entre las y los agentes de salud y las personas usuarias de los servicios de salud mental. Ejemplos de estos son: espacio biblioteca, equipos de intervención comunitaria, talleres con actividades lúdicas y artísticas.

Al igual que la modalidad de guardia, estos espacios distintos a la tradicional respuesta sanitaria (atención disciplinar por consultorio), no son programadas desde el nivel central- ministerial. Tampoco son registradas como prestaciones de los equipos de salud mental en los programas formales de carga de prestaciones de los efectores. Esta circunstancia dificulta la capacidad de gestión y la acción propiamente dicha, quedando siempre la oferta sujeta a la disposición de las trabajadoras y los trabajadores.

La situación descrita evidencia que es a nivel de las microgestiones de las instituciones que se moviliza el avance o se impulsa la implementación efectiva de dispositivos alternativos a la internación frente a situaciones de sufrimientos psíquicos. En todos los casos, para los equipos, la LNSM funciona en su papel preponderante como habilitadora de estas prácticas.

Por último, se evidenció un salto de calidad en la atención en aquellos efectores que han logrado instalar dispositivos de admisión interdisciplinarios, que les han permitido a partir de la cooperación entre las disciplinas, del trabajo horizontal y no piramidal, y de la intencionalidad de una evaluación conjunta, recomendaciones terapéuticas más acordes a las demandas de las situaciones, que menos restringen las libertades de las personas usuarias, haciendo además un uso responsable de los recursos del Estado.

Este salto de calidad puede registrarse, en este estudio, a través de los datos cualitativos que aportan las entrevistas, ya sea a partir de los cambios en la percepción de los equipos como también en la creación de nuevos dispositivos, sustitutivos a las prácticas de encierro. Pero además puede leerse en los indicadores que a continuación se van a destacar, a partir de los censos, sobre las personas internadas por motivos de salud mental: en el número de internaciones, en la disminución del tiempo de internación, en las externaciones efectuadas, en la mejora en la calidad del registro de los datos de las personas internadas y en la gestión de mejores condiciones de habitabilidad.

Problematización de los datos arrojados por los censos a la luz de analizadores críticos

Se tomaron como fuente principal de información

los censos realizados sobre población internada por motivo de salud mental, tanto individualmente por la provincia (2013- 2017) como el llevado a cabo en conjunto con la Nación (2019), para problematizar la información a partir de analizadores críticos, construidos como conceptos bisagra para funcionar en el sentido en que lo propone la corriente de Análisis Institucional: de ser posibilitadores de la articulación entre los procesos de intervención y la teoría sobre estos procesos; es decir, entre el campo de intervención y el campo de análisis (Manero Brito, 2015).

El primer relevamiento se realizó en 2013 sobre los cuatro establecimientos públicos monovalentes. En 2017 se realizó el segundo; la muestra se amplió a todas las instituciones monovalentes y polivalentes, públicas y privadas, con servicio de internación específica en salud mental, pasando de un estudio de 4 a 18 instituciones: 9 privadas (de ellas, 1 polivalente) y 9 públicas (de ellas, 5 polivalentes). Finalmente, en 2019 se llevó a cabo el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM). Se incluyeron solo instituciones públicas y privadas con internación monovalente en salud mental.

A continuación, un cuadro comparativo (ver Tabla 1) respecto de las dimensiones que contempló cada uno de los tres censos y el total de población internada relevada.

A continuación, se propone una lectura posible de los datos:

a) *La conjunción entre locura y pobreza, y las consecuencias en los procesos de internación.* Para el primer año relevado, el total de internados en la provincia en monovalentes públicos fue de 355 mientras que, cuatro años después, el número descendió a 269; el balance fue de 86 internados menos. Pero en 2017 además se amplió la población relevada. De las 661 camas dedicadas a la internación por salud mental, 531 estaban ocupadas. Más del 90 % de la población internada se encontraba en los efectores monovalentes (486 personas).

Para el CNSM de 2019, el total de personas internadas por motivos de salud mental en Entre Ríos fue de 342. El 68% (231) estaban en instituciones públicas y el 32% (111) en privadas. Se observó una disminución del 30% (144) en las internaciones respecto del censo del 2017.

Considerando la variable de ingreso económico, en 2013 se observa que, si bien aproximadamente un 60% (N=355) de la población internada percibe algún ingreso, el 40% de ella no dispone del mismo, siendo que el componente económico es una herramienta indispensable en los procesos de externación, complejizando aún más la situación si se analiza en vinculación al aspecto habitacional y sus dificultades en el acceso. Por otro lado, es mínimo el valor de las fuentes de in-

Tabla 1: Cuadro comparativo de los tres censos realizados en Entre Ríos a personas internadas por motivos de salud mental. 2013-2017-2019

	CENSO 2013/14	CENSO 2017/18	CENSO 2019
Entidad responsable	Dirección de Salud Mental - Min. de Salud de Entre Ríos	Dirección de Salud Mental - Min. de Salud de Entre Ríos	Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, con colaboración de la provincia de ER
Fecha	Relevamiento del dato en 2013	Relevamiento del dato en 2017	Relevamiento del dato en 2019
Instituciones censadas total	4 - el total de los efectores monovalentes públicos de la provincia	17 efectores públicos y privados, monovalentes y polivalentes	9 efectores públicos y privados, monovalentes
Instituciones publicas	4 monovalentes	9 (5 de ellas polivalentes)	4 monovalentes
Instituciones privadas	0	9 (1 de ellas polivalente)	5 monovalentes
Población blanco	El total de las personas internadas en los efectores monovalentes públicos de la provincia	El total de las personas internadas en las instituciones monovalentes y polivalentes, públicas y privadas, con servicio de internación específica en salud mental, incluidas las comunidades terapéuticas	El total de las personas internadas en las instituciones públicas y privadas con internación monovalente en salud mental

Criterio de exclusión	Los efectores privados y los públicos polivalentes	Los efectores polivalentes que no poseen camas específicas de internación destinadas a salud mental	Las instituciones públicas y/o privadas con internación monovalente únicamente para abordaje en adicciones, instituciones públicas o privadas con internación en salud mental o adicciones que incluyan otras modalidades de internación (hospitales generales o polivalentes), instituciones monovalentes en salud mental y/o psiquiatría ambulatorias que no cuenten con internación, hogares o instituciones residenciales
Variables / Dimensiones	1) Indicadores sociodemográficos: Género y edad, Identidad, Estado civil, Departamento y provincia de origen, Ingreso económico, Cobertura de salud 2) Características de la internación: años de internación, Diagnóstico, Procesos de externación	1) Caracterización de la población: género y edad, DNI, estado civil, nivel educativo, ingresos económicos, cobertura de salud, lugar de residencia 2) Características de la internación: lugar de ocurrencia de la internación, tiempo de internación, diagnósticos, posibilidad de alta, posibilidad y obstáculos para la externación, referentes familiares o comunitarios	1) Caracterización socio-demográfica 2) Caracterización de la internación
Instrumento	Encuesta mediante planilla excel	Encuesta enviada por correo electrónico	Encuesta aplicada de manera presencial, en entrevista a personas usuarias y equipos de salud
Total personas int.	355	531	342

Fuente: elaboración propia para el presente artículo

greso derivadas de un empleo formal, predominando la cobertura del Estado, cuyo monto mayormente se encuentran por debajo de la línea de pobreza e indigencia.

En 2017, el 87% (N=531) de la población internada es económicamente inactiva. Solamente un 1,88% es referido como trabajador activo (asalariado). En la población de los monovalentes públicos, el ingreso por pensión alcanza el 73%, mientras que en los monovalentes privados, es del 20%. Esto evidencia que la mayoría de las personas económicamente activas reciben atención en instituciones privadas. También es importante mencionar que en este año aumentan valores referentes a ingreso económico y cobertura de salud debido a que en 2013 predominaba el desconocimiento del dato.

Para el año 2019, sólo el 9% (N=342) de las personas internadas realiza alguna labor remunerada que puede continuar en caso de externación. El 63% tiene ingresos económicos, pero no los administra; el 12% si los administra, y el resto no tiene.

En cuanto a la cobertura de salud, en 2019, el 49,42% posee obra social, el 21,93% un programa o plan estatal y el 19,88% no tiene ninguna de estas. Sólo el 30% de las personas internadas en los monovalentes públicos tenían obra social, en el subsector privado ese valor alcanza el 89%. Otra referencia es al nivel educativo. En 2013 no fue considerada esta variable. En 2017 se des-

taca el desconocimiento de la misma en 107 personas (N=531); en los monovalentes públicos se desconoce este dato en el 35% de su población, en el 21% en los polivalentes públicos y en 1% en los efectores privados. Del total de la población sobre la que sí se conoce el dato, el 78% (N=424) no alcanza el nivel educativo obligatorio. Lo que es más significativo es que el 70,5 % de las personas analfabetas se encuentran en los hospitales monovalentes públicos y los niveles más altos de instrucción se localizan en los establecimientos privados.

Para el año 2019, el 63% (N=342) de las personas internadas contestó saber leer y escribir. El máximo nivel educativo alcanzado fue primario en el 47,66%, secundario en el 18,71% y superior/universitario en el 5,75% de las personas.

Entonces, por un lado, podría pensarse que los padecimientos psíquicos influyen en el desarrollo académico de las personas que los sufren, pero también podría cuestionarse si las estructuras de enseñanza-aprendizaje contemplan las diferentes trayectorias educacionales y si se dan estrategias de inclusión suficientes.

Queda plasmado que el acceso a cobertura de salud por obra social o prepaga y, por tanto, al subsector privado, evidencia que los padecimientos mentales y el nivel de instrucción se relacionan en función del factor económico. Dicho de otro modo, no se observa una relación lineal entre padecimiento mental y nivel

educativo, de lo contrario el porcentaje de personas analfabetas se distribuiría de manera similar, independientemente del subsistema de salud donde se atiende.

Diferente es la comparación que se puede hacer entre el porcentaje de analfabetismo sobre la población de la provincia (según censo 2010), que es de 2,1% contra el 16,7% de la población internada. Esto es ilustrativo de una situación claramente desfavorable y sobre la que urge trabajar.

Al analizar el porcentaje de personas según años de internación, en 2013, un 43% (N=355) tenía hasta 5 años y un 24% más de 20 años. En 2017 (N=531) se evidencia una mediana de 3,5 años, con una variabilidad entre 16 días y 20.213 días (55 años y medio). Queda expuesto en los informes que la mediana de los hospitales públicos monovalentes, en comparación con el de las otras instituciones, sobresale por su alto valor. Para el 2019 (N=342), la mediana de años de internación fue de 7,5 años, con un mínimo de un mes y un máximo de 50 años. En el público la mediana fue de 9,66 años y en el privado 3,62 años.

En una lectura más fina, los polivalentes públicos y privados y los monovalentes privados presentan una composición porcentual decreciente a medida que los intervalos de tiempo son más largos. Mientras los polivalentes privados presentan un 100% de internaciones menores a 1 año, las instituciones públicas monovalen-

tes presentan la tendencia inversa (composición porcentual creciente a medida que crecen los intervalos de tiempo).

Estas consideraciones respecto al número de personas internadas y a las características en cuanto a nivel educativo, ingreso económico y cobertura de salud, en relación a los años cursados de internación, dan cuenta de las diferencias con las que transcurren las vidas de estas personas en función del factor económico como variable de mayor incidencia, impactando directamente en la duración de sus internaciones, las posibilidades de obtener el alta y sostener la externación.

A través de los sucesivos censos se evidencia una disminución del número neto de personas internadas, lo cual no impacta de manera preponderante en las personas que cursan internaciones prolongadas. Por tanto, se observa que no se ha avanzado cuantitativamente de manera significativa en los procesos de externación de las personas usuarias internadas de larga data. Por el contrario, sí se encuentra una disminución en los tiempos de internación de los nuevos ingresos.

Frente a estos datos, retorna aquella imbricación que advertía Basaglia en sus conferencias en Brasil, dando cuenta de la conjunción entre locura y pobreza. El referente sostenía que “cuando un enfermo debe ser dado de alta del hospital, se pone en evidencia, sobre todo, que el problema principal no es la enfermedad,

sino la miseria” (Basaglia, 1979: 179). Esta representación del loco y pobre se hace evidente en las comparaciones entre población internada en instituciones públicas y privadas; aquellas personas que cursan más de 20 años de internación lo hacen en su mayoría en el monovalente público. Por el contrario, cuanto más cerca del subsector privado y de la atención polivalente, menor es el tiempo de internación. Queda claro que quienes acceden a la atención en el monovalente público por carecer de cobertura de salud prepaga u obra social, son quienes menor ingreso económico soportan y quienes, correlativamente, no lograron alcanzar un alto nivel de instrucción educativa y por tanto su acceso al mundo laboral también es precario. Esa conjunción de condiciones indudablemente es un factor de riesgo. Esto no quiere decir que la atención en los monovalentes públicos sea de mala calidad, sino que la población que allí se aloja es altamente vulnerable en cuanto a condiciones materiales de existencia y, por tanto, se dificulta la salida de la institución.

La enfermedad del pobre se vuelve crónica, la enfermedad del rico tiene una evolución más benigna. No es que haya un virus distinto para las dos enfermedades, lo que sucede es que la evolución clínica se manifiesta de manera distinta porque el contexto social en el cual vive la

persona es diferente. El rico tiene la posibilidad de afrontar el problema, las molestias de la enfermedad, el pobre no. (Basaglia, 1979: 179)

b) *El encierro como productor de una subjetividad particular. Pérdida de la identidad social* Se abre este eje citando a Galende (2008), quien comparte una pregunta: “¿Ustedes se dan cuenta qué razonamiento pudo tener la psiquiatría para poner un dispositivo al que quiso llamar terapéutico, que consiste justamente en privar a estas personas de todo lazo social? Es como ayudar a la enfermedad a lograr su objetivo de destrucción” (p. 408).

Considerando esta formulación y poniéndola a jugar con aquello que situaba Goffman (1972) respecto a las instituciones totales, vale preguntarse cómo la institución va produciendo un tipo particular de subjetividad en aquellas personas cuyas vidas transcurren dentro de sus límites. Estas personas, que llevan años dentro de los hospicios se convierten, por los efectos de esa experiencia, en productos de la institución. No se percibe ya ni a la persona ni a la enfermedad que la llevó al hospital; se ve una personalidad institucionalizada, reproductora de los modos de hacer y decir de la institución (Galende, 2008). Esta reconstrucción, de un nuevo estilo de vida, va inhabilitando a estas personas en condición de internación para vivir por fuera

del hospital. En relación a esta posición es la invitación a leer los datos sobre género, edad, estado civil, lugar de residencia y diagnóstico, a fin de evidenciar características y condiciones de la población en contexto de internación, constitutivas de su identidad social.

Respecto al estado civil, en 2013, el mayor valor lo lleva el desconocimiento del dato. El segundo valor más alto es del estado soltero/a. Particularmente significativa es la situación informada por dos efectores: uno que no conoce el dato en ningún caso, y otro con la totalidad en condición de solteras/os. Ambas situaciones suscitan la pregunta respecto a las características de las entrevistas que se sostienen, las particularidades del abordaje y la importancia atribuida a los lazos sociales, indispensables al momento de proyectar procesos de externación.

En 2017, el 75% (N=531) de las personas están solteras. Sólo el 4% se encuentra casada o en convivencia. Para tener una referencia, según el censo de 2010 de población general de la provincia, un 57% se informó como casado o en convivencia.

En este punto, se introduce una problematización respecto a la relación entre estado civil y salud mental. La pregunta es si los padecimientos mentales producen dificultades en el lazo social y, por tanto, aquellas personas que cursan internación no han podido sostener un proyecto de pareja, o si es ese proyecto de pareja el

que se ha visto fracasado por las condiciones de internación que, en su mayoría, exceden el año.

Respecto a la tenencia de DNI, en 2019, el 94,15% (N=531) de las personas refirieron poseer, pero sólo el 11% (36) lo tenía en su poder. En este año se registraron dos disminuciones: la que tiene que ver con el número de personas sin DNI y aquella en relación a los “sin datos”, lo cual evidencia un trabajo en vías a la garantía de derechos en general, y al de la identidad en particular. Si se relaciona el lugar de residencia y el lugar de ocurrencia de la internación a fin de observar en qué medida la atención se da en el lugar de pertenencia de las personas usuarias (Art. 7, 14 y 30, LNSM), el resultado es que, en 2017, el 87% (N=531) de las personas internadas son de la provincia. Pero, de los extranjeros, casi el 90% se encontraban en un mismo monovalente privado (Comunidad Terapéutica); institución que fue clausurada por el Ministerio de Salud en 2021.

Luego, para afinar la información sobre el grado de territorialidad de las prestaciones, se realizó una distribución porcentual por Departamento de origen de las personas internadas según establecimiento, lo cual arrojó el siguiente dato: excepto en un monovalente, en el resto de los establecimientos predomina la tendencia de población internada originaria de la jurisdicción o cercanías. Para 2019, datos similares.

A través de los censos, el promedio de edad de las personas sigue siendo de 50 años aproximadamente; la mitad de ellos con más de 10 años de institucionalización. Prevalcen los varones sobre las mujeres (no es un detalle menor que uno de los monovalentes sólo interna varones). Además, se evidencia que en los monovalentes públicos la mayoría de los internados tienen entre 5 y 25 años de internación; se excede ampliamente los tiempos previstos por la LNSM. Y los motivos prevalentes de las mismas son esquizofrenia y retraso mental.

Ya que hablamos de diagnósticos se hace evidente la necesaria revisión de los modos de consignar los sufrimientos psíquicos en función de unificar criterios que permitan el tratamiento de los datos en términos epidemiológicos. En conjunto con esto, revisar los procedimientos estadísticos de cada efector para posibilitar el correcto registro de problemáticas como los consumos, las violencias, incluidas allí las autolesiones.

El problema que se presenta, correlativo a las variables del apartado anterior, es la recuperación de la identidad de estas personas, que se encuentran en condiciones de encierro durante largo tiempo, y que por eso se convierten en sujetos anónimos. Como sostiene Galende (2008), la identidad social se construye a partir de indicadores básicos como el oficio/trabajo, la filiación (los lazos afectivos con otras personas) y el terri-

torio de pertenencia. Las personas institucionalizadas, con el correr del encierro, comienzan a perder estos tres componentes, tanto que incluso, como se observa en los censos, ni los propios equipos los registran. Y este es el deterioro que se evidencia en las personas que cursan internaciones prolongadas. Como sostiene Galende (2008), “el deterioro psíquico del paciente es a la vez, siempre, el deterioro de su capacidad de vivir en sociedad” (p. 415).

Estas cuestiones, que hacen a la identidad social de cada persona que se acerca a un efector de salud, son de imprescindible consideración frente a un primer ingreso hospitalario, frente a la decisión de una internación; la pregunta sería cómo inmediatamente comenzar a trabajar para que esa persona pueda sostener las estructuras que le otorgan pertenencia social como estrategia privilegiada de prevención de la institucionalización; tan difícil luego de revertir.

c) *El concepto de externación.* La sustitución del manicomio es una obligación asumida por el Estado argentino. Para el logro de este objetivo, es primeramente necesario generar movimientos en la línea de la desmanicomialización; abrir y salir para poder cerrar, y es dentro de estas estrategias que se ubican los procesos de externación; punto que plantea severas dificultades en las situaciones de personas con largos períodos de internación, por los motivos antes expuestos en los apar-

tados a y b, ya que, al momento de vivir en comunidad, se constituyen en obstáculos.

En este marco es fundamental aclarar algunos términos a fin de que los procesos que se suponen reparatorios de derechos no se transformen en vulneratorios, como el caso de la expulsión compulsiva de personas usuarias y/o la transinstitucionalización de las mismas. El CELS (2015) define externación como “un proceso de restitución de derechos, des-institucionalizador, que revierte los daños generados por la manicomialización, y en el que la vuelta a la comunidad implica una reincorporación a una vida digna, libre y en comunidad” (pp. 92-93). En función de esto se problematizaron las variables correspondientes a posibilidades de alta y externación, relevadas recién a partir de 2017.

En ese año se desconoció el dato en un 29% (N=531) de la población. En quienes se reconoce la no posibilidad de alta (31%), la mayoría se encuentra en los monovalentes privados y la población restante en los públicos. Es decir, más de la mitad de las personas internadas en los efectores privados monovalentes no tienen posibilidad de alta, más de la mitad de los internados en los públicos monovalentes si la tienen.

Se evidencia, además, una relación proporcionalmente inversa entre la duración de la internación y la posibilidad de externación, tensión que ya se venía anticipando en los desarrollos anteriores, por lo que se

concluye que a medida que se prolonga la internación aumentan las probabilidades de que se desconozca, que se dificulte o que no se considere posible la externación.

De las situaciones donde se considera posible la externación (40%), en más del 90% se desconoció el obstáculo por el que no se estaba llevando a cabo. Para las internaciones en las que se consideró que no había posibilidad de externación, los obstáculos fueron vincular (50%) y múltiple (40%). De las 111 personas sin posibilidad de externación a causa de problemas vinculares, el 92% lleva más de un año internada. De las 29 personas informadas como sin posibilidad de externación por una situación de riesgo para sí o para otros, 22 personas llevan una internación que supera el año.

Considerando como aspecto fundamental para el logro de externaciones sustentables la existencia de referentes vinculares, es importante valorar que de la totalidad de la población estudiada, el 70% (N=531) posee algún tipo de referencia, ya sea familiar o comunitaria.

En 2019, al relevarse los motivos de la continuidad de internación, en el 48,54% (N=342) de las situaciones fue por problemática social o de vivienda, y el 25,73% por presentar riesgo cierto e inminente. En las instituciones públicas prevalecen los primeros y en las privadas, el segundo. Esta consideración, respecto a la diferencia en el sostenimiento de las internaciones en instituciones públicas y privadas, refuerza que el encie-

rro se perpetúa por la conjunción entre locura y pobreza.

Y no sólo las condiciones de inequidad social perpetúan las internaciones. Es alarmante que en 2017 se desconozca el dato general en el 30% de la población, y que en la mayoría de los casos de las personas internadas con posibilidades de externación, se desconozca el elemento obstaculizador. Este desconocimiento se constituye en sí mismo en un obstáculo y evidencia una vulneración de derecho por parte del sistema de salud.

Conclusiones

Si la pregunta tiene que ver con cuántas personas tienen criterio de internación en un hospital monovalente, la respuesta espontánea debe ser ninguna. No hay criterios para internar en un efector monovalente de salud mental si acordamos -marco legislativo mediante- que las instituciones de este tipo no tienen razón saludable de existencia. Más allá del trato humanizado [lo humanizado puede ser el vínculo porque “no es posible la humanización del manicomio, estructura para objetos deshumanizados” (Evaristo, 2000: 23)] que se pueda brindar a las personas usuarias, y de las mejores intenciones de los equipos y gestores, instituciones que segregan, que estigmatizan, que tienden a tornarse totalizantes, ponen en riesgo la dignidad de la vida de

los sujetos (Basaglia, 1979; Amarante, 2009; Goffman, 1972; CELS, 2007).

Los sucesivos estudios realizados en Entre Ríos dejan en evidencia que mientras exista una cama disponible en un monovalente, existirá la demanda. Prueba de ello es que en aquellos Departamentos donde no hay instituciones monovalentes de salud mental, las internaciones se realizan en los hospitales generales y por tanto la duración de las mismas es mucho menor (porque parece que allí no es una opción que el hospicio sea un lugar para vivir). Entonces, la no accesibilidad a un efector monovalente, ¿se convierte en un factor protector?

En este nuevo paradigma de atención en salud/ salud mental se considera que el principal motivo legítimo para sostener una internación es la presencia de riesgo cierto e inminente. Al mismo tiempo, puede pensarse que es el principal legítimo obstáculo para una externación. Sin embargo, la baja participación de esta categoría en los obstáculos referidos en los relevamientos ilustra una situación que no se condice con el artículo 15° y 18° de la LNSM. Esto evidencia la necesidad de transformar las prácticas en lo que, a tiempos, motivos de internación y procesos de externación se refiere. En este sentido, se subraya también la importancia de profundizar el trabajo intersectorial desde los distintos niveles ministeriales para generar respuestas adecuadas

-complejas- a esta problemática. Es fundamental reconocer la imposibilidad del área salud de poder garantizar el acceso a todos los derechos; se hace imprescindible diseñar estrategias singulares que no pueden ser intersectoriales e interinstitucionales (Cunill-Grau, 2014; Suárez, 1993).

En cuanto al número neto de personas internadas por motivos de salud mental, en el transcurso de los censos se evidencia un descenso, y en algunos casos además se demuestra una mejora en el conocimiento que se tiene sobre la situación integral; aun así, los datos arrojados siguen siendo significativos. Se releva como un obstáculo importante tanto para la práctica clínica como para la gestión de políticas públicas, el déficit en los sistemas de registro e información, pero también su correlato, que son las prácticas que no subjetivan los sufrimientos. En el significativamente alto porcentaje de respuestas “sin datos” se evidencian tanto las unas como las otras.

Alarma la alta tasa de internaciones que se sostienen por problemáticas sociales, vinculares y/o de vivienda, lo cual no es prevalente en las instituciones privadas, sino que es una característica de la población internada en el subsistema público. Estas personas no sólo no tienen acceso a una vivienda digna, sino que tampoco a un trabajo rentado y/o a niveles de formación educativa que les permita, a su vez, acceso al mundo laboral y a

una vivienda digna. Son problemas socio-económicos que padecen mucho más que su diagnóstico de salud, que profundizan el sufrimiento psíquico y que la institucionalización cristaliza. Llegado un momento de la evaluación no es posible saber qué causó cuál situación primero.

La diferencia entre la población de los efectores del subsector privado respecto a la de los públicos, muestra a las claras la inequidad social y la injusticia de un sistema que en vez de dignificar la vida generando oportunidades, encierra y excluye (CELS, 2007).

Respecto a la consignación de diagnósticos, se evidencian dificultades para unificar criterios. En las internaciones de larga data, ¿cómo sabemos de qué padecen las personas encerradas? Como sostiene Galende (2008), “las personas que están en el manicomio cinco, diez, quince años, no son más énfmeros de enfermedad ; son énfmeros de institución ” (p. 106).

Por lo tanto, no sólo existe el problema de cómo reemplazar a las instituciones monovalentes sino, a la vez, cómo reparar los daños subjetivos y sociales de la institucionalización, la cual tiene efectos duraderos que se prolongan más allá de que luego la persona esté viviendo por fuera de los muros del hospicio. “Desinstitucionalizar es lograr estos cambios en la subjetividad que permitan que estas personas recuperen capacidades

sociales que les permitan vivir en el afuera del hospital” (Galende, 2008: 410).

La externación implica pensar en procesos complejos, que presentan limitaciones de diversos órdenes: insuficiencia de recurso humano, de formación, insuficiencia de recursos materiales, dificultad de revertir situaciones de marcada cronicidad que han significado un detrimento notorio de la capacidad de autonomía y vinculación de las personas internadas, escaso desarrollo de una red de atención de base territorial, escaso avance cultural en relación a transformar la mirada social hacia la persona con padecimiento mental. Sigue prevaleciendo en nuestras comunidades, instituciones y decisores políticos, la concepción asilar manicomial de tutelaje como respuesta a los sufrimientos psíquicos. “El cambio epistemológico requiere también cambios en los modos en que construimos el imaginario social, no hay posibilidades de desmanicomializar si la población y la sociedad en su conjunto no acompañan un proceso así” (Galende, 2008: 413).

Bibliografía

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía, 2009.

Basaglia, F. (1979). *La condena de ser pobre y loco. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Editorial Topía, 2009.

Centro de Estudios Legales y Sociales (2008). *Vidas arrasadas: la segregación en los asilos psiquiátricos argentinos*. Disponible en www.cels.org.ar/web/publicaciones/vidas-arrasadas-la-segregacion-de-las-personas-en-los-asilos-psiquiatricos-argentinos/

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio. <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/>

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*. XXIII (1).

Decreto Reglamentario N° 603 de la Ley N° 26.657. (2013). Presidencia de la Nación Argentina.

Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. (2015). Estadísticas vitales. Información básica. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

Dirección de Estadísticas y Censo de Entre Ríos. (2010). Censo 2010. <https://www.entrerios.gov.ar/dgec/>

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos. (2014). Informe personas internadas en Hospitales Monovalentes.

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos. (2018). Informe sobre personas internadas en los servicios de salud mental con internación.

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos. (2019). Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental: Resultados de la provincia de Entre Ríos.

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos. (2019). Informe técnico de Sala de Situación en Salud Mental.

Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de Entre Ríos. (2018). Estudio sobre egresos hospitalarios.

Ferrando, M. F. (2022). Evaluación del estado de adecuación de las instituciones del subsector público de salud de la provincia de Entre Ríos a la Ley Nacional de Salud Mental. Estudio evaluativo. 2018. Maestría en Salud Mental, FTS UNER.

Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis*, Vol. XXX. N° 2/3, pp. 395-427. Disponible en: <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Conferencia-E.-Galende.pdf>

Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Ley 8.806 de enfermedades mentales. (1994). Poder Judicial de Entre Ríos. Boletín Oficial 14/7/94. <http://www.jusentrieros.gov.ar/biblioteca/ley-8-806-b-o-140794-enfermedades-mentales>

Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. (2010). Presidencia de la Nación Argentina.

Manero Brito, R. (2015). El analizador y el sentido del análisis. Génesis teórica del concepto. *ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES* (ISSN 1886-6530) www.area3.org.es N°

19. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-analizador-RManero.pdf>

Ministerio de Salud de Entre Ríos. Departamento de Bioestadística (2016). Boletín Hospitalario.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina.* 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). Primer Censo Nacional de personas internadas por motivos de salud mental. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

Pascuale, E. (2000). *Psiquiatría y salud mental.* Asterios Delithanassis Editore.

Suarez, J. (1993). Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. *Educación médica y salud*, 27(1).

Notas

1) Se aplicaron 12 encuestas institucionales, una por efector, de manera virtual, durante el año 2018.

2) Se realizaron 16 entrevistas grupales semi-estructuradas, que comprendieron a un total de 67 trabajadoras y trabajadores, durante el año 2018.



Sobre el uso de drogas en la historia y sus regulaciones antes del prohibicionismo

Daniel Russo

Doctor en Salud Mental Comunitaria (UNLa.).
Psicólogo, especialista en Educación. Docente e
investigador en la UNLa y en la UBA (Facultad de
Ciencias Sociales)

danielrusso@unla.edu.ar

Resumen

Este trabajo se propone abordar las prácticas de regulación del uso de sustancias psicoactivas a lo largo de la historia por parte de los poderes públicos, tanto políticos como religiosos. La revisión general de estudios en la materia suele limitar las experiencias de persecución y castigo al proceso político institucional denominado prohibicionismo, iniciado en los albores del siglo pasado. Esta delimitación temporal se explica por tratarse del momento histórico de mayor articulación de políticas detrás del objetivo de reprimir la cadena de producción, distribución, comercialización y consumo de ciertas drogas ilegalizadas. Recuperar las experiencias de regulación del uso de sustancias desde tiempos remotos permite identificar con mayor precisión el carácter religioso y moralista que sostiene el actual Régimen Internacional de Drogas Ilícitas.

Palabras claves: Drogas - Regulación - Prohibicionismo.

Abstract

The purpose of this paper is to explore the practices of regulating the use of psychoactive substances throughout history by public authorities, both political and religious. The general review of studies on the subject tends to limit the experiences of persecution and punishment to the institutional political

process known as prohibitionism, which began at the dawn of the last century. This temporal delimitation is explained by the fact that this was the historical moment of greatest policy articulation behind the objective of repressing the chain of production, distribution, marketing and consumption of certain illegalized drugs. Recovering the experiences of regulating the use of substances since ancient times makes it possible to identify with greater precision the religious and moralistic character that sustains the current International Illicit Drug Regime.

Key words: Drugs - Regulation - Prohibitionism.

En las primeras líneas del prefacio del libro *Plantas de los dioses. Las fuerzas mágicas de las plantas alucinógenas* (Schultes, Hofmann y Rälsch, 2000) se afirma que la vida planetaria es posible gracias a la capacidad del reino vegetal de procesar y almacenar la energía solar y transformarla en agentes químicos. Este papel central se reafirma en la producción de oxígeno durante el ciclo de carbono y en su constitución como base alimentaria para numerosas especies.

Para los humanos, la importancia de las plantas no termina allí. Desde tiempos remotos nuestra especie ha hecho uso de sus múltiples propiedades para el tratamiento de dolencias de diverso origen y naturaleza. La domesticación de especies presenta un interés singular en aquellas cuyas propiedades psicoactivas son capaces

de aliviar y revertir procesos mórbidos, como también de causarlos a través de sus venenos. En tal sentido, puede identificarse a la obra *Historia de las plantas* de Teofrasto (1988), escrita en el siglo IV a.c., como un punto de partida en la intención de capturar y sistematizar la esencia del reino vegetal. En los capítulos finales del noveno libro el autor presenta un vasto catálogo de las propiedades medicinales de raíces, hojas, semillas y frutos, destacando aquellas capaces de afectar los estados mentales a través de sus drogas, a las que calificaba como “saludables y funestas”, según el empleo de sus dosis.

A dos milenios y medio de distancia de esta obra, la botánica no cuenta aún con una definición concluyente sobre el sentido último de los compuestos con propiedades psicoactivas. La perspectiva más extendida sostiene la hipótesis de su acción defensiva: al generar la pérdida circunstancial de reflejos defensivos por sus efectos estupefacientes o alucinógenos los predadores evitarían esa especie vegetal como fuente alimenticia (Arrieta, Tagliacucchi y Gurvich, 2017). De considerar como válida la suposición de la función defensiva de los compuestos psicoactivos se abre el siguiente interrogante: ¿por qué animales y humanos repetirían la ingesta y se expondrían a la intoxicación, quedando en situación de indefensión?

Los detractores de esta posición señalan que numerosas especies animales presentan inmunidad a los efectos

tóxicos de las plantas que conforman su dieta base, lo que desnudaría una estrategia defensiva inadecuada. La explicación que brindan sobre los componentes psicoactivos se relaciona con procesos de excreción metabólica vegetal asociados a la reproducción o a la adaptación climática (Schultes, Hofmann y Rälsch, 2000; Davenport Hines, 2003).

Giorgio Samorini (2003) sostiene que la ingesta trasciende el plano del consumo accidental, la experimentación o la escasez de otros alimentos habituales. Por el contrario, entiende que animales y humanos buscan intencionalmente el estado de embriaguez. Los compuestos químicos psicotóxicos, lejos de provocar repulsión, estimulan a repetir la ingesta¹.

Las especies vegetales con propiedades psicoactivas han estado a disposición del hombre en cada una de las geografías que éste ocupó a lo largo de su expansión migratoria desde el continente africano². Los indicios temporales del uso de plantas narcóticas y alucinógenas provienen de una práctica igualmente extendida en todas las latitudes: la gestión de los cadáveres de los miembros del propio grupo social.

Los yacimientos mortuorios constituyen las fuentes por excelencia a partir de las cuales los especialistas en arqueobotánica han desarrollado las técnicas para estimar la longevidad de los restos vegetales hallados en diversos objetos empleados en los ritos funerarios. Si bien

no puede establecerse una correlación unívoca entre la presencia de éstos en los lugares de sepulcro con el uso específico que le daban los hombres prehistóricos, la evidencia fortalece la idea de que la repetición del fenómeno excede la ocurrencia del hallazgo accidental (Guerra Doce y López Sáez, 2006; Guerra Doce, 2006a y 2006b).

La inicial cautela de los investigadores para no inferir uso de sustancias con fines de intoxicación finalizó al encontrarse vasijas con restos de bebidas alcohólicas. Del análisis de alimentos y bebidas encontrados en una docena de yacimientos del período neolítico en el continente europeo y las islas británicas, ocho presentaban cerveza de cebada y de trigo, hidromiel y vino (Bueno Ramírez et al., 2005).

Las prácticas ceremoniales religiosas y las festividades colectivas constituyen otra de las fuentes que permite indagar sobre el alcance de las prácticas de intoxicación de nuestros antepasados. Los especialistas en historia sobre el uso de drogas disponen de un registro extenso sobre la relación entre las experiencias extáticas del mundo antiguo y las sustancias psicoactivas³.

La mediación química para alcanzar estados de conciencia trascendentales, o bien para entregarse a una embriaguez liberadora, configuró un campo sobre el que se desarrolló un segundo nivel de intermediación: el de los agentes que oficiaron de articuladores entre las divinidades y las comunidades. Chamanes, brujos y sacerdotes

se constituyeron como vasos comunicantes entre los dos mundos, regulando los estados de intoxicación y erigiéndose como instrumento privilegiado entre el mundo sensible y el más allá (Attali, 1981; González Wagner, 1984; Schultes, et al., 2000 y Walton, 2005).

Cabe destacar que la conducción espiritual se superponía inicialmente con las funciones de gobierno, confluyendo en la figura del Rey que oficiaba, a su vez, como Sacerdote principal (Zamora López, 2006). Con la progresiva complejidad de las sociedades se produjo la diferenciación de las figuras del monarca y de la autoridad religiosa. Sin embargo, la proximidad de ambas investiduras se mantuvo como referencia estable en el tiempo. El oficiante religioso se constituyó en un actor político con ascendencia en los aspectos significativos de la vida. Entre ellos, la regulación del uso de determinadas sustancias psicoactivas. En el afán por mantener bajo control las experiencias místicas, las castas sacerdotales instituyeron mecanismos de asociación entre el consumo de determinadas drogas y el riesgo contra la propia comunidad. Los desbordes extáticos experimentados por fuera del espacio ceremonial instituido comenzaron a ser considerados faltas⁴, y por ende, a ser plausibles de sanciones.

El primer caso documentado de penalización por teñencia y uso de estupefacientes se produjo en Atenas en el año 415 antes de la Era Cristiana, cuando las autoridades

políticas condenaron al General Alcibíades por haber robado kykeon⁵ con el fin de divertirse con sus compañeros de andanzas. Más allá de las divergencias respecto de cómo sucedieron los hechos⁶, en las denuncias y condena contra Alcibíades se configuró un cuadro de situación que con el correr de los siglos se convertiría en la respuesta más usual por parte del poder público frente al consumo de sustancias: la persecución y el castigo.

La expansión mundial del mercado de sustancias psicoactivas

Dos mil años después de esa condena inaugural, la relación del ser humano con las drogas daría uno de sus saltos cuantitativos y cualitativos más significativos.

Entre los siglos XVI y XVIII las principales coronas europeas llevaron adelante una expansión del comercio transoceánico de modo tal que, en pocas décadas, lograron eclipsar la influencia de otras potencias y ubicar al continente como nuevo centro militar, político y comercial de la escena internacional⁷. La confluencia de las riquezas provenientes de las regiones más diversas del planeta tuvo su capítulo específico en la explotación de nuevos productos de origen vegetal con propiedades estimulantes y embriagantes. El historiador estadounidense David Courtwright (2002) denominó a este proceso Revolución Psicoactiva.

La llegada de la expedición de Cristóbal Colón a las islas centroamericanas y las noticias sobre las riquezas en oro y plata dieron inicio a una carrera de conquista a la que se entregaron todas las potencias del viejo continente. La lista inicial de apetencias de sus pobladores -especies, seda, piedras y metales preciosos- se completó a partir del siglo XVI con sustancias exóticas⁸. La explotación comercial de esas especies vegetales capaces de modificar el estado mental, emocional y perceptivo representará una de las fuentes de acumulación de riqueza del incipiente capitalismo occidental (Courtwright, 2002; Davenport Hines, 2001; Curvet, 2006; Escotado, 2002).

El catálogo de sustancias psicoactivas disponibles alcanzó entonces una escala inédita. A las ya conocidas por los europeos se sumaron el tabaco, el cacao, la coca, guaraná y la yerba mate, abriendo así un nuevo espectro de usos. El trasvase botánico desde el continente americano hacia Europa y otras latitudes configuró, con el correr de los siglos, una nueva geografía de especies globalizadas⁹.

De todas ellas, el café constituye la sustancia que más claramente expresa el proceso de reconfiguración mundial de cultivos. Asociado en la actualidad con el suelo colombiano o brasilero, su origen remite a Etiopía. Su éxito comercial hizo que las nuevas tierras conquistadas en continente americano se destinasen a su cultivo y explotación. La expansión de las superficies cultivadas con este producto se multiplicó por África, Asia y Oceanía,

alcanzando dimensiones significativas correspondientes a la categorización de monocultivo¹⁰.

El avance de las políticas regulatorias

Las autoridades políticas y religiosas no tardaron en dar señales de alarma frente a la difusión de productos capaces de alterar a las poblaciones, iniciándose así una nueva etapa de estrategias para el control del uso de sustancias. De estas iniciativas, las estrategias para regular el café y el tabaco constituyen dos ejemplos paradigmáticos. Escohotado (2002) hace referencia a la prédica de algunos protestantes alemanes en 1611 para prohibir la difusión del consumo de café a través de una red de delatores, quienes eran premiados al denunciar a quienes bebían esa infusión. Las políticas regulatorias y prohibitivas respecto del café no radicaron en la sustancia en sí misma sino en los efectos políticos asociados a las reuniones que se producían en los cafés, usinas de discusiones políticas y cuestionamientos a los gobernantes de turno.

Por su parte, la explotación del tabaco constituyó, desde su mismo descubrimiento en 1492¹¹, una excelente oportunidad para el desarrollo comercial. A medida que su uso se popularizaba de la mano de marinos y soldados, generaba reacciones de rechazo. Fue el médico Sevillano Nicolás Monardes quien estableció por vez primera la relación del tabaco fumado con una dimensión pecaminosa y demoníaca: “Asimismo los demás indios, por su

pasatiempo, toman el humo del Tabaco para emborracharse con él, y para ver aquellas fantasmas y cosas que se les representan, de lo cual recibían contento...” (1571: C20, C4) 12. El siglo XVII inauguró los conjuros contra el uso de esta planta y un régimen de sanciones sobre quienes la comerciaban y consumían.

Las primeras referencias apuntan al escrito “*A Counterblaste to Tobacco*” (1604), del Rey James Charles Stuart I de Inglaterra. Esta obra constituye un ataque a la costumbre de fumar, cada vez más extendida entre los súbditos del reino. El punto de partida de sus argumentos radica en el origen bárbaro de quienes originariamente usaban esta planta. Respecto de la acción específica de fumar, los adjetivos que usa el monarca dan cuenta de la tensión que se propone instalar en la opinión pública: *enfermedad corrupta y execrable, vicio apestoso y hábito vil*, entre otros tantos. Ante la persistencia del consumo el monarca decidió cambiar de estrategia. Sin abandonar su rechazo explícito a esa práctica, optó por aumentar al 4000 % los gravámenes a las importaciones que llegaban desde las plantaciones en las colonias de Virginia.

Las políticas contra el consumo de tabaco no siempre quedaron en la elaboración de escritos condenatorios o en la asfixia impositiva. Escohotado (2002) ofrece una síntesis de iniciativas centradas en la acción violenta sobre los cuerpos de los usuarios europeos y asiáticos llevadas adelante por los poderes públicos a fin de

evitar la consolidación de su uso entre los pueblos¹³. A mediados del siglo XVII, el zar Miguel Fedorovitch dispone que se atormente a todo fumador hasta que confiese el nombre de su proveedor, y que se corte la nariz de ambos. Por esas fechas el sultán Murad IV «gustaba de sorprender a los hombres fumando, incluso en el campo de batalla, y castigarlos con decapitación, desmembramiento o mutilación de pies y manos». Hacia fines de siglo, en 1691, la región alemana de Luneberg se suma a esta iniciativa y decreta la pena de muerte por mascar, inspirar nasalmente o inhalar humo de tabaco. (Escohotado, 2002: 380).

La violencia extrema desplegada como herramienta de disuasión y retaliación respecto del tabaco no guarda relación con los riesgos potenciales al orden público como sí ocurría con las bebidas alcohólicas. En aquellos años tampoco se vislumbraba el potencial dañoso a la salud de los usuarios activos y pasivos. A diferencia de lo que ocurría con el café, los fumadores de esta planta no disponían de espacios de reunión que potenciasen acciones de propaganda política contra los regímenes gobernantes. Resulta evidente que la fuente de ese rechazo evidencia una matriz religiosa que rotula determinadas prácticas como manifestaciones del mal absoluto, expresiones de barbarie de las que las sociedades deben diferenciarse, aún a costa de aplicar soluciones bárbaras.

El nacimiento de la industria farmacéutica y la diplomacia punitiva

El segundo gran salto en la relación del ser humano con las sustancias psicoactivas se produjo en el siglo XIX con el aislamiento y síntesis de los alcaloides vegetales¹⁴, lo que posibilitó la producción de drogas a escala industrial. Este proceso tuvo como punto de partida a las investigaciones sobre el opio.

En el siglo XVI el médico cirujano y alquimista suizo Theophrastus Phillippus Aureolus Bombastus von Hohenheim, conocido como Paracelso, desarrolló una tintura de base alcohólica a la que denominó “*laudanum*”. Su composición contenía además de opio, especias tales como azafrán, clavo y canela¹⁵. Un siglo después, el médico inglés Thomas Sydenham produjo su propia versión del producto¹⁶, el que se popularizaría bajo el nombre de “Láudano de Sydenham”. Su fórmula, con algunas modificaciones secundarias, se mantendría vigente en la farmacopea europea hasta el siglo XX. Otro de los aportes significativos en este campo lo realizó el sueco Carl von Linné (Linneo). En el año 1737 publicó su obra *Genera Plantarum* en la que presentó las 250 variedades existentes de amapolas y clasificó aquellas pertenecientes al género *Papaver Somniferum* (Rabiña Rubira, 2008; Eguíluz Uruchurtu, 2007; Freire Duarte, 2005).

El aislamiento químico de la morfina finalmente se alcanzó en los primeros años del siglo XIX. Si bien

este hallazgo se asocia a los nombres de Jean Françoise Derosne y Friederich Willheim Adam Sertürner, estos farmacéutas consagraron un proceso plagado de intentos accidentados y hallazgos parciales que otros investigadores habían iniciado más de dos décadas atrás¹⁷.

Intrigado por la disparidad de resultados arrojados por sus antecesores, el francés Derosne se abocó a lograr una fórmula estable de la morfina. En el año 1803 consiguió aislar una sustancia cristalizable y comprobó que se trataba del principio narcótico presente en la planta. Dos años después Sertürner repitió los ensayos realizados por su colega y obtuvo el mismo principio alcalino, pero con algunas variaciones. Esta divergencia entre los hallazgos reactivó la desconfianza de la comunidad de expertos en química de la época. Luego de una década, Sertürner logró aislar con éxito el *principium somniferum* al que nombró inicialmente como *morphium*, en honor a Morfeo, dios griego del sueño. Gómez Aspe (2008) señala que esta conquista se produjo luego de 57 ensayos fallidos¹⁸.

Se iniciaba así una era en la que la comunidad de investigadores en química, estimulados por las academias nacionales de ciencia de las principales potencias europeas, se lanzaron a una carrera para aislar los principios activos en otros vegetales. Escohotado (2002) destaca la trascendencia de este momento en la historia de las drogas: “Ya no sería necesario transportar masas vegetales corruptibles de un sitio a otro, porque en un maletín

lleno de morfina o cocaína podían acumularse hectáreas de sembrados” (2002: 421).

La medicina había hallado finalmente su piedra filosofal. Podía declararse triunfante ante uno de sus enemigos más temidos: el dolor; atrás quedaban para siempre los terrores vinculados al sufrimiento extremo en el cuerpo¹⁹. En el término de pocas décadas los hombres de ciencia habían logrado aislar numerosos principios activos, lo que permitía dosificar con precisión la administración de cada compuesto químico específico. Para ello se desarrolló una tecnología de inoculación innovadora: la inyección hipodérmica²⁰.

Sigmund Freud se encontraba entre los primeros y más fervientes defensores del empleo de una de estas nuevas drogas -la cocaína- en terapéuticas que excedían los tratamientos del dolor físico.

Como si se tratase de un prospecto comercial, Freud destacaba el producto sintetizado por los laboratorios Merck como un fármaco adecuado para potenciar la capacidad física del cuerpo (efecto estimulante), dejando entreabierto la posibilidad de estudiar a futuro el hecho de que ésta permita “aumentar los poderes mentales del hombre” (Russo, 2011: 6).

La lista de bondades que Freud destacaba de la cocaína se extendía a los trastornos digestivos y respiratorios, a la fatiga y a su potencial como afrodisíaco. Pero uno de los aspectos más significativos de su adhesión se debía al

potencial del fármaco para contrarrestar el alcoholismo y una de las adicciones que empezaba a preocupar a las autoridades sanitarias europeas: la morfinomanía.

Las primeras alarmas se encendieron en torno a la denominada “morfinomanía terapéutica”²¹. En menos de medio siglo el consumo de morfina había traspasado el uso exclusivo para fines médicos. La universalidad de sus usuarios presentaba un arco que iba desde las prostitutas y marineros de los bajos mundos hasta el mismísimo canciller germano Otto von Bismarck, cuyo médico personal, el Dr. Ernst Schweningen, debía luchar a diario contra los abusos que éste hacía del tabaco, las bebidas alcohólicas y, especialmente, de las inyecciones de morfina (Courtwright, 2002).

Las guerras fueron el factor principal de la expansión del uso de estas sustancias por fuera del control médico. Maugeais (1988) señala que en el territorio europeo el crecimiento se produjo a partir de las contiendas franco-prusiana de 1870 y la Gran Guerra de 1914 a 1918. Por su parte, en los Estados Unidos de Norteamérica la popularidad del uso de opiáceos se alcanzó una vez finalizada la guerra de Secesión, cuando los médicos empezaron a recetarlos para el tratamiento de afecciones nerviosas derivadas del conflicto armado²².

Las consecuencias indeseadas que presentaban las nuevas drogas sobrepasaron la preocupación de los profesionales de medicina para volverse un tópico de

inquietud para todo el campo social. En este contexto las autoridades políticas de diversas latitudes avanzaron con las primeras medidas para regular la comercialización de las nuevas sustancias y legislar en la limitación de la venta de “medicinas y venenos”²³.

Los Estados Unidos de Norteamérica conformaron la vanguardia de la producción legislativa en materia de restricciones al uso de las sustancias psicoactivas, primero en el plano doméstico para luego extender esa visión al ámbito internacional²⁴. Confluyeron en esa configuración el puritanismo extremo de numerosos líderes religiosos surgidos entre finales del siglo XIX y principios del XX y la asociación entre las comunidades migrantes y el uso de sustancias (Davenport-Hines, 2001; Escohotado, 2002; Courtwright, 2002; Russo, 2011, Mansilla, 2017). Un hito significativo en la legislación norteamericana fue la promulgación en 1919 de la Ley Volstead, popularizada como la Ley Seca, que se proponía desalcoholizar el país mediante la persecución de la elaboración, distribución y comercialización de toda bebida alcohólica²⁵. No obstante, la más popular de las medidas restrictivas no había sido la primera. El 30 de junio de 1906 el Congreso había sancionado la “*Food and drugs act*”, regulando la información de los productos suministrados por las farmacias. Asimismo, la Ley Harrison de 1914 obligaba al registro y pago de impuestos a los importadores, productores y vendedores de opio, coca y

sus derivados. De esta manera, cualquier operación que no contase con los registros correspondientes ingresaba al plano de la ilegalidad²⁶.

A los esfuerzos de control que instrumentó cada nación en particular para contener el aumento del uso de drogas se le sumaron las estrategias de articulación legislativa internacionales. A principios del siglo XX las autoridades políticas norteamericanas en la materia buscaban el consenso internacional para erradicar -o bien limitar- la circulación y el libre consumo de sustancias. La Comisión Internacional del Opio de Shanghái en 1909 constituyó el ingreso efectivo del tema drogas en la comunidad diplomática internacional²⁷.

Uno de los aspectos más delicados de la agenda fue el impacto que tendría en las economías de los países productores la ilegalización de esa sustancia, atendiendo que los ingresos derivados del comercio del opio representaban para China el 14% de sus cuentas públicas, para las Indias Británicas el 6,3%, para Hong Kong el 29% y el 53,3% para Singapur, Penang y Malacca, lo que las convertía en economías opio-dependientes (UNODC, 2009).

Si bien las recomendaciones de la Comisión no eran vinculantes, las observaciones realizadas a los países productores para que avanzasen en políticas de restricción de los cultivos y el consumo tuvieron efectos concretos. A raíz de las presiones previas al encuentro de Shanghái,

y a las exigencias posteriores, la producción internacional de opio descendió entre 1906 y 1911 de 35.400 toneladas métricas a sólo 4.000²⁸. Sin embargo, la delegación estadounidense evaluó los resultados obtenidos por debajo de sus expectativas iniciales: fundar las bases de un régimen internacional de prohibición de drogas. Con la oposición de las principales potencias planetarias, sus representantes no alcanzaron siquiera el objetivo de establecer el criterio de *uso legítimo*, limitando el empleo de las sustancias a los fines terapéuticos o científicos.

En la Convención del Opio de La Haya de 1912 los representantes de Estados Unidos redoblaron la apuesta, extendiendo el debate sobre la regulación a las demás sustancias psicoactivas industrializadas. La pretensión de erradicación gradual del abuso del opio, la morfina y la cocaína se encontró con la negativa de Serbia, Turquía y Alemania, país cuya industria farmacéutica se encontraba al frente de la producción mundial de ésta última. Estas detracciones quebraron los compromisos de las naciones firmantes, en tanto las representaciones diplomáticas veían en la rúbrica una autolimitación que daría ventajas comerciales a las naciones que no adscribían a la tónica prohibicionista promovida por los norteamericanos (UNODC, 2009).

Finalmente, la guerra pudo lo que la diplomacia no. Una vez terminada la Primera Guerra Mundial, la diplomacia estadounidense logró incorporar en el Tratado de

Versalles el artículo 295, en el que se exigía a las naciones firmantes la puesta en vigor del Convenio sobre el Opio firmado en La Haya el 23 de febrero de 1912. De esta manera, se doblegaron las resistencias explícitas de Alemania, como así también las reticencias británicas y de las demás naciones que se veían afectadas por esta decisión. La misma maniobra fue repetida con los demás tratados de armisticio: St. Germain-en-Laye (1919) y los de Trianón, Neuilly y Sèvres (1920). Sobre estos tratados se sentaron las bases de la Sociedad de las Naciones, en cuyo seno se creó el “Comité consultivo sobre el Opio”, órgano fundacional que serviría de modelo a los futuros consorcios internacionales de fiscalización de sustancias. Se establecían así las bases de un siglo que se caracterizaría, entre otras cosas, por sus políticas de prohibición y persecución penal de las drogas.

Bibliografía

Arrieta, E.; Tagliacruzchi, E.; Gurvich, D. (2017). Sustancias psicoactivas, el humano y la cultura. En Arrieta, E. (Comp.). *Un libro sobre drogas* (pp. 64-79). Buenos Aires, Argentina: El gato y la caja.

Attali, J. (1981). *El orden cámbal. Vida y muerte de la medicina*. Barcelona, España: Planeta.

Aznar Vallejo, E. (2009). La guerra naval en Castilla

durante la baja Edad Media. *En la España Medieval*, (32), 167-192.

Bergman, M. (2016). *Drogas, narcotráfico y poder en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Bermann, G. (1925). Psicopatogenia de las toxicomanías. *Revista de la Universidad Nacional de Córdoba*, 12 (4/6), 128-161.

Bueno Ramírez, P; Barroso Bermejo, R.; De Balbín Behrmann, R. (2005). Ritual campaniforme, ritual colectivo: la necrópolis de cuevas artificiales del Valle de las Higueras, Huecas, Toledo. *Trabajos de prehistoria* 62 (2), 67-90.

Cabieses, F. (1996). La hoja de coca y sus encrucijadas. *Debate Agrario: Análisis y Alternativas*, 25, diciembre, 149-164.

Cipolla, C. M., (1979). (Ed.). *Historia económica de Europa. La Edad Media*. Barcelona, España: Editorial Ariel.

Colón, C. (s/f). *Diario de navegación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Tor.

Conejo, M.E. (1996). La diosa Démeter y sus misterios eleusinos. Fuentes e interpretación. *Filología y lingüística*, XXII (2), 193-201.

Corominas, J. (1994). *Breve diccionario de la lengua castellana*. Madrid, España: Gredos.

Courtwright, D. (2002). *Las drogas y la formación del mundo moderno*. Barcelona, España: Paidós.

Courtwright, D. (2012). Una breve historia de políticas sobre drogas, o por qué declaramos la guerra a unas drogas y no a otras. *History Faculty Publications*, Paper 22, University of North Florida.

Curvet, J. (2006). *La glocalización de la (in)seguridad*. La Paz, Bolivia: Plural Editores.

Davenport Hines, R. (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. México: Turner/Fondo de Cultura Económica.

de las Casas, B. (1875). *Historia de las Indias*. Madrid, España: Imprenta de Miguel Ginesta. Digitalizado por la Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

De Romilly, J. (1996). *Alcíbiades o los peligros de la ambición*. Barcelona, España: Seix Barral.

Dussel, E. (2004). China (1421-1800): Razones para cuestionar el eurocentrismo. Archipiélago. *Revista cultural de nuestra América*, (11) 44, 1-29.

Eguíluz Uruchurtu, I. (2007). Historia de la psicofarmacología. En: Salazar Vallejo, M.; Peralta Rodrigo, C.; y Pastor Ruiz, F.J. (Eds.) *Tratado de psicofarmacología: bases y aplicación clínica* (pp. 3-13). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*, Barcelona, España: Anagrama.

Escohotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. Madrid, España: Espasa-Calpe.

Fernández Fresneda, M. (1953). Nuevas aportaciones experimentales a la microquímica alcaloidea en medicina legal. En *Anales de la Universidad de Valencia*, (26), Medicina, curso 1952-1953, cuaderno IV.

Ferrer, Ch. (2005). *La biblia del cannabis. Terapéutica, cultivo e historia de la planta prohibida*. Valencia, España: Carena Editores.

Freire Duarte, D. (2005). Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. *Revista Brasileira de Anestesiologia* (55) 1, pp. 135-146.

Freud, S. (1991). *Moisés y la religión monoteísta*. O.C., Tomo XXIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

García Martín, P. (2015). De colores y drogas. *Archivo de la frontera*, Centro Europeo para la Difusión de las Ciencias Sociales (CEDCS).

Gil y Municio, P. (1864). *Memoria sobre el juicio crítico sobre los métodos seguidos hasta el día para extraer del opio la morfina*. Madrid, España: Editorial Pretil de los Consejos.

Gómez Aspe, R. (2006). Aislamiento de la morfina. 200 años de un descubrimiento fundamental para la química moderna. En *Anales de la Real Sociedad Española de Química*, 102 (2), 45-53.

González Wagner, C. (1984). Psicoactivos, misticismo y religión en el mundo antiguo. *Revista Gerión de la Universidad Complutense de Madrid*, (2), 22.

Guerra Doce, E. (2006a). *Las drogas en la prehistoria*

Evidencias arqueológicas del consumo de sustancias psicoactivas en Europa. Barcelona, España: Edicions Bellaterra.

Guerra Doce, E. (2006b). Evidencias del consumo de drogas en Europa durante la Prehistoria. *Revista Trastornos Adictivos*, 8 (1), 53-61.

Guerra Doce, E. (2002). Sobre el papel de la adormidera como posible viático en el ritual funerario de la prehistoria reciente peninsular. *Boletín del Seminario de Estudios de Arte y Arqueología*, 68, 49-75.

Guerra Doce, E y López Sáez, J.A. (2006). El registro arqueobotánico de plantas psicoactivas en la prehistoria de la Península Ibérica. Una aproximación etnobotánica y fitoquímica a la interpretación de la evidencia. *Complutum*, 17, 7-24.

Hari, J. (2016). *Tras el grito*, Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós.

Hernández, R. (1979). El comercio exterior de China hasta 1948. En *Estudios de Asia y África*, XIV (1), 1-44.

Hesíodo (1978). *Obras y fragmentos*. Madrid, España: Editorial Gredos.

Hobsbawm, E. (1997). *Las hegemonías de Gran Bretaña y Estados Unidos, y el Tercer Mundo*. Conferencia dictada en el New School for Social Research, Nueva York.

Jácome Roca, A. (2003). *Historia de los medicamentos*. Bogotá, Colombia: Editorial Kimprés.

James I (2003). *A counterblast to tobacco* [1604]. Oregón, Estados Unidos: Universidad de Oregón, Ediciones del Renacimiento. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1794/759>.

Laplaza, J.M. (2012). *Claves para un cambio terapéutico en la España de Felipe V de Borbón (1700-1746): la materia médica vegetal americana y la Real Botica*. (Tesis presentada para la obtención del grado de Doctor en Farmacia). Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, España.

Luna-Fabritus, A. (2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Universidad Nacional Autónoma de México, Nueva Época, Año LX, (225), 21-44.

Madge, T. (2002). *Polvo blanco. Historia cultural de la cocaína*. Barcelona, España: Ediciones Península.

Mansilla, J. C. (2017). Nacimiento y crisis del prohibicionismo. En Arrieta, E. (Comp.), *Un libro sobre drogas* (pp. 80-97). Buenos Aires, Argentina: El gato y la caja.

Maugeais, P. (1988). Sainte Morphine, fléau de l'humanité. En *Histoire, économie et société*, 7 (4), 587-608.

Maugeais, P. (2000). Los estupefacientes en el siglo XIX: nacimiento de las toxicomanías modernas. En Postel, J. y Quetel, C. (Coords.) *Nueva Historia de la psiquiatría* (pp. 263-270). México: Fondo de Cultura Económica.

Menzies, G. (2003). 1491. *El año en que China descubrió el mundo*. Barcelona, España: Grijalbo.

Monardes, N. (1571). Del tabaco y sus grandes virtudes. En: *Libro de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales*. Disponible en: https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=yP19XmWVSMwC&oi=fnd&pg=PA3&dq=monardes+tabaco&ots=0W-ja-vH_4L&sig=SevvS4AqnX9Sabpcv11_6H-6OSw&redir_esc=y#v=onepage&q=monardes%20tabaco&f=false.

Morin, E. (2007). *El hombre y la muerte*. Barcelona, España: Editorial Kairós.

Munhoz de Argollo Ferrao, A. (2005). Paisaje cultural del café en Brasil. *Identidades: territorio, cultura, patrimonio*, 1. Recuperado de: <https://upcommons.upc.edu/handle/2099/1889>

North, D. C. y Thomas, R. (1978). *El nacimiento del mundo occidental. Una nueva historia económica*. Madrid, España: Siglo Veintiuno Editores.

Parry, J. H. (1993). *Europa y la expansión del mundo, 1415-1715*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Pérez Monfort, R. (1997). Fragmentos de historia de las “drogas” en México 1870-1920. En Pérez Monfort, R. (Coord.). *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío* (pp. 143-210). México, Plaza y Valdés Editores.

Platón (1983). *El banquete*. Buenos Aires, Argentina: Hyspamerica Ediciones Argentina.

Rabiña Rubira, E. (2008). *Medicamentos: un viaje a lo largo de la evolución histórica del descubrimiento de fármacos*. Santiago de Compostela, España: Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacions e Intercambio.

Rey Bueno, M. (2015). Guerras panfletarias en torno a la quina. Documentación inédita (1638-1705). *Pecia Complutense*, (12) 23, 21-34.

Rajo Guerra, M. A.; Garrido Pena, R.; Morán Dauchez, G.; García Martínez de Lagrán, I. y Kunst, M. (2005). Del enterramiento colectivo a la tumba individual: el sepulcro de La Sima en Miño de Medinaceli, Soria, España. *Boletín del Seminario de Estudios de Arte y Arqueología*, 71: 11-42.

Rosenblatt, L.; Meyer, J. y Beckmann, E. (2004). *El café, un nuevo ingrediente en tu cocina*. Barcelona, España: Intermón Oxfam.

Russo, D. (2011a). *Consideraciones en torno al uso de drogas en ritos funerarios, ceremonias religiosas y farmacopea*, Buenos Aires. Mimeo

Russo, D. (2011b). *Tensiones y disputas en torno a la denominación del consumo de sustancias psicoactivas: de la drogodependencia al consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Mimeo.

Samorini, G. (2003). *Animales que se drogan*. Barcelona, España: La Cañamería Global.

Sanabria, C. (2009). Allende la libación: el café. *Revista Herencia*, Vol. 22 (1), 65-77.

Schultes, R.E.; Hofmann, A.; Rälsch, C. (2000). *Plantas de los dioses. Las fuerzas mágicas de de las plantas alucinógenas.* México: Fondo de Cultura Económica.

Silva, H.A. (1984). *Hamburgo y el Rio de la Plata: vinculaciones económicas a fines de la época colonial.* Koln-Wien: Böhlau.

Szasz, T. (1994). *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre.* Madrid, España: Anagrama.

Teofrasto (1988). *Historia de las plantas.* Madrid, España: Editorial Gredos.

Tokatlian, J.G. (2017). *Qué hacer con las drogas.* Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

Torres Bares, C. y Escarbajal Arrieta Ma. D. (2005). Psicofarmacología: una aproximación histórica. En *Anales de psicología*, (21) 2, 199-212.

UNODC (2009). *Un siglo de fiscalización internacional de drogas.* Boletín de estupefacientes. (LIX) 1 y 2, 2007. Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas.

Vernant, J.C. (2003). *Mito y sociedad en la Grecia antigua.* Madrid, España: Siglo Veintiuno Editores.

Villarejo Díaz, M.; Murillo Zaragoza, J.R. y Alvarado Hernández, H. (2000). Farmacología de los agonistas y antagonistas de los receptores opioides. En: *Educación e Investigación clínica*, (1) 2, 106-137.

Walton, S. (2005). *Una historia cultural de la intoxicación.* México: Océano.

Wolf, E. (2006). *Europa y la gente sin historia,* México: Fondo de Cultura Económica.

Zamora López, J.A. (2006). El sacerdocio en el Levante próximo-oriental (Siria, Fenicia y el mundo púnico): las relaciones entre el culto y el poder y la continuidad en el cambio. En: Escacena Carrasco, J.L. y Ferrer Albeda, E. (Ed.) *Entre Dios y los hombres: el sacerdocio en la antigüedad.* Sevilla, España: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Sevilla, Monografía revista Spal (VII).

Notas

1) En el libro "Animales que se drogan" (2003), Samorini presenta una serie de casos en los que animales e insectos consumen especies vegetales con propiedades psicoactivas de manera regular y

se exponen a peligros concretos, problematizando la evitación de la ingesta como reflejo del instinto de conservación.

2) Respecto de la universalidad de la intoxicación con sustancias psicoactivas, Stuart Walton (2005) identifica a los inuits (esquimales) como la única sociedad sin registro de consumo. Esto se debe a las condiciones climáticas del Ártico y la imposibilidad de plantar vegetales. No obstante, aclara: “Cuando los primeros exploradores europeos los descubrieron, iniciaron a los inuits en el consumo de alcohol, borrando para siempre una llamativa anomalía biológica de nuestra especie” (2005: 46).

3) Respecto de la antigüedad de estos registros, el etnólogo Richard Rudgley refiere que para el año 3.100 antes de nuestra era “entraron en Egipto infusiones de opio provenientes de Chipre -por entonces en la Edad del Bronce-, para usos medicinales y para provocar efectos psíquicos durante las ceremonias (posiblemente también como afrodisíaco)” (Rudgley en Daventport Hines, 2003: 27).

4) Ver González Wagner (1984), “*Psicoactivos, misticismo y religión en el mundo antiguo*”.

5) El kykeon era una bebida con propiedades alucinógenas que se empleaba en los misterios de Eleusis.

6) Respecto de la centralidad del episodio del robo de kykeon en la condena a Alcibíades, existen dos posiciones divergentes. Una de ellas, entiende que la sustracción de estos alcaloides constituyó la violación legal que motivó el veredicto de los jueces (Escohotado, 2002; Walton, 2005 y Savater: http://elpais.com/diario/2004/09/15/opinion/1095199206_850215.html). Por su parte, Jacqueline de Romilly (1996), especialista en estudios históricos de Grecia clásica, sostiene que la penalización no tenía como objeto las sustancias en sí mismas, sino que éstas fueron una excusa para atacar su figura política, a la que caracteriza como controversial y plagada de enconos por parte de otros personajes relevantes de la vida política ateniense.

7) Al respecto ver Parry, J. H. (1993), “Europa y la expansión del mundo, 1415-1715”; North, D. C. y R. Thomas (1978), “El nacimiento del mundo occidental. Una nueva historia económica”; Aznar Vallejo, E. (2009), “La guerra naval en Castilla durante la baja Edad Media”; Menzies, G. (2003), “1491. El año en que China descubrió el mundo”; Dussel, E. (2004), “China (1421-1800): Razones

para cuestionar el eurocentrismo”, Cipolla, C.M. (1979a), “Historia económica de Europa. La Edad Media”; Wolf, E. (2006), “Europa y la gente sin historia” y Hobsbawm, E. (1998), “Las hegemonías de Gran Bretaña y Estados Unidos, y el Tercer Mundo”.

8) Joan Corominas (1994) asocia el origen de la palabra “droga” (s. XV) al vocablo céltico para designar “malo” (bret. droug, galés, drwg, irl. droch), aplicado en este caso a las sustancias químicas y a las mercancías ultramarinas, por su mal gusto. La Real Academia Española, contrariamente, lo vincula al término árabe andalusí *harúka*: “charlatanería”.

9) Sobre la búsqueda de aclimatación de las nuevas especies para la industria textil, naviera y farmacéutica y la transformación de la flora y fauna entre los continentes ver García Martín, P. (2015), “De colores y drogas”; Rey Bueno, M. (2015), “Guerras panfletarias en torno a la quina. Documentación inédita (1638-1705)”; Luna-Fabritus, A. (2015), “Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica”; Laplaza, J.M. (2012), “Claves para un cambio terapéutico en la España de Felipe V de Borbón (1700-1746): la materia médica vegetal americana y la Real Botica”; Madge, T. (2002), “Polvo blanco. Historia cultural de la cocaína” y Courtwright, D. (2002), “Las drogas y la formación del mundo moderno”.

10) Ver Sanabria, C. (2009), “Allende la libación: el café”; Cipolla, C.M. (1979b), “Historia económica de Europa. Siglos XVI y XVII”; Russo, D. (2011), “Consideraciones en torno al uso de drogas en ritos funerarios, ceremonias religiosas y farmacopea”; Munhoz de Argollo Ferrao, A. (2005), “*Paisaje cultural del café en Brasil*” y nuevamente, los aportes invaluable de Courtwright, D. Op. Cit.

11) A diferencia de lo que ocurre con la mayoría de las sustancias, se conoce el día exacto en que los europeos entraron en contacto por primera vez con el tabaco: 6 de noviembre de 1492. Si bien el Diario de Navegación oficial que el Almirante Cristóbal Colón escribió en su primera travesía a bordo de la Santa María fue extraviado, en la actualidad se conservan los fragmentos que Fray Bartolomé de las Casas reprodujo del mismo. En su Historia general de Indias. Tomo I (1875) el religioso brinda una versión completa sobre este encuentro: “Hallaron estos dos cristianos por el camino mucha gente que atravesaban

á sus pueblos, mujeres y hombres, siempre los hombres con un tizón en las manos y ciertas yerbas para tomar sus sahumeros, que son unas yerbas secas metidas en una cierta oja (sic), seca también, á manera de mosquito, hecho de papel de los que hacen los muchachos la pascua del Espíritu Santo; y encendido por una parte de él, por la otra chupan, ó sorben, ó reciben con el resuello para adentro aquel humo, con el cual se adormecen las carnes y cuasi emborracha, y así, diz que no sienten el cansancio. Estos mosquetes, ó como los llamaremos, llaman ellos "tabacos". Españoles cognosca (sic) yo en esta isla Española que los acostumbraron á tomar, que, siendo reprendidos por ello diciéndoseles que aquello era vicio, respondían que no era en su mano dejarlos de tomar; no sé qué sabor o provecho hallaban en ellos" (Casas, B. de las, 1875: 332-333).

12) Se reproduce el texto en su versión de Casa de Fernando Díaz, 1580, pp. 32r-39r, ya que la edición original escrita en lengua castellana antigua exige un esfuerzo de interpretación que dificulta la lectura. http://hicio.uv.es/Expo_medicina/Renacimiento/texto_monardes.html

13) La lista de castigos se completa con excomuniones (Cum Ecclesia del Papa Urbano VIII, 1642) y la pena capital por tráfico y consumo en China (durante el reinado Ming, 1640) y en Persia (en el gobierno del sultán Muhammad IV).

14) Los alcaloides son compuestos orgánicos nitrogenados formados a partir de aminoácidos con una actividad farmacológica específica. Su función primordial, tal como ya se ha expuesto, sería la de proteger a la planta de suspredadores. No obstante, se considera como posible su función de detoxificación de sustancias nocivas generadas por el metabolismo primario, como así también la de reserva de nitrógeno para otras funciones metabólicas y para la protección de los rayos UV.

Sobre alcaloides de origen animal ver Fernández Fresneda (1953) "*Nuevas aportaciones experimentales a la microquímica alcaloidea en medicina legal*".

15) Eguíluz Uruchurtu (2007) señala que Paracelso desarrolló una línea extensa de preparados en base a plantas con propiedades psicoactivas. Además del opio, sus compuestos incluían mandrágora, eléboro y alcanfor. Más allá de la reintroducción de estas sustancias

al campo de la producción de medicamentos, el autor refiere que Paracelso no se apartó completamente del espíritu de la época, en tanto "*reconocía al diablo como causa de la enfermedad y aconsejaba penitencia como remedio*" (2007: 6).

16) Richard Davenport-Hines (2001) Enriquece los antecedentes con una extensa nómina de químicos abocados al estudio del opio y la posibilidad de aislamiento del alcaloide principal de la planta. De ellos destaca a Daniel Ludwig (1625-1680), quien logró la fórmula del *Magisterium Opii*, sustancia de estructura similar a la hallada posteriormente a inicios del siglo XIX.

17) Ver Gil y Municio, P. (1864) "*Memoria sobre el juicio crítico sobre los métodos seguidos hasta el día para extraer del opio la morfina*".

18) Para dar cuenta de las contingencias de época, se recomienda el registro histórico de Gómez Aspe, R. (2006) "*Aislamiento de la morfina. 200 años de un descubrimiento fundamental para la química moderna*" y los trabajos de Maugeais, P. "*Sainte Morphine, fléau de l'humanité*" (1988) y "Los estupefacientes en el siglo XIX: nacimiento de las toxicomanías modernas" (2000).

19) Para el estudio de la secuencia de producción de la innovadora "química de los alcaloides" se recomienda la lectura de Fernández Fresneda, M. (1953) "*Nuevas aportaciones experimentales a la microquímica alcaloidea en medicina legal*"; Villarejo Díaz, M., J.R. Murillo Zaragoza y H. Alvarado Hernández (2000) "*Farmacología de los agonistas y antagonistas de los receptores opioides*"; Torres Bares, C. y M. D. Escarbajal Arrieta (2005) "*Psicofarmacología: una aproximación histórica*" y los ya citados Courtwright, D. (2002), Davenport-Hines, R. (2001), Escotado, A. (2002), Madge, T. (2002) y Walton, S. (2005).

20) Existe una coincidencia en señalar al británico Alexander Wood como el precursor en el desarrollo y uso de la aguja hipodérmica. Este procuraba un sistema para administrar morfina y aliviar los dolores producidos por el cáncer que sufría su esposa. Su nombre coexiste con el de Charles Gabriel Pravaz, quien en la misma época diseñó un instrumento similar para la aplicación de las nuevas sustancias analgésicas (Mugeais, 2000).

David Courtwright (2002: 67) ejemplifica el éxito de la combinación entre estas sustancias y las tecnologías desarrolladas para su

aplicación: en el año 1855, cuando Wood incorporó el uso de la inyección hipodérmica a los procedimientos terapéuticos, los hospitales franceses solicitaron a la farmacia central de París 272 gramos de morfina para tratamientos. Tan sólo dos décadas después, la demanda alcanzaba los 10.000 gramos.

21) Denominación que la comunidad médica dio al efecto iatrogénico en el tratamiento del dolor (Maugeais, 2000). El autor refiere que el uso de este término posibilita diferenciar un efecto indeseado de lo que se señalaba como “morfinomanía pasional”, marcada por la disposición previa de los sujetos que la desarrollarían. Ver también la tesis doctoral de Antonio Almeida (1891) “*La morfinomanía*”.

22) Durante el conflicto entre Unionistas y Confederados, los primeros entregaron cerca de 10 millones de cápsulas de opio a sus soldados, en tanto sus contrincantes distribuyeron 80 toneladas de polvos y tinturas de opio (Davenport-Hines, 2001). En idéntico sentido, el Dr. Gregorio Bermann (1925) retoma el estudio de Karl Hudoverings sobre cifras recogidas en el principal hospicio de Hungría, donde verifica que antes de la guerra la morfinomanía terapéutica era cuatro veces mayor que la ocurrente por uso sin prescripción. Una vez finalizado el conflicto la proporción se había invertido, multiplicando por diez los casos de consumo por fuera de orden médica a los de origen terapéutico (Bermann, 1825: 130-131).

23) Ver el análisis de Pérez Monfort, R. (1997) “*Fragmentos de historia de las ‘drogas’ en México 1870-1920*” respecto de las legislaciones sobre el expendio de determinadas drogas en México, el Imperio Alemán y el Reino Unido.

24) Tomás Szasz entiende que “*para comprender la larga lucha de América contra las drogas debemos situar la histeria actual en el contexto de la vocación histórica de esta nación por sostener cruzadas morales*” (1994: 75). Véase también Hari, J. (2015) “*Tras el grito*”.

25) Marcelo Bergman (2016) asocia la prohibición estadounidense de las bebidas alcohólicas con la reacción puritana de la población anglosajona protestante frente a la inmigración masiva de católicos italianos e irlandeses. Al profundizar su análisis sobre el fenómeno de las prohibiciones, sostiene: “*Por lo general, las prohibiciones se encuadran en movimientos de ‘cruzadas morales’, que denotan clivajes y fricciones en*

momentos de cambio social, en donde un sector social hegemónico percibe una amenaza simbólica al statu quo” (2016: 55).

26) Esas regulaciones corresponden a iniciativas del Gobierno Federal de los Estados Unidos. Davenport-Hines (2001) destaca que desde el año 1900 algunos Estados ya contaban con leyes para el control y suministro de opiáceos, cocaína y sus derivados.

27) La determinación de Shanghái como sede del encuentro fue sugerida al presidente norteamericano Theodore Roosevelt por parte del obispo de Filipinas, el canadiense Charles Henry Brent, quien lo convocaba a ayudar a China en su “*batalla contra el opio*”.

28) En el año 1919 se produjo la incineración del último embarque de opio procedente de la India, finalizando así un comercio vigente por tres siglos.



Hegemonía y contrahegemonías en Salud Mental. La propuesta de la clínica placera

Ricardo Alberto Augman

Psicólogo. Doctorando en Salud Mental Comunitaria en la UNLa. Miembro de la Dirección de Prevención de la Tortura, Diálogo y Gestión Colaborativa en la Procuración Penitenciaria de la Nación. Miembro fundador de la Cooperativa Liberté, primera cooperativa del país cuyo consejo directivo este compuesto por personas presas en la Unidad 15 de Batán, Provincia de Buenos Aires

ricardoaugman@gmail.com

Benjamín Azar Bon

Becario doctoral CONICET. Doctorando del doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa., Psicólogo (Universidad Nacional de Tucumán). Egresado de la Residencia de Psicología Clínica del Hospital J.M. Obarrio, Docente auxiliar de la cátedra de Historia de Psicología (UNT)

benjazar88@gmail.com

Ana Cecilia Garzón

Becaria doctoral UNLa-CONICET. Doctoranda y Mg. en Salud Mental Comunitaria de la UNLa., Esp. en Gestión de la Economía Social y Solidaria de la UNQ. Lic. en Psicología de la UNT. Docente adjunta a la materia Salud pública y Salud Mental de la Lic. en Psicología (UCES) y Docente del Seminario Tesina de la Lic. en Psicopedagogía (UNSaM)

cegarzon@gmail.com

Bruno Hennig

Becario doctoral UNLa-CONICET. Doctorando del doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Maestrando en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural (Universidad Nacional de San Martín)

brunohennig1@gmail.com

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo realizar una reflexión teórica sobre la llamada Clínica Placera, desarrollada en las plazas de Asunción por el psiquiatra y antropólogo paraguayo Agustín Barúa Caffarena. En la búsqueda de reflexionar sobre las prácticas latinoamericanas emancipadoras este texto pone en tensión alguno de los ejes de la Clínica Placera con la práctica hegemónica en salud mental.

A lo largo del trabajo se identificarán aquellos ejes que permiten caracterizar a la Clínica Placera como un dispositivo con rasgos contrahegemónicos desde los postulados éticos y teóricos de la salud mental comunitaria.

Palabras claves: Salud Mental - Salud Mental Comunitaria - Prácticas Contrahegemónicas - Clínica Placera - Sufrimiento psíquico.

Abstract

The objective of this work is to present a theoretical analysis of the so-called "Clínica Placera", developed in the squares and parks of Asunción by the Paraguayan psychiatrist and anthropologist Agustín Barúa Caffarena. This text examines some of the fundamental concepts/pillars of the "Clínica Placera" and contrasts them with the hegemonic practices in mental health,

according to the Latin American emancipatory practices.

Throughout the work, those axes that allow the "Clínica Placera" to be characterized as a device with counter-hegemonic features from the ethical and theoretical developments of community mental health will be identified.

Key Words: Mental Health - Community Mental Health - Counter-hegemonic Practices - "Clínica Placera" - Psychic Suffering.

Introducción

El campo de la salud mental se caracteriza por una indudable complejidad. A lo largo de la historia –y a lo ancho de las culturas–, son incontables los abordajes y conceptualizaciones que se construyeron sobre ese particular modo de estar en el mundo que algunos llaman locura. Ésta, como manifestación subalterna, ha sido históricamente resguardada en la intimidad de la familia, expulsada de las ciudades, castigada o considerada demoníaca o divina, por nombrar solo algunas pocas prácticas vinculadas a ella; fue recién a partir de la modernidad occidental que se concibió un modo sistemático y, más o menos, homogéneo de tratarla. Tal como sostiene Emiliano Galende (2008), el encierro es el ele-

mento más estable en toda la historia de la salud mental y la atraviesa hasta la actualidad. Si bien esta práctica encuentra su punto de inflexión en el siglo XVII, al ser instituida bajo el mando central del Estado monárquico francés, hubo que esperar casi doscientos años para que el positivismo genere un “saber” que la legitimase a pesar de que llevaba siglos ejerciéndose. El alienismo nombra a la locura objetalizándola, la categoriza bajo el modelo positivista botánico y le supone una causa y un tratamiento. De esta manera, se convierte a la locura en enfermedad mental resituándola al terreno de lo privado como aquello que debe ser recluido. Lo diferente es forzado a entrar en límites categoriales a fin de permitir su estudio y disciplinamiento. Los cuerpos de los “anormales” son excluidos del espacio público, dando cuenta de una solución práctica a una problemática que, investida de cientificidad, no deja de ser política.

En este contexto histórico, muchos han sido los desarrollos teóricos y prácticos que, a partir de estudios críticos de la historia de la psiquiatría, buscaron devolver la locura al intercambio de lo público y, por lo tanto, deshacer el camino de dominación de la misma. Paralelamente a la expansión de nuevos trastornos –al servicio del interés de la corporación médico-farmacéutica–, han surgido movimientos que critican las categorías diagnósticas, en tanto etiquetado que pato-

logiza cualquier modalidad de sufrimiento o de experiencias que se distancian de la norma.

En este trabajo nos propusimos pensar a la llamada Clínica Placera, desarrollada por el psiquiatra y antropólogo paraguayo Agustín Barúa Caffarena¹, como un dispositivo con rasgos contrahegemónicos, en tanto busca interpelar la modalidad reclusoria y estigmatizante en que históricamente se situó a la locura y a los sujetos con sufrimiento psíquico. Sirvámonos de una breve caracterización: la Clínica Placera es un dispositivo de atención individual en salud mental, ideado y llevado a cabo por Barúa, que tiene lugar en algunas plazas de la ciudad de Asunción. Las entrevistas son agendadas con el profesional tratante como cualquier otra, con la diferencia de que no solo se acuerda un día y horario, sino también una plaza y un banco. La clínica por fuera del consultorio posee múltiples particularidades, según Barúa se busca confrontar el encierro de los consultorios para que, en lugar de centrarse en el terapeuta se potencie el mundo y lo contingente del afuera. Asimismo, propone enfrentar la lógica vergonzante de las problemáticas en salud mental y disputar la plaza como un espacio de intimidad en lo público, relegitimando la posibilidad de construir lo común y vencer el miedo al otro (Barúa, 2021). Además, si bien no deja de ser un servicio privado, al no tener que afrontar los costos de alquiler de un consultorio, los honorarios re-

sultan ser más accesibles que el promedio de las consultas psiquiátricas en Asunción.

Se buscará entonces, poner en tensión alguno de los ejes de la Clínica Placera -tales como la disputa del espacio público como un lugar posible para el desarrollo de prácticas en salud mental y la confrontación con las lógicas estigmatizantes vinculadas a las categorías diagnósticas-, con la práctica psiquiátrica hegemónica basada en una concepción individualista, nosográfica, ahistórica y biologicista del sufrimiento.

Las identidades clasificatorias

“De poco sirve reducir la experiencia a una nosología específica cuando lo cotidiano está presente como una realidad social sin concesiones, cuando los problemas vitales no son tanto hipotéticas disfunciones neuroquímicas o supuestas estructuras de personalidad, sino una vida de exclusión y violencia que nos salpica como una evidencia social del sufrimiento”.

(Correa-Urquiza et al., 2006).

La identidad puede ser estudiada por los efectos que produce el acto de clasificar. Toda clasificación es política. Parafraseando a Piera Aulagnier en *La violencia de la interpretación* (1975) existiría una violencia de la clasificación. En Occidente nominar y definir al otro es un efecto de poder de los grupos hegemónicos, que asig-

nan una identidad clasificatoria a grupos sociales para diferenciarse de éstos y dominarlos. Desde las prácticas científico-académicas se buscó históricamente clasificar al otro para volverlo legible y cualitativamente comprensible (Gómez Carpinteiro, 2014), produciendo así una reducción de la posibilidad de ser a categorías, series y objetos expresables.

Las relaciones de poder entre nombradores y nombrados han devenido en una lucha por existir y resistir con autonomía y se mueven en el territorio lingüístico del haber sido excesivamente hablados por otros (Correa-Urquiza et al., 2020). En cuanto al campo de la salud mental, la hegemonía psiquiátrica, de corte positivista y biologicista, se basa fundamentalmente en la observación, diagnóstico y tratamiento, clasificando y definiendo al otro en términos clínicos, sin lugar para la vivencia subjetiva, ya que sólo predomina la palabra autorizada del médico y la historia natural de la enfermedad. Arthur Kleinman, diferencia tres conceptos:

1) “Disease” refiere a la dimensión orgánica, clínica y objetiva de la enfermedad;

2) “Illness” hace referencia a la experiencia subjetiva, negada e invisibilizada por el modelo médico hegemónico;

3) “Sickness” apuntaría al malestar, a la disfunción cultural y social del fenómeno, a lo que es producido por las significaciones sociales (Correa-Urquiza, 2018).

Históricamente, en el mundo de la colonial modernidad “cualquier elemento, para alcanzar plenitud ontológica, plenitud de ser, deberá ser ecualizado, es decir, conmensurabilizado a partir de una grilla de referencia o equivalente universal. Esto produce el efecto de que cualquier manifestación de la otredad constituirá un problema, y solo dejará de hacerlo cuando [sea] tamizado por la grilla ecualizadora, neutralizadora de particularidades, de idiosincrasias”. (Segato, 2015: 89).

De este modo, serán “resto” y un “problema a resolver” todos/as aquellos/as quienes no pudieran ser enunciados en “términos universales” (Segato, 2015), es decir –y añadimos en este trabajo– aquellas personas y grupos/colectivos que no se correspondan con la imagen de un “sujeto ciudadano universal”, que contiene el supuesto de: hombre masculino, cisgénero, heterosexual, blanco, sano, neurotípico, cristiano, adulto, letrado, delgado y productivo. Además, esta grilla ecualizadora opera en la sociedad al modo de un rastrillaje semiótico-perceptual a través de distintos procesos que buscan garantizar una supuesta normalidad planteada en términos universales (Hennig, 2021), contribuyendo así a la generación de desigualdad.

La producción de desigualdad a través de la creación de categorías que operan la clasificación social (Quijano, 2014), como la raza y el género² reproducen la dominación capitalista y moderno-colonial. En este sentido

es que precisamos de categorías que no repliquen ningún tipo de dominación. En Salud Mental, categorías como las de trastorno o enfermedad mental cristalizan en la identidad de los sujetos diagnosticados-etiquetados, forzándolos a una vivencia clínica de un malestar clasificado en términos patológicos, donde el saber del especialista se impone a la experiencia subjetiva de la persona afectada, dándose así una relación de hegemonía/subalternidad, en la que ocurre una trasmutación del saber cotidiano en un conocimiento técnico y despolitizado. Repolitizar el sufrimiento (Correa-Urquiza, 2018) resulta una tarea clave en Salud Mental, en la cual deben ser revisadas las relaciones desiguales de poder que terminan encajonando los procesos de vivir en límites clínicos rígidamente estandarizados, que no hacen más que burocratizar la existencia, produciendo procesos de normalización, disciplinamiento, vigilancia y control social (Foucault, 2002).

El paradigma de la normalización organiza una jerarquización y clasificación de cuerpos y subjetividades en la lógica normal-patológico conforme a los intereses de la hegemonía económica, política y cultural (Foucault, 2002; Canguilhem, 1982).

Al enunciar a la clínica placera como un modo de interpelar el modelo médico hegemónico, se hace necesario situar el enfoque del concepto hegemonía. La hegemonía concierne a una forma de dominación social y

política predominantemente ideológica, que pretende imponer como universales determinados deseos, mandatos, creencias, ideales y valores como válidos, legítimos y reconocidos como propios, sobre otros sectores sociales y políticos (Fair, 2015). En la sociedad civil, en tanto trama institucional formada por la familia, la escuela, la iglesia y los medios masivos de comunicación, operan el sostenimiento y la reproducción de la cultura dominante interviniendo además en la elaboración de consenso (Portantiero, 2008). Finalmente, resulta fundamental vincular la idea de hegemonía con la dominación como proceso no sólo de fuerza, sino también de lucha por la producción y la apropiación social del sentido (Martín-Barbero, 2008).

De este modo, la hegemonía a través del Modelo Médico (Menéndez, 2005) operaría en al menos tres niveles:

a) El saber profesional como única lengua legitimada en tanto forma de dominación sobre otros saberes. Estos últimos no serían el saber médico introyectado en el sujeto diagnosticado sino una producción desde otros espacios y latitudes, un conocimiento que surge de la experiencia subjetiva del sufrimiento psíquico, que excede lo dado y cuestiona lo asumido, es un saber que corre el riesgo de ser un punto ciego para la mirada experta (Correa-Urquiza, 2018). La hegemonía se materializa cuando sólo es tenida en cuenta

la palabra del médico/psiquiatra quien, de acuerdo a la noción de “disease”, define externamente la afectación de un sujeto en términos objetivos y patológicos, sin involucrar su voz y su historia, a partir de ciertos síntomas-indicadores construidos, invisibilizando su dimensión de coproducción ideológico-política-social. Las categorías médicas reducen la compleja totalidad de la experiencia del sufrimiento a una descripción semiológica, al mismo tiempo que colonizan la subjetividad y la identidad de los sujetos (Correa-Urquiza et al., 2020). De este modo, la enfermedad mental se transforma en un problema de ajuste neuroquímico mediante tratamiento psicofarmacológico y no en una realidad que es también política, económica, biográfica, social y familiar (Correa-Urquiza et al., 2006). Así, con la acción diagnóstica técnico-profesional hegemónica, asistimos a una captura ideológica del proceso experiencial de un sujeto, ya que se le impone un mundo clínico de sentidos estandarizados que reducen la existencia a un vivir enlatado a partir del rotulamiento masivo desde la corporación médica.

b) La construcción de la hegemonía supone que la visión del mundo y los valores de las clases dominantes se transformen en el sentido común compartido para el resto de grupos subalternos (Correa-Urquiza et al., 2020). En esta sintonía, la locura rompe y desafía al sentido común, producto de las tensiones efectuadas por la

hegemonía (Correa-Urquiza et al., 2020). Al decir de Goffman, se trata, en definitiva, de una gran dificultad colectiva de lidiar con la diferencia (Correa-Urquiza et al., 2020). El interrogante que se plantea es cómo co-producir categorías legitimadas que inauguren la experiencia singular, y estallen el lugar común que condena a las personas como enfermos. Desde una perspectiva foucaultiana, podríamos decir que la normalidad no existe, o que si lo hace es sólo por efecto de poder de diversos procesos de normalización que se despliegan a través de las “instituciones disciplinarias” (Foucault, 2002), históricamente orientadas a fabricar cuerpos dóciles para la dominación, en relación con la expansión del capital, que buscan encauzar los comportamientos, debiendo tanto las y los estudiantes como las y los pacientes renunciar a la indisciplina y a la desobediencia. En este sentido, resulta subsidiaria la idea de normopatía, definida como aquel sujeto que pasivamente acepta por principio todo lo que su cultura le enseña como correcto, bueno y justo, no animándose a cuestionar nada y muchas veces tampoco a pensar diferente, pero sí a juzgar críticamente a quienes lo hacen, condenarlos o aceptar que los condenen (Guinsberg, en Barúa, 2015). Por ello, categorías teórico-políticas como la de enfermedad esconden un entramado ideológico que responde a instituciones, sujetos y lógicas que pretenden producir ciertos cuerpos y sentidos y no otros, crean-

do un mercado de consumos de altísimo impacto en la economía global.

c) La hegemonía también se da entre los profesionales de distintas disciplinas, donde el conocimiento aparece como un campo de disputa de poder. La medicina y la psiquiatría constituyen las prácticas dominantes en el acto de curar, y se autoproclaman como propietarias de un saber absoluto, basado en evidencias científicas. Le siguen otros modelos “psi” en la lucha por el poder, como el psicoanálisis y las terapias cognitivo-conductuales (Correa-Urquiza et al., 2006). El psicoanálisis fue concebido como ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría clásica, el devenir de las prácticas y las instituciones darían cuenta del posicionamiento en relación al poder.

Uno de los problemas de ciertos enfoques “psi” lo constituye el individualismo epistemológico y metodológico, que actúa en la percepción acerca del afectado en tanto “isla psicopatológica” a ser explorada exclusivamente desde lógicas psicológicas y/o biológicas (Correa-Urquiza et al., 2006), a la vez que se dirigen al sujeto individual como portador de un problema, ante el cual la solución es profesional.

Frente a tal desglose argumentativo, se torna necesario reflexionar: ¿cabe la complejidad y la riqueza de existir en una etiqueta? ¿Acaso no desbordan las múltiples identidades de un sujeto las categorías diagnós-

ticas? ¿Es posible contribuir a categorías más amplias, integrales e inclusivas? También, nos interrogamos: ¿es posible pensar por fuera de las categorías? O bien, ¿cómo estallarlas, tanto desde adentro como desde afuera? En todo caso, ¿cómo crear categorías abiertas al movimiento y criticidad, porosas y respetuosas de quienes no son una/o? ¿Es la categoría de sufrimiento psíquico suficiente para no reproducir la violencia de la clasificación o, inevitablemente, cae en ella?

Con el objetivo de reflexionar sobre las categorías y las prácticas en salud mental comunitaria en clave latinoamericana, se lleva a cabo un análisis de la experiencia Clínica Placera para situar las rupturas, quiebres y alternativas a las propuestas hegemónicas en las prácticas en salud mental. Para cumplir con el mismo se realizó una entrevista en profundidad a Agustín Barúa Caffarena sobre su propuesta de Clínica Placera.

Tensiones en la producción de saber sobre los sufrimientos

“...en el reino animal la regla es comer o ser comido; en el reino humano, definir o ser definido”.

(Szasz, 1973)

De acuerdo a lo desarrollado por De Sousa Santos (2010), la epistemología occidental dominante fue construida a partir de las necesidades de dominación

capitalista y colonial y se sustenta en el pensamiento abismal. Este pensamiento actúa por la definición unilateral de líneas radicales que dividen los saberes sociales, las experiencias y los actores entre los que son visibles, inteligibles o útiles (los que quedan de este lado de la línea) y los que son invisibles, ininteligibles, olvidados o peligrosos (los que quedan del otro lado de la línea). La división es tal que el otro lado de la línea desaparece como realidad. La no existencia es producida cuando una entidad es descalificada y considerada invisible, no inteligible o desechable. Este autor distingue cinco formas sociales principales dentro de la lógica de producción de no existencia establecidas por la razón eurocéntrica dominante: lo ignorante, lo residual, lo inferior, lo local y lo improductivo. Se trata de formas sociales de inexistencia porque las realidades que conforman aparecen como obstáculos con respecto a la realidad que cuentan como importantes: las científicas, avanzadas, superiores, globales o productivas. Las invisibles se convierten en el fundamento de las visibles.

En el campo de la producción de conocimiento, esta operación consiste en conceder a la ciencia moderna el monopolio de la distinción universal entre lo verdadero y lo falso, dejando del otro lado de la línea lo que es considerado como carente de conocimiento real: hay creencias, opiniones, magia, idolatría, comprensiones intuitivas o subjetivas, otros saberes ancestrales.

La creación y la negación del otro lado de la línea son constitutivas de los principios y prácticas hegemónicas. En este sentido, la producción de inexistencia opera invisibilizando otros enfoques que no respondan al Modelo Médico (Menéndez, 2005) y a otros abordajes “psi” hegemónicos.

En el campo de la salud, existen al menos dos grandes marcos de referencia desde donde se coproduce el saber: el de la experiencia vivida, los aprendizajes posibles que se desprenden del sufrimiento, sus acciones y silencios; y el de las disciplinas y constructos epistemológicos que procuran comprenderlo, pero también apagarlo, neutralizarlo (Correa-Urquiza, 2018). La construcción de los padecimientos en tanto enfermedades o trastornos responde a una necesidad de nombrar y clasificar, tal vez comprender y tratar, pero resulta una falacia suponer que abarca la totalidad compleja del también llamado sufrimiento psíquico (Correa-Urquiza, 2018). No debemos olvidar que, de acuerdo a Correa-Urquiza (2018), toda interpretación es una construcción de sentido de un determinado fenómeno, y que la salud no es una cuestión exclusivamente médica, sino el producto de una serie de elementos que guardan relación con el aire que respiramos, las narrativas biográficas de los sujetos, los obstáculos vitales de éstos, su situación socioeconómica, y los marcos culturales que atraviesan la idea misma de salud, enfermedad, tratamiento y cuidado.

Las existencias: más allá de la institucionalización de los conceptos

Federico Galende (2015) refiere al proceso en el cual la “ciencia” del saber médico- psiquiátrico obstaculiza la simplicidad de la escucha y la apertura al sufrimiento singular del otro. Insiste, siguiendo a Emiliano Galende, que la experiencia de la escucha produce una erosión del historial de diagnósticos y juicios muchas veces inquisitoriales, que así devienen cáscaras demasiado endebles o porosas, ruinas que confiesan su límite para subsumir la complejidad del existir en alguna unidad teórica o principio de razón. Emiliano Galende sostiene que el conocimiento de la psiquiatría, más bien del psiquiatra, no coincide con el conocimiento de la vida de quien porta un sufrimiento mental.

En esta misma línea Correa-Urquiza (2018) precisa que existen dos grandes relatos sobre el sufrimiento psíquico: el manifiesto en las prácticas asistenciales por un lado, y por otro, aquel que emerge de los sujetos. Según este autor, existe un desencuentro entre un saber reconocido y naturalizado como el deber ser de los cuidados y otro que es el oculto, negado y olvidado.

Separándose de la ilusión cartesiana, Emiliano Galende (2015) insiste en que pretender una explicación universal y una verdad del sufrimiento mental en los mecanismos biológicos del cerebro es negar justamente lo que constituye la esencia de la existencia del hombre:

su relación con la cultura que habita, los rasgos del lugar que ocupa en su sociedad, las diferencias de su capacidad creativa, de la autonomía de su imaginación, del ejercicio de su libertad para orientar las decisiones sobre su vida: es en la existencia y los sufrimientos mentales del vivir, donde puede buscarse y entenderse en las condiciones de la cultura y la sociedad en que habitamos.

Este proceso de ubicar el malestar topológicamente en el cerebro o psiquismo y definirlos desde causas biológicas, individuales, a-históricas, y definibles de manera objetiva por un observador externo, se desvincula de su articulación con las condiciones materiales de existencia y se le niega la potencia heterogénea de los afectos.

Se evidencia un desfase entre las categorías diagnósticas y las prácticas instituyentes. Cuando el saber se inscribe sólo desde el saber sanitario (médico asistencial) y se despoja de la posibilidad de conocer y enunciar sobre su sufrimiento a las personas, imposibilita toda relación terapéutica, en tanto no se puede sostener una práctica basada en la sola autoridad y el ejercicio del poder disciplinario sobre el otro. Ninguna relación puede considerarse terapéutica negando al otro como un semejante y tratado como un objeto para su tratamiento.

Siguiendo a Menéndez (2005) sostenemos que la respuesta asistencial no se instala sólo en las institu-

ciones sanitarias, sino que existe como perspectiva de comprensión y abordaje de los padecimientos en toda la sociedad. Los diagnósticos organizan no sólo una forma de abordaje, sino que construyen identidades en su calidad performativa³.

Es así, que los malestares, complejos, multideterminados por las condiciones materiales de existencia se resisten y no pueden ser reducidos a categorías estancas definidas desde teorías abstractas que sostienen explicaciones de condiciones jerárquicas. ¿Desde qué categorías y prácticas se pueden alojar estos sufrimientos? ¿Cómo producir el desenganche necesario de la tradición cartesiana que niega el cuerpo del sufrimiento psíquico?

En el campo de la salud mental existen diferentes categorías con definiciones polisémicas en lo que se refiere a las conceptualizaciones sobre malestar, sufrimiento, y padecimiento. Es necesario un análisis minucioso de las categorías presentes en el campo que, si bien exceden el propósito de este trabajo, es importante señalar algunos puntos. Augsburger (2004) sostiene que la inclusión de sufrimiento psíquico es una categoría clave. La posibilidad de trabajar en el campo de la salud mental con la noción de sufrimiento psíquico o de malestar encuentra antecedentes de diversos autores (Freud, 1930/1981; Galende, 1997; Burin, 1991 citados en Ausburger, 2004). Sin embargo, no hay una

definición clara de sufrimiento psíquico. Algunos autores lo plantean como una propuesta superadora a la de trastorno haciendo foco en la inclusión de aspectos socio-históricos y subjetivos (Alves, 1993; Stolkiner, 2003, Ausburger, 2004; Faraone, 2013, Conrad, 1987, citado en Faraone, 2013). Otros referentes del campo de la salud mental utilizan este término acentuando el correlato subjetivo de la enfermedad, si se atiende a la especificidad de los problemas de salud mental, la utilización del concepto de sufrimiento psíquico permite destacar y reconocer la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar (Berlinguer, 1994; Susser, 1970; Basaglia, 1972 citados en Ausburger, 2004) Otros resaltan que el sufrimiento no puede ser encuadradas dentro de lo que se entiende por enfermedad (Ausburger, 2004; Susser & Susser, 1996, citado en Faraone, 2013). Ausburger (2004) sostiene que al no haber una base sólida del objeto enfermedad mental, los análisis epidemiológicos carecen de un sustento firme. Cómo se clasifica y desde qué categorías tiene implicancia directa en el modo de actuar. Tanto desde la definición de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina como los autores (Menéndez, 1997; Menéndez 2003, Mercado Martínez et. al, 1999) aportan definiciones sobre el concepto de padecimiento que incluyen no sólo al individuo, sino a su contexto y los modos en los cuales se da respuesta (individual, colectiva y desde

los servicios) al padecimiento⁴. Se observa que desde las diferentes posturas teóricas se busca apostar a definiciones más amplias que permitan situar al malestar en su complejidad y multideterminación, en un intento de superar las nomenclaturas clásicas psicopatológicas.

El malestar frente a estas categorías es nombrado por diferentes colectivos sociales que han sido tradicionalmente amordazados por estas formas clasificatorias que han patologizado y medicalizado sus existencias: usuarios y familiares de servicios de salud mental, sobrevivientes de la psiquiatría, el movimiento loco, movimiento de vida independiente, movimiento cannábico, usuarios de drogas, colectivo LGTBIQ+, pueblos originarios, movimientos afrodescendientes y tantos otros actores del campo de la salud mental que accionan para generar los cambios necesarios e impostergables. Estos colectivos denuncian la condición del desamparo (Correa, 2019) a la que han sido expuestos por las miradas profesionales, no percibiéndose en el lugar dado por las mismas.

En este sentido, la categoría de malestar se propone como una desobediencia epistémica (Mignolo, 2010), ya que el mandato político-epistémico insiste y presiona para trabajar en términos binarios. La categoría malestar rompe con el par dicotómico de lógica binaria sano– enfermo o normal–patológico, ya que el malestar implica pensar en otros términos.

Cuando Barúa (2021), citando a Guatarri, refiere que “no se trata de ir o de venir, sino de hacer otra cosa”, implica una llamada a la reflexión sobre nuestras categorías, nuestras identidades profesionales (en tanto roles de saber-poder) y nuestras prácticas, en una apuesta hacia la creatividad. Para este autor, su propuesta de clínica placera tiene que ver con una posibilidad que aporta tener otro lugar y tener el derecho a compartir desvergonzadamente el sufrimiento psíquico, no como algo privativo. Para él esta clínica permite romper la idea del encierro de yo y mi problema.

La noción de malestar es una categoría entre objetiva y subjetiva (implica tomar la palabra de quien padece), refiere a considerar sensiblemente las condiciones de vida, en tanto no es privativo de un individuo, sino que puede responder a una grupalidad que comparta los modos de vida. Por otra parte, su relación con el sufrimiento, a la vez que su utilización, enunciación y operacionalización epistémica contribuye a despatologizar, ya que no todo malestar es patológico y además no todo malestar es por enfermedad (Burin, 2010), es decir, recuperar el derecho a sufrir sin ser clasificado (Obiols, 2012).

El malestar, como posibilidad de apertura a la existencia del otro como par, habilita un proceso de encuentro empático que permite una escucha diferente desde el cual quien padece no tiene que ser intervenido

en un afán de normalización, sino alojado. Habilita a la dimensión de vínculos basados en la ternura y recupera su dimensión política (Ulloa, 2005).

Los procesos de democratización en los vínculos que apuestan a una paridad en la participación, generan un proceso de subjetivación política, o como lo menciona Wayar (2009) apostar a la performativización que permite la construcción identitaria en la participación de la escena política, en tanto actores en disputa de un saber sobre sí mismo.

Tensiones en las prácticas hegemónicas: las propuestas de la clínica placera

Si bien Agustín Barúa dice reconocerse como parte de la monstruosidad psiquiátrica, se puede identificar en la Clínica Placera algunos puntos o rasgos que tensionan las prácticas hegemónicas, al menos en los siguientes ejes:

1) La clínica placera es una propuesta asistencial en espacios públicos que busca salir de las paredes del consultorio y del “cementocentrismo”, que caracterizan a la mayoría de los abordajes clínicos en salud mental. Cabe aclarar –sin la intención de profundizar en el tema y a fines explicativos–, que lo público puede ser entendido de, al menos, dos modos: por un lado, como adjetivo, es la característica que puede tener un determinado servicio en tanto aspira a ser accesible para la

mayor cantidad de personas posibles de un territorio; por el otro, como sustantivo, es un espacio, un ámbito en donde se desarrolla una actividad con o junto a otros. La clínica placera no es un dispositivo público, sino que es una práctica privada que tiene lugar en lo público. Esta provocación a la tradición que vincula la intimidad con el adentro, característica de los dispositivos clínico-asistenciales tradicionales, se argumenta en dos ejes: en primer término, vinculado al acompañado/a, la atención en el afuera trasluce una idea desvergonzante del sufrimiento psíquico. Los efectos del estigma se resquebrajan cuando algo del derecho a sufrir aparece ante la posible mirada del semejante. En segundo término, una práctica asistencial desarrollada en el espacio público podría entenderse como acción política, en tanto plantea desandar el camino privativo, segregativo y excluyente que históricamente estuvo asociado a la locura. Asimismo, en tiempos de nuevas embestidas neoliberales, se intenta relegitimar a un lugar público –una plaza–, como un espacio de encuentro y “emplazamiento”, donde se ponga en cuestión la visión individualista del otro como potencial enemigo. La clínica placera cambia radicalmente la escenografía donde se despliega el singular relato sobre el malestar y lo hace disputando, de algún modo, los espacios comunes de las ciudades como posibles lugares de intimidad. Barúa no concibe a lo íntimo como opuesto a

lo público, sino que entiende que esta intimidad puede encontrarse en el dinamismo del afuera: en un perro que irrumpe ante un relato trágico, en los sonidos del viento sobre la copa de los árboles, en la espontaneidad de un niño que juega o en lo impredecible de vivir en una ciudad latinoamericana. La contingencia del afuera –opuesta al estatismo inerte del adentro– pone en juego distintas variables que son usadas para abordar el sufrimiento íntimo y singular de quienes Barúa nombra como “acompañados”. No son pacientes, son personas acompañadas (Barúa, 2021).

2) La búsqueda de Barúa por despsiquiatrizar las narrativas que llegan psiquiatrizadas, habladas por el saber médico, definidas en términos clínicos y con diagnósticos impuestos, involucra cierta idea de la potencia como lo posible, ya que al postular la importancia de la historia personal y la vivencia subjetiva de la problemática sin estar estructurados por el lenguaje médico-clínico permite la búsqueda por una resemantización y reconstrucción de la autobiografía en los propios términos de la persona afectada: “no le saque la poética a la persona” (Barúa, 2021). La despsiquiatricación se pone en juego en la perspectiva de Barúa, para quien hay que cuestionar la lógica psicofarmacocentrada, siempre apuntar al menor psicofármaco o nulo que fuera posible, a la vez que validar que se puede estar sin psicofármaco.

La propuesta de Barúa sobre la definición sobre el propio sufrimiento desde quien padece, y su negativa a incluir en el vínculo terapéutico las nomenclaturas y clasificaciones diagnósticas que él realiza, se puede comprender como un intento de democratización del proceso donde se privilegie el relato de la vivencia de quien consulta.

La clínica placera presenta un esqueleto alternativo a los enfoques psi dominantes, enmarcados en el Modelo Médico Hegemónico que, recordemos, no es sólo atravesado por el biologicismo sino también por el individualismo (Menéndez, 2005). De este modo, la clínica placera se conforma en tanto un nuevo espacio de interacción social, que contrasta con los paradigmas hegemónicos estructurados a partir de un individualismo epistemológico (Correa-Urquiza et al., 2006). Asimismo, el hecho de que la elección del banco de la plaza quede del lado del sujeto, manifiesta que el espacio no es propiedad del profesional y que es un espacio a construir (Barúa, 2021b). Por último, que el proceso terapéutico se realice mediante acuerdos de trabajo y tareas que se definen en las sesiones (encuentros) podría comprenderse en ciertas coordenadas de paridad entre el profesional y la persona que consulta.

3) Las identidades cristalizadas por los roles asignados en las lógicas de poder-saber afectan a todos los intervinientes en la trama relacional. Si bien, desde un

lugar jerárquico y de poder, los profesionales también se encuentran limitados por los roles asignados. En diferentes momentos de la entrevista, Barúa menciona críticas al rol hegemónico asignado y asumido por los profesionales del campo de la salud mental, específicamente de la psiquiatría. Algunos puntos en los cuales se identifican rupturas significativas son su crítica a algunos postulados teóricos sobre su profesión, Barúa menciona que “la psiquiatría resulta ser mayoritariamente legitimadora del status quo de la sociedad, que cada vez aúlla por espacios de rebeldía y transformación, de igualdad y de diversidad” (2021b: 1) Insiste que la psiquiatría sostiene un rol represivo, homogeneizante y acallante, desde las prácticas como la hipermedicación y la imposibilidad de escuchar relatos sin encasillar en trillos semiológicos, los encierros (físicos, químicos, simbólicos y eléctricos) en las prácticas cotidianas y sin interacción crítica con lo humano.

Para este autor, la salida de esta forma de relación humana propuesta por los modos más tradicionales de la clínica también se encuentra desde promover la rareza del profesional. La rareza como disputa semántica. Reivindicar que cada trabajador de salud mental pueda explotar su propia rareza profesional, su singular forma de trabajar. Desde esta misma postura sostiene que es necesario legitimar las diferentes experiencias de la formación y trayectorias de la existencia. Legi-

timar las diferentes vertientes teóricas que forman a los profesionales. En su caso su marco político-teórico referencial es, según sus respuestas, principalmente el construccionismo social, si bien refiere se articula con aportes del psicodrama moreniano, el esquizoanálisis, la antropología social, la psiquiatría basagliana, y la psicología comunitaria; en sintonía a los desarrollos de Pichón-Riviére y Alfredo Moffatt. Insiste en que en sociedades como las nuestras el sufrimiento psíquico se encuentra fuertemente estigmatizado, y que la apuesta se encuentra en generar espacios de encuentro donde cada quien tenga algo que relatar y que callar.

A modo de conclusión

Al iniciar el artículo, nos propusimos trabajar sobre la experiencia de clínica placera esperando encontrar en ella claves para pensar la atención primaria de la salud en tanto la considerábamos una herramienta de abordaje territorial que, si bien podría serlo, no es el dispositivo o artefacto –como lo menciona Barúa (2021)– propuesto por el autor; y es justamente en esa particularidad que radica su valor. Encontramos en la clínica placera un dispositivo de asistencia eminentemente individual⁵ pero que en sus formas relacionales propone aspectos que plantean una ruptura con las relaciones de poder-saber presentes en las formas de asistencia y con las respuestas de asistencia en el campo de

la salud mental. Se trata de una propuesta de clínica privada e individual pero que recupera aspectos centrales de la estrategia de atención primaria de la salud como transversal a la atención y de la salud mental comunitaria, en lo que respecta, a las relaciones de saber-poder presentes en el dispositivo y las categorías y formas de conceptualizar el sufrimiento, modos de alojarlos e incorporarlos en el espacio público de una manera novedosa; aspectos que han sido recuperados de la entrevista y mencionados a lo largo del trabajo.

Experiencias como la Clínica Placera de Agustín Barúa muestran la riqueza de las múltiples propuestas del campo de salud mental comunitaria que se desarrollan en América Latina con diferentes grados de institucionalización que generan nuevos saberes que aportan a democratizar los procesos de salud. Muchas de estas experiencias surgen en el marco de la política pública, otras como respuesta de los colectivos frente a las ausencias de políticas públicas, algunas de ellas como propuestas superadoras de los equipos para dar respuesta a los servicios, o como respuestas a la falta de recursos, por ejemplo, muchas veces los profesionales de los servicios en salud han tenido que atender en el parque del hospital o la plaza cercana al mismo por falta de espacio destinadas para tal fin. En el caso de la clínica placera, institucionaliza la experiencia y se propone como una alternativa entre las diferentes respuestas en salud, y

desde esa posición produce nuevos saberes que tensionan el campo, los roles profesionales y las relaciones de poder- saber presentes en los modelos hegemónicos.

Como hemos desarrollado, muchas veces estos saberes que surgen de la experiencia en el campo, de los movimientos sociales, son subordinados o invisibilizados por considerarse carentes de científicidad. En la búsqueda de precisar las categorías del campo de la salud mental y sus modos de producción consideramos que es central la integración de saberes no-disciplinarios. Stolkiner (1999) plantea la posibilidad de ampliar el campo hacia la construcción de intersaberes, lo que no sólo implica incluir los saberes profesionales y técnicos no tradicionales del campo de la salud mental, sino también los saberes propuestos por los movimientos sociales, los usuarios y familiares en la definición de las categorías y la inclusión de nuevas dimensiones, por ejemplo, resignificar la dimensión corporal a veces no incluida en el campo psi, o la inclusión de la dimensión espiritual. Argandoña (s/f) manifiesta en *Crítica Clínica* su preocupación por los pacientes inferiorizados por el médico, situación que puede extenderse a lógica relacional de los saberes donde todo saber siempre se encuentra subalternizado a los saberes profesionales.

Si los campos de saberes se organizan de manera relacional y por tensiones de fuerza (Bourdieu, 2008) sostenemos que la vía se encuentra en apostar a demo-

cratizar dichas relaciones, proponiendo nuestras formas de circulación de poder. No se trata entonces de negar un saber técnico, donde a veces las categorías son necesarias como un mapa orientativo, sino justamente entender que las mismas son artificios transitorios y no poseen el valor de verdad. Es necesario que dialoguen en igualdad de condiciones con otros saberes. Cuando hay relaciones de poder que oprimen, entonces no hay relación posible en términos de paridad participativa.

De allí, queremos posicionar una ética del derecho a sufrir sin ser etiquetado, una política para promover las rupturas de las categorías hegemónicas en los diagnósticos, en la formación profesional y en las prácticas clínicas. La salud mental, entendida como salud mental comunitaria, debe ser un camino para la liberación.

Agradecimientos: Los autores agradecen a la Dra. Alejandra Barcala, directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria y al Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg” de la UNLa, por generar espacios de sinergia e intercambio entre actores del campo de la salud mental que favorecen el encuentro y la producción de materiales como este. Asimismo, a Agustín Barúa por su tiempo y disposición para encontrarse con los autores y facilitar materiales que permitieron el abordaje de esta valiosa experiencia.

Bibliografía

- Alves, P. (1993).** A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saude Publica*, 9, pp. 263-271.
- Argandoña, M. (s/f).** “Crítica clínica”. Material. En Integración de Cuidados De Salud Mental en la Atención Primaria De La Salud. Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. *Mimeo*.
- Augsburger, A. C. (2004).** La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, vol. 16, p. 71-80.
- Barúa, A. (2021).** Entrevista realizada el 19/11/2021 para el trabajo final del Seminario Integración de Cuidados de Salud Mental en La Atención Primaria De La Salud. Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. *Mimeo*
- Barúa, A. (2021b).** Rareza Humana, Normalidad y Salud Mental. En *Diario El Nacional*. Entrevista realizada el 19/11/2021 Disponible en: <https://www.elnacional.com.py/cultura/2021/11/19/agustin-Barúa-caffarena-sobre-rareza-humana-y-salud-mental/>
- Barúa, A. (2015).** Autoetnografía de “clinitaria” como des-cubrimiento de lo antropológico en salud mental comunitaria. Tesis de Maestría en Antropología social. Universidad Católica de Asunción. Suplemento Antropológico. Vol. 1.
- Bourdieu, P. (2008).** “La lógica de los campos”. En Bourdieu, P. y Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Burin, M. (2010).** “Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina”. Buenos Aires. Disponible en línea: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Pr_eprint.pdf?sequence=1
- Canguilhem, G. (1982).** *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Castoradis-Aulagnier, P. (1977).** *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Correa-Urquiza, M., Balaguer, A., Coll-Florit, M., Hernández i Encuentra, E., Climent Roca, S. (2020).** “Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico”. *Salud Colectiva*, Vol.

16. Disponible en línea: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2886/1636>

Correa-Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M., Martínez Hernández, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. Nro. 22, pp: 47-69. Disponible en línea: <https://raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042>

Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 38 (134): 567-585.

De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce.

Espinosa, Y. (1999). ¿Hasta dónde nos sirven las identidades? Santo Domingo: Casa por la Identidad de las Mujeres Afro.

Fair, H. (2015). Contribuciones para una operacionalización de la teoría de la hegemonía de Ernesto Laclau. *Polis*, Vol. 11 (Nro. 2), 89-118. Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Iztapalapa-División de Ciencias Sociales y Humanidades-Departamento

de Sociología. Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332015000200089

Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*. UNLa, 3(3), 29-40.

Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

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

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galende, F. (2015). "Prólogo". *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gómez Carpinteiro, F. J. (2014). Antropología, ciencia y otro conocimiento. Reflexión sobre el sujeto y sus conceptualizaciones. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*. Vol. 35, Nro. 137. Pp. 15-53. Disponible en línea: <http://www.revistarelaciones.com/index.php/relaciones/article/view/148/177>

Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de antropología social*, (17), 79-99.

Hennig, B. (2021). Diálogos entre educación popular y salud colectiva en tanto prácticas contrahegemónicas. La Red Trashumante: una construcción colectiva del conocimiento. Tesis de Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural. Universidad Nacional de San Martín.

Martín-Barbero, J. (2008). Culturas populares. *Términos críticos de Sociología de la cultura*, Carlos ALTAMIRANO (Comp.). Buenos Aires: Paidós.

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva* (Revista científica). Volumen 1, Número 1. La Plata. Publicación editada por Salud Colectiva - Centro de Estudios para la Salud con el auspicio de la Universidad Nacional de Lanús. Enero/Abril 2005. Pp. 9-32.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, vol. 8, p. 185-207.

Menéndez, E. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, vol. 15, no 51, p. 83-103.

Mercado-Martínez, F., Robles Silva, L, Ramos Herrera, I., Leal, N., & Alcántara Hernández, E., (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(1):179-186.

Mignolo, W. (2010). *Desobediencia epistémica*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

Obiols, M. J. (2012). Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en Salud Mental de mujeres que viven con VIH/Sida. *Salud Mental y Comunidad*. Universidad Nacional de Lanús, vol. 2, no 2, p. 59-65.

Portantiero, J. C. (2008). Hegemonía. En Carlos Altamirano (Comp.) *Términos críticos de sociología de la cultura*. Buenos Aires: Paidós.

Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Cuestiones y horizontes: de*

la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Buenos Aires: CLACSO.

Segato, R. (2015). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda.* Buenos Aires: Prometeo Libros.

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo Psi. Revista De Información Especializada*, 3(10), Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Stolkiner, A. (2003). De la Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el campo de la Salud Mental. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. N° 54. 314-319.

Ulloa, F. (2005). Pichón Rivière de Buenos Aires. *Clínica y análisis grupal*, vol. 94, no 27, p. 167-173.

Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Wayar, M. (2009). ¿Sos o te hacés? Entrevista en *Revista MU*, el periódico de La Vaca. Año 3, Número 26.

Notas

1) Para cumplir este objetivo se llevó a cabo una entrevista vía Meet, el día 19/11/2021. La misma se consigna en la bibliografía.

2) Agregamos sexo y clase social siguiendo la lectura de Stolcke, V. (2014) *La mujer es puro cuento: la cultura del género.* *Estudios Feministas*, vol. 12, n.º 2, 77-105, mayo - agosto, Florianópolis.

3) Es decir, se produce al mismo tiempo que es nombrada o designada.

4) Mario Testa (1993), en *El Hospital*, utiliza el concepto de sufrimiento en este mismo sentido.

Voces en movimiento: la comunicación participativa como posibilidad de abordaje en salud mental

Paola Barzola

Licenciada en Comunicación Social. Doctora en Ciencias Sociales. Comunicadora social en el Centro de Salud Mental de las Juventudes (Entre Ríos) Docente en la Universidad Nacional de Entre Ríos y la Universidad Autónoma de Entre Ríos

paolabarzola@gmail.com

Nadia Taborda

Licenciada en Trabajo Social. Diplomada en Formación en género desde la Perspectiva de DD.HH. Curso de Posgrado Formación en Sexología Educativa. Coordinadora Área Desarrollo Social y Área de Niñez, Adolescencia y Familia

nadia3041979@gmail.com

Resumen

En este trabajo nos ocuparemos de transmitir la experiencia de producción de una revista tipo **fanzine**, como propuesta del Centro de Atención Primaria en Salud Mental **Casa del Joven** (Paraná, Entre Ríos) a un grupo de jóvenes alojadas en una residencia socioeducativa. El proceso de la revista aportó a la circulación de la palabra, al reconocimiento de las jóvenes como productoras de un bien simbólico y a tejer lazos con actores sociales específicos. Apelaremos a categorías provenientes del campo de la comunicación comunitaria y de la propuesta teórica de Gilles Deleuze y Félix Guattari. Trabajaremos también cómo este proyecto tomará forma en una nueva institución de salud mental de jóvenes, el **Centro de Salud Mental de las Juventudes**.

Palabras clave: Comunicación comunitaria - Salud mental - Agenciamiento colectivo de enunciación - Fanzine.

Abstract

In this work we will take care of transmitting the experience of producing a **fanzine-type** magazine, as a proposal from the **Casa del Joven** Center for Primary Care in Mental Health (Paraná, Entre Ríos) to a group of young people housed in a socio-educational residen-

ce. The magazine process contributed to the circulation of the word, to the recognition of young women as producers of a symbolic good and to forging ties with specific social actors. We will appeal to categories from the field of community communication and the theoretical proposal of Gilles Deleuze and Félix Guattari. We will also work on how this project will take shape in a new youth mental health institution, the **Centro de Salud Mental de las Juventudes**.

Key words: Community communication - Mental health - Collective enunciation agency - Fanzine.

Introducción

Esta publicación se realiza a partir de la propuesta de un equipo profesional de Casa del Joven, en un contexto de transición institucional, de transformación hacia un centro de día comunitario con fuerte apuesta a la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Casa del Joven funcionaba, hasta septiembre de 2021, como una institución de atención en salud mental que trabajaba con adolescencias y juventudes entre 13 y 21 años, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos y el Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia (Copnaf). Entre sus objetivos figuraba la atención, prevención y promoción en salud mental de las ju-

ventudes a través de distintas estrategias de abordaje. Actualmente, la institución “Casa del Joven” ya no existe con ese nombre, sino que comenzó un proceso de reconfiguración, de transformación en un efector del sistema sanitario desde un enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS). De allí que haya cambiado su denominación a **Centro de Salud Mental de las Juventudes**, que expresa su especificidad como parte de una red integrada de salud pública.

En esa transición es que surge el proyecto **Fanzine**, junto a jóvenes de una Residencia Socioeducativa, una publicación artesanal que derivó de otra propuesta comunicacional más amplia, la revista **Sin Chaleco**, del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná, Entre Ríos. Se trató de una experiencia de comunicación alternativa a los circuitos formales de las instituciones con pretensión de proteger los derechos de las adolescencias y juventudes.

Además, este proyecto se sigue desarrollando en la nueva institución de salud mental de jóvenes, donde cobra fuerza la perspectiva de APS y la dimensión sociocomunitaria.

Asimismo, el proceso descrito forma parte de una experiencia ya realizada, con la aprobación de las y los referentes de la institución de protección para la circulación de un fanzine. Los diálogos mencionados ya fueron publicados oportunamente en la revista, sin que

aparezcan nombres de las protagonistas ni de la institución mencionada, para mayor reserva, aunque ellas y ellos conozcan este proceso de edición del fanzine. Acerca de esta aventura que implicó la elaboración colectiva de una revista artesanal, conversaremos a lo largo del siguiente artículo.

Tejiendo historias

La revista **Sin Chaleco** del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná, invitó al equipo profesional de Casa del Joven a recuperar voces en torno a las relaciones en los noviazgos y las ideas de amor presentes en adolescentes y jóvenes, porque una de las temáticas de esa edición serían los vínculos amorosos desde la perspectiva de la salud mental.

Fue así que un equipo conformado por una trabajadora social y una comunicadora social, hicimos la propuesta a la Residencia Socioeducativa, de conversar con un grupo de jóvenes acerca de estos tópicos, luego de lo cual ese diálogo fue publicado en la citada revista. Cuando la **Sin Chaleco** comenzó a circular, llevamos algunos ejemplares a la residencia y seguimos conversando sobre estas temáticas.

Teniendo como eje el amor y las relaciones de noviazgo, este grupo de jóvenes mujeres conversaron animadamente, expresaron sus vivencias vinculadas a sus propias y adolescentes historias y se compartieron sus

versiones acerca de cómo pensar el amor en estos tiempos. Esta posibilidad de comunicación, asombró tanto al equipo profesional de la Residencia como a quienes propusimos tal espacio, porque en nuestro imaginario se nos presentaba como hegemónico un discurso juvenil cargado de estereotipos, lugares comunes y sin posibilidad de generarse preguntas acerca de las relaciones amorosas.

Por el contrario, las jóvenes discutieron la noción de amor romántico, criticaron los vínculos que toman al otro por objeto y cuestionaron la existencia de una sola forma de amar. Pudieron reconocerse a sí mismas, darse cuenta de su pasado, de su lugar en la sociedad y de sus expectativas para el futuro. Se retomaron los decires de las jóvenes, quienes lograron poner en palabras formas de pensar, significados y concepciones que nos mostraron su forma particular de construir realidad.

Desde nuestra perspectiva, revalorizar los decires singulares de las juventudes implica concebirlas como sujetos plenos de derechos; puesto que se trata de sentidos que circulan socialmente, en un tiempo y espacio específicos.

La revista **Sin Chaleco** recuperó estas conversaciones en su edición de junio de 2021 y sus ejemplares comenzaron a circular por distintos espacios e instituciones de salud hasta llegar a manos de las jóvenes. Entre los efectos que produjo la publicación de esta

conversación sobre el amor en la revista, estuvo el reconocimiento de estas jóvenes en otros circuitos además del burocrático institucional, de la historia formal como jóvenes con sus derechos vulnerados.

Luego de esta experiencia, surge entre estas mismas jóvenes el interés por la investigación periodística de otros temas, como las incumbencias de algunos oficios y profesiones. Es por ello, que se propone al grupo de adolescentes la edición de una revista, tipo fanzine, de características artesanales, dadas las posibilidades de producción de la Residencia y de Casa del Joven.

Es así que iniciamos una serie de encuentros, cuyo propósito fue la elaboración de un fanzine, con una edición acotada, de circulación entre las adolescencias y las juventudes.

Una alternativa comunicacional

El fanzine (revista alternativa) constituye un puente para abordar distintas temáticas, a través de una producción artesanal. Se trata de una herramienta muy potente en la exploración de nuevas formas de comunicar que se alejen de lo estandarizado, de lo que ofrecen los medios de comunicación masiva.

La creación de un fanzine constituye una técnica accesible, ya que consiste en una publicación casera que requiere de recursos mínimos, impulsando la creatividad y la expresión. Estas publicaciones se convierten en

un soporte para transmitir temáticas de interés propio, al margen de la circulación masiva y las expresiones culturales oficiales.

La comunicación alternativa y popular se plantea como una herramienta que visibiliza y brinda un espacio participativo en torno a toda la información que surge de la vida cotidiana, especialmente en sectores ignorados y relegados por los medios de comunicación masiva (Roa Novoa, 2015: 11).

El fanzine en este caso, tal como lo plantea Roa Novoa (2015), hizo posible una comunicación al margen de los canales oficiales, donde las jóvenes discutieron sobre temas de interés y produjeron información significativa para sus proyectos vitales. Participaron activamente, dentro de sus posibilidades de expresión, singulares según cada trayectoria vital; plantearon inquietudes a lxs entrevistadxs y hasta pudieron hacer preguntas sobre la cotidianeidad de la institución donde se alojaban.

En una de las entrevistas a una promotora de derechos, quien se encarga del acompañamiento diario de las jóvenes en la residencia, una de las jóvenes indaga: “¿Y qué se siente cuando una chica está mal, está teniendo una crisis, y uno no sabe qué hacer en ese momento? Cuando vos fuiste nueva y te pasó eso alguna vez” (Fanzine, 2021: 4). En otro momento de esa misma entrevista quieren saber: “¿Qué se siente cuando una

chica o chico alojada o alojado en una residencia te dice ‘mami ‘o ‘papi ?’” (Fanzine, 2021: 4).

La producción del fanzine fue una oportunidad para interpelar el lugar que ocupa la institución en sus vidas, interrogar la respuesta del organismo proteccionista a su malestar.

Siguiendo a Ianina Lois (2015), el fanzine fue producto de la transmisión de una experiencia vital y cultural, a partir de la cual se produce un vínculo comunitario que les permite a las jóvenes ubicar un horizonte posible.

La comunicación popular y comunitaria no tiene un significado único ni consensuado. Es producto de una praxis, de distintas experiencias culturales, sociales y políticas en torno a una comunicación cuyo horizonte es la producción de un tipo de relacionamiento comunitario cuyo objetivo es la transformación social (Lois, 2015: 2).

La temática elegida para esta revista fue una indagación periodística sobre los oficios y profesiones acerca de los cuales a las jóvenes les interesaba obtener información, puesto que podrían convertirse en sus futuras elecciones laborales.

Lo que permitió el espacio al que dio lugar el fanzine fue la oportunidad de tejer otros lazos, con otros actores sociales insertos en una trama sociocultural más amplia, y en el horizonte se vislumbró la posibilidad de

proyectos laborales transformadores de su presente. De allí que entrevistaran a *promotores de derechos*, que como dijimos se ocupan del cuidado y acompañamiento de las jóvenes en las residencias socioeducativas; a un policía, debido a que una de ellas estaba interesada en tal profesión; y una *abogada*, con quien se encontraron en el edificio de la ex Casa del Joven.

Del encuentro con dos promotores de derechos, además, surgieron otras preguntas vinculadas a la vida cotidiana de la residencia y al vínculo generado entre las jóvenes y estas personas. De esta conversación, nos enteramos, como profesionales, que las jóvenes se nombraban como “alojadas”, que implicaba un modo pasivo de habitar la residencia, distinto a “residentes”, tal como las identificábamos desde la ex Casa del Joven, en una acepción ligada más a una posición activa en una casa.

En cuanto a la entrevista con el *policía*, funcionario dedicado a la guardia en la residencia, fue impulsada por una de las jóvenes, que había manifestado la elección de esa carrera en un futuro próximo. Ella fue a buscar al agente a la oficina de la entrada y lo alentó a que respondiera unas preguntas, un hecho poco usual en la residencia, ya que es mínima la comunicación entre la guardia policial y las jóvenes. La chica quería fundamentalmente saber cuál era el lugar de las mujeres policía en la fuerza.

Y por último, la conversación con la abogada fue extensa, porque la profesional se explayó sobre las distintas incumbencias de esta disciplina. El encuentro fue a partir de la inquietud de una de las jóvenes, quien claramente expresó su deseo de ser abogada. La llegada de la profesional pudo concretarse gracias a las gestiones de la coordinación del equipo de la ex Casa del Joven, a partir de la clara demanda de esta joven.

Roa Novoa (2015) hace referencia, siguiendo a Kaplún, a un modelo de la comunicación de carácter educativo, la Educomunicación, que utiliza los medios para hablar y generar cambios en la comunidad, “los cuales deben aspirar a una comunicación encaminada a formar sujetos autónomos, críticos y creativos; ciudadanos participantes en la comunicación-diálogo, entendida como intercambio-interacción, como relación comunitaria y solidaria” (Roa Novoa, 2015: 13).

En este sentido, la conversación con los representantes de distintos oficios y profesiones, y su posterior edición en un fanzine, contribuyó a acceder a información que les permitió a las jóvenes investigar sobre el mundo del trabajo, pero también dialogar con actores ubicados en otras posiciones sociales.

Por otra parte, una publicación de estas características se convierte en un espacio de agenciamiento (Deleuze y Guattari, 2006), donde se encuentran aquellos que la producen y quienes la leen,

trazando vínculos entre sujetos adolescentes y jóvenes. Incorporar el saber de cada una de las jóvenes desde su propia experiencia, sus significados, compartiendo con otros y llegando a construir un escrito colectivo, nos permitió trabajar desde la concepción de un sujeto con potencias múltiples y quizás invisibilizadas por las instituciones de protección.

Entre los objetivos de la propuesta, estuvo acercarse a las jóvenes alojadas en las residencias a diferentes técnicas de creación y producción de un fanzine; e incentivar un diálogo reflexivo, de respeto y escucha mutua, con relación a distintas temáticas de interés para las juventudes.

Pero lo que fundamentalmente nos apareció como pregunta a lo largo de esta experiencia de intervención, giró en torno a las condiciones a través de las cuales puede acompañarse el despliegue de la singularidad y su expresión mediante la circulación de la palabra. ¿Cómo es posible hacer lugar a la manifestación de aquellas inquietudes, preocupaciones, intereses y deseos en jóvenes a quienes se les vulnera el derecho a la comunicación?

Siguiendo a Héctor Schmucler (1995), cuando hablamos de **Comunicación**, no nos estamos refiriendo a una circulación término a término; a la transmisión lineal de un mensaje, desde un emisor que se encuentra en un polo extremo al del receptor,

y que recibe aquél sin rodeos, un mensaje cristalizado, sin opacidades, transparente. Es necesario, para la constitución subjetiva, encontrar el momento en que no somos transparentes a la mirada del Otro. Pliegue que le permite al niño utilizar la palabra para separarse, diferenciarse.

La comunicación no se piensa como una mera circulación de información, sino en tanto instancia posibilitadora de producción de sentidos sociales en el encuentro con otros. Aquí, recuperando a Laura Méndez, en *El doble objeto de la antropología* (s.f.), se entiende a la comunicación como una relación, como una dimensión básica de lo humano, un encuentro con otros, entendiendo a los “otros” tanto a los próximos como al prójimo, a los sistemas normativos, a los modelos, a las expectativas puestas en uno; en definitiva, a los otros que están en nosotros.

El diálogo que hace posible la comunicación permite a los sujetos reconocerse, influirse recíprocamente y poner en juego sus valoraciones. Se pone algo en común, se vive algo con el otro -algo que es significativo para ambos y que no niega la subjetividad-, reconociendo diferencias y antagonismos. En la comunicación se juegan las vicisitudes del sujeto, sus identificaciones.

Por otra parte, siguiendo a Piera Aulagnier (2010), la relación con el propio cuerpo, así como la forma en que nos vinculamos con los acontecimientos, dependen

de la manera en que el sujeto oye, deforma o permanece sordo al discurso social. Si éste último postula unos sentidos que aparecen como legítimos, el análisis del mensaje cultural puede ser una vía para abordar la respuesta que la psique elegirá darle.

Específicamente, la producción de un cuento, la escritura de una poesía, la elaboración de un radioteatro, fotonovelas, historias sonoras, entre otras posibilidades, proponen la formación de una red significativa de donde el sujeto pueda emerger como tal, reconocerse, articular su historia a algún sentido, producir algo con otro, contar y contarse como uno.

Entonces, ¿cómo activar, en tanto profesionales y trabajadores del sistema público de salud mental, una escucha atenta de la singularidad, para luego producir una comunicación que se sostenga en una trama significativa más amplia y que exprese una pluralidad de voces? ¿cómo pudo configurarse, en esta experiencia, un agenciamiento colectivo donde emergieron las voces de estas jóvenes? ¿qué procesos habilitaron esta puesta en común de sentidos sociales, que trascendieron sus historias personales?

Creemos que la escucha atenta da cuenta de una posición ética, que garantiza el acceso a derechos de las juventudes, y sin la cual no habría posibilidades de generar las condiciones para un espacio de producción compartida. Y esa escucha nos da elementos para ubi-

car algunos intereses de las juventudes, pero el desafío consiste en que estas inquietudes se organicen en un espacio que aloje, que objetive de algún modo las expresiones y sensaciones, que se produzca un agenciamiento colectivo de enunciación.

Agenciamientos colectivos

Para seguir tirando del hilo que nos propone esta experiencia de intervención, recuperamos el planteo de Gilles Deleuze, junto a Félix Guattari, en *Mil Mesetas, Capitalismo y Esquizofrenia (2006)*, cuando marcan un rasgo de los agenciamientos colectivos:

No hay enunciación individual, ni siquiera sujeto de la enunciación. El carácter social de la enunciación remite de por sí a agenciamientos colectivos. Vemos, pues, claramente, que sólo hay individuación del enunciado, y subjetivación de la enunciación, en la medida que el agenciamiento colectivo impersonal lo exige y lo determina. Ese es precisamente el valor ejemplar del discurso indirecto, y sobre todo del discurso indirecto 'libre': no hay límites discursivos claros, no hay fundamentalmente inserción de enunciados diferentemente individualizados, ni acoplamiento de sujetos de la enunciación diversos, sino un agenciamiento colectivo que va a determinar cómo su consecuencia los procesos relativos de subjetivación, las asignaciones de indivi-

dualidad y sus distribuciones cambiantes en el discurso (Deleuze y Guattari, 2006: 85).

En este sentido, el arte, y para el caso que estudiamos, una propuesta específica de despliegue de ciertas potencias de expresión y de voces múltiples, podría configurar *agenciamientos colectivos de enunciación* cuando traza caminos o territorios -ligados a la expresión de percepciones que derivan del encuentro con el mundo-, que habilitarían procesos de subjetivación y atribuciones de ciertos rasgos singulares. Pero no al revés: primero un sujeto individual, luego una expresión de su subjetividad y al final una obra, sino un territorio donde máquinas de expresión promueven la creación, la invención. Tampoco la lógica de un discurso claro que produce enunciados individualizados, sino múltiples modos de expresión, que potenciarían la manifestación de sensaciones y percepciones no siempre individuales, en el sentido de autorreferenciales, pero sí en tanto expresiones de un sujeto que las despliega y que se despliega en ellas.

Así, la producción del fanzine podría pensarse como un agenciamiento colectivo de enunciación en el sentido de que este espacio ha dado lugar a la expresión de las sensaciones y emociones que estaban allí pero que no encontraban un lugar donde objetivarse, tomar cuerpo, desplegarse. La revista dio la oportunidad de

que estas jóvenes fueran otros sujetos en la medida que participaban de tal producción.

En esta misma línea teórica Deleuze y Guattari enuncian el concepto de “máquina” para despegar esta categoría de los sentidos ligados a la idea de “mecánica”. Lo que diferencia a la mecánica es que se trata de un sistema relativamente cerrado en sí mismo, y sólo mantiene relaciones perfectamente codificadas con flujos exteriores; mientras que las máquinas, de carácter histórico, constituyen algo similar a las especies vivas: se engendran unas a otras, se seleccionan, se eliminan y dan lugar a nuevas líneas de potencialidad. La idea de **máquina** no refiere sólo a una dimensión técnica: hay máquinas teóricas, sociales, estéticas, que no funcionan de forma aislada, sino por agregación o agenciamiento. Rolnik y Guattari (2005) mencionan como ejemplo el caso de una máquina técnica en una fábrica, que entra en interacción con una máquina de formación, otra de investigación, y con una máquina comercial, entre otras.

Según Méndez (2011), en esta línea, se trata de una herramienta conceptual que no limita la idea de máquina a una forma histórica ligada al desarrollo de la física mecánica, como subconjunto técnico, sino que puede pensarse como productora de conexiones múltiples, heterogéneas y singulares. Para Méndez, este concepto permite distanciarse de la idea de estructura,

como imagen del pensamiento basado en el fundamento y la teología, en tanto instrumento de simplificación que conserva la perspectiva de identidad y totalidad. La noción de “máquina” posibilita pensar el movimiento, la diversidad, el acontecimiento y la singularidad; la concepción “maquínica” se sale de la hegemonía del lenguaje e intenta establecer un conjunto de relaciones semióticas heterogéneas que abarca aspectos sociales, axiológicos históricos y técnicos. Para Deleuze y Guattari (Méndez, 2011), la producción maquínica es la característica fundamental de nuestro modo de existencia, aunque no se limita a lo humano; y la máquina abstracta es aquella que realiza la operación de los diversos planos presentes en el campo social que, dice Méndez: “[...] de no conectar maquínicamente, quedarían aislados careciendo luego de existencia, como puede demostrarse en distintos momentos de la historia: gérmenes de acontecimientos que no llegaron a ser tales por falta de conexión con otros planos” (Méndez, 2011: 37).

Asimismo, la configuración subjetiva puede pensarse como una resultante de las operaciones maquínicas, en tanto intervienen para que el campo social, heterogéneo y complejo, se pliegue singularmente en cada uno, construyendo así diversos aspectos de una subjetividad cambiante, vulnerable y efecto de formas colectivas. Pues este juego maquínico supone relacio-

nes posibles, virtuales, exteriores a los términos y azarosas, sin lazos necesarios ni determinaciones previas.

Específicamente, entonces, en el caso cuya experiencia relatamos, nos encontraríamos con máquinas de expresión que estarían operando para que tengan lugar procesos de creación e invención en estas jóvenes, conectando diversos componentes (materiales, cognitivos, afectivos, sociales) para que se configure un estilo, y de esa manera se produzca una singularización. Los procesos maquínicos operarían en el sentido de abrir la senda para que el campo social se pliegue en las jóvenes que producen el fanzine, pero a partir de las conexiones que les permite efectuar una práctica de producción editorial alternativa. Al crear, realizan combinaciones no planificadas ni previstas, sino que, maquínicamente, una idea con otra, una imagen de pensamiento con otra, se van conectando y así armando un tejido que luego toma forma en un texto. Las relaciones a que da lugar el ejercicio de la producción editorial no son necesarias, sino que van sucediendo en la misma acción de pensar ideas y generar textos e ilustraciones, no existen antes de que esta práctica las invente, porque no hay una forma de comunicación única ni hegemónica. Si creemos que un campo social se pliega en este espacio, porque está habitado por otros sentidos en los que también estos jóvenes se han agenciado, que colaboran maquínicamente para que algo se invente o fabrique.

Entonces, la producción del fanzine dio lugar a una producción subjetiva, porque las jóvenes emergieron como periodistas, futuras abogadas, policías o promotoras de derechos. Y aquí una comunicación solidaria con las voces minoritarias, es el enfoque adecuado para diseñar intervenciones conformes a derecho.

Una comunicación con perspectiva comunitaria

Como dijimos más arriba, la ex Casa del Joven ha transitado un proceso de reconfiguración de su identidad, estructura y funcionamiento, a partir de una mudanza y del cambio de nombre como **Centro de Salud Mental de las Juventudes**.

En el Proyecto del **Complejo Integral de Salud Comunitaria**, que incluye al Centro de Salud Mental de las Juventudes y al Centro de Atención Primaria de la Salud **Jorge Newbery**, se pretende:

Desarrollar una perspectiva superadora del abordaje clínico individual para comenzar a pensar en términos de Redes Integradas de Salud con base en la Comunidad. En ese sentido, se considera a la Red como el modelo de organización socio-sanitaria, de carácter preventivo, promocional y asistencial, que brinda respuestas, garantizando la continuidad de cuidados-

desde un enfoque de derecho, sostenido y articulado desde diversos sectores. En su dinámica, incluyen actividades de promoción, articulaciones intersectoriales y asistencia, considerando la particularidad de cada contexto social. Es decir, prácticas situadas. (Complejo Integral de Salud Comunitaria, 2021: 1)

Esta nueva institución recupera prácticas de Casa del Joven, como el enfoque en la singularidad de los procesos subjetivos y la puesta de relieve de los proyectos juveniles deseantes. Pero amplía su mirada a un modelo de organización socio-sanitaria, basado en la prevención, promoción y asistencia, a través de prácticas situadas, con registro de la particularidad de las culturas.

En este sentido, la oferta de propuestas grupales debe también reconfigurarse, o hacer énfasis en la participación juvenil para la construcción colectiva de los talleres y actividades de convocatoria más amplia. Algo que veníamos haciendo en Casa del Joven, pero no encuadrados en una política sanitaria basada en la prevención y promoción.

Asimismo, en el texto del proyecto institucional se explicita:

Se apuesta a abordajes que superen las fragmen-

taciones, apuntando a un trabajo interdisciplinario (progresivamente con la suma de todos los conocimientos) y elaborando planes de acción (trabajo) que explicitan objetivos claros (y acciones), con roles activos de todos sus integrantes institucionales para el logro de una diversidad de servicios, accesibles y que consideren los recursos de salud comunitaria, acordes a las necesidades de la población. (Complejo Integral de Salud Comunitaria, 2021: 1)

Es así que quienes coordinamos talleres nos vemos, en la actualidad, en la necesidad de diseñar proyectos que tengan en cuenta los recursos de salud comunitaria de la población juvenil. Por tanto, la propuesta de **Fanzine** se redefine y prevé la convocatoria a jóvenes de una diversidad de procedencias culturales, sociales y barriales, para invitarles a un espacio donde se continúe produciendo una revista artesanal, pero con la intención e impronta de fortalecer la comunicación del Centro con la población juvenil que ya está llegando (y llegará) a esta nueva institución. Es decir, se trabajará con procesos comunicacionales con la expectativa de cierta transformación social y de deconstrucción de estereotipos en torno a lo que una perspectiva adulta **dice de o sobre** las juventudes.

Procuraremos, partiendo de la experiencia más arriba relatada, incluirnos en una serie de otras experiencias que, según Lois:

Suelen basarse en una concepción de la comunicación que supone la construcción de sentidos de la vida social: procesos de producción, intercambio, disputa y negociación de significados y formas simbólicas, a partir de los cuales los sujetos pueden reconocerse a sí mismos, dar cuenta de su pasado, de su lugar en la sociedad y de sus expectativas para el futuro. Es una mirada de la comunicación que se expresa en prácticas muy variadas que van desde las relaciones cotidianas entre las personas, los modelos de organizaciones sociales y políticas, así como los enfoques generales en torno a la sociedad y la cultura. (Lois, 2015: 2)

En una propuesta comunicacional como la edición artesanal de un fanzine buscamos generar las condiciones para un reconocimiento de los propios recursos por parte de las juventudes, para ubicar alguna expectativa en relación a un futuro deseante posible. Intentaremos habilitar procesos que tengan la forma de un **agenciamiento colectivo** donde las y los jóvenes nos acompañen en la construcción de una nueva institución, donde

el significante “comunitario” forma parte de la identidad visual institucional, pero aún no aparece como soporte de las prácticas.

Y aquí pensamos en lo **comunitario** como una posición activa, más allá de un **enfoque**. Retomamos a Elena de la Aldea (1998) cuando plantea una diferenciación entre **enfoque** y **posición** comunitaria. La primera noción remite a una idea de comunidad que es objeto de políticas, alejada de una posición deseante, y la posición comunitaria implica un recorrido activo, cuya permanencia depende de la propia actividad de creación y recreación de vínculos, modos de organización y estrategias de autoafirmación de un colectivo.

La reciente apertura del Centro de Salud Mental de las Juventudes, en el ámbito del Complejo Integral de Salud Comunitaria, abre una oportunidad para seguir insistiendo en la implementación de los preceptos de la Ley Nacional de Salud Mental y en generar condiciones para construir espacios donde se generen lazos sociales saludables.

Una propuesta de **fanzine**, en esta nueva institución, viene a propiciar esa posición comunitaria, de participación desde el seno de un colectivo que contribuirá a materializar las intenciones que aparecen enunciadas en los proyectos de largo alcance y en la definición de políticas públicas.

Más arriba nos preguntábamos sobre cómo activar una escucha atenta que impulsara proyectos de comunicación inclusivos, pero también que alojara la singularidad y diversidad de voces. Y nos sorprendíamos por los efectos de abrir un espacio de producción editorial, en un grupo de jóvenes. Creemos que estos procesos pudieron darse porque se habilitó un espacio de escucha, pero a la vez en articulación con un proceso de producción comunicacional donde estas voces y decires lograron desplegarse, agenciarse, cobrar materialidad.

Ubicar a la revista artesanal como un agenciamiento colectivo de enunciación, en este artículo, nos permite pensar este tipo de espacios en tanto productores de subjetividad. Elena de la Aldea e Ignacio Lewkowicz (1995) plantean que la subjetividad es “una máquina para pensar y no un sistema de ideas” (p. 1) está instituida por vía práctica y no es una estructura de carácter sino una modalidad de ser, de hacer, de pensar, de sentir, que puede cambiar.

Por su parte, retomando a Félix Guattari (1995) entiende a la producción de subjetividad como colectiva, donde participan instancias más amplias, y una renuncia a las pretensiones universalistas de las modelizaciones psicológicas.

De esta forma, creemos que el fanzine dio lugar a la producción de subjetividades más amplias, ligadas en este caso a proyectos profesionales y laborales sobre los

cuales estas jóvenes lograron trabajar en la publicación. Así, se imaginaron otros futuros posibles, corriéndose de ciertas figuras estereotipadas que el tránsito por las instituciones de protección construye.

La comunicación participativa y comunitaria, entonces, se constituye en un modo de abordaje posible en salud mental de las juventudes.

Bibliografía

Aulagnier, P. (2010). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado.* España: Amorrortu Editores.

Complejo Integral de Salud Comunitaria, Proyecto institucional, 2021. Dirección General de Salud Mental. Dirección General del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud. Gobierno de Entre Ríos.

De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (1999). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Conferencia en el Hospital Durand, Buenos Aires. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0ByTFPQ-ahlgLRE1vLXJOYzIFOEU/view?usp=sharing&resourcekey=0CenPBeD7B-nSsFgCCfDDc3Q>

Deleuze, G.; Guattari, F. (2006). *Mil Mesetas, Capitalismo y Esquizofrenia.* Valencia: Pre-textos.

Deleuze, G.; Guattari, F. (2005). *Micropolítica, Cartografías del deseo.* Buenos Aires: Tinta Limón/Traficantes de sueños.

Giménez Devís, A.; Izquierdo Castillo, J. (2016). El movimiento fanzine español y su evolución en la era digital: una propuesta conceptual para el webzine. *Icono* 14, volumen 14 (2), pp. 353-376.

Lois, I. (2015). Notas sobre la emancipación y la comunicación popular-comunitaria. Una mirada desde los escenarios actuales. Centro cultural de la Cooperación Floreal Gorini Seminario Interno Transdisciplinario. SIT 2015 Dependencia / Independencia.

Méndez, M. L. (s.f.). El doble objeto de la antropología. *Cuadernos de Antropología*, Número 6, Buenos Aires: Psicodeia.

Méndez, M. L. (2011). *Procesos de subjetivación, Ensayos entre Antropología y Educación.* Paraná: Editorial Fundación La Hendija, Colección del Estante.

Roa Novoa, Y. (2015). *Medios alternativos y populares de comunicación: Bronx Fanzine como propuesta pedagógica de resistencia cultural.* Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.

Schmucler, H. (1995). El imperio de la información como imperio de la banalidad, en *Comunicación y Educación como campos problemáticos desde una perspectiva epistemológica* Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de Entre Ríos, ISBN 950-698-011-X.



Los Paradigmas Siguen Vigentes

Alberto Calabrese

Sociólogo y Especialista en Adicciones.
Director de la Carrera de Especialización en
Drogadependencias, Univ. Nacional de Tucumán;
Prof. a cargo de módulos en las Universidades
de Bs As y S. Martín, Asesor de la Sedronar;
Miembro de la Comisión Directiva de la
Asociación Argentina de Salud Mental, Director
de la Diplomatura en estos temas de la misma
institución; ex funcionario con altos cargos en
función de gobierno en la temática y actividad en
Ongs de este campo

aescalabrese@gmail.com

A lo largo de 70 años de extensión de las prohibiciones, convenios y convenciones, se ha afianzado un sistema que como relevancia se puede decir –al revés de lo que se afirma– que ha triunfado. En función de nuestra visión de las cosas, es un fracaso. En cambio, para los distintos hacedores de este DESPROPÓSITO, es un acierto, con sabor a triunfo, porque:

-Controlaron y estigmatizaron minorías en un primer momento. Es sabido que negros, mexicanos y chinos fueron condenados a priori por, supuestamente, inducir, comerciar y consumir sustancias como la marihuana, la cocaína y el opio (en ese orden respecto a las etnias antes mencionadas), en función de su estigmatización y control.

-A sus propios hijos en tanto contestatarios a un sistema. Recordemos que para los años 60, era creciente el movimiento hippie que en definitiva significaba la rebelión de los jóvenes norteamericanos a los usos y costumbres de sus padres, que eran percibidos por ellos como opresivos y dignos de remoción.

Por otra parte, los afroamericanos estaban luchando en esos momentos fuertemente por sus derechos civiles, siempre conculcados, eran vistos como siempre, hecho que sigue hasta nuestros días, con suspicacia y temor. Ambos grupos y de acuerdo con lo dicho por John Ehrlichman, asistente de Asuntos Internos del presidente Nixon “sabíamos que no podíamos hacer

ilegal el estar en contra de la guerra o ser negro, pero al hacer que el público asociara a los hippies con la marihuana y a los negros con la heroína, y después criminalizando pesadamente las dos, podríamos quebrantar a ambas comunidades. Podríamos así arrestar a sus líderes, saquear sus hogares, interrumpir sus reuniones y difamarlos noche tras noche en las noticias nocturnas. ¿Que si sabíamos que estábamos mintiendo sobre las drogas?, por supuesto que sí” (Pérez Ortega, 2017).

-Originaron una forma de control social, cuyos albores fueron en el hoy cordón industrial oxidado, haciendo que los que deberían protestar en las fábricas, se dedicaron al comercio al menudeo, a la disputa territorial o a los enfrentamientos con la policía, corriéndolos aún más hacia la marginalidad.

El párrafo precedente es una muestra clara de un control social manifiesto, al que desde ese entonces y hasta hoy, se ha ayudado desde un supuesto cientificismo a confirmar el daño expreso de las sustancias puestas en el índice, en base a numerosos artículos dándole una base “científica” al supuesto de que por algo estaban prohibida dado que eran tan dañinas.

Luego extendieron las redes, para controlar países, locaciones de los mismos, poblaciones en particular, personas...

Se instalaron bases terrestres y navales y una flota extra, para controlar a una región. Esto es particular-

mente significativo y constatable en Colombia, donde luego de los más de 50 años del Plan de dicho nombre, lo único resaltable que se puede señalar es que el problema del narcotráfico sigue igual, que la economía de la producción de drogas ilícitas está vigente y el control social también, toda vez que, por motivos inicuos la muerte de los dirigentes sociales y políticos en ese país es un hecho cotidiano.

Todavía hoy la categoría “narco” y ahí agregamos lo que sea, se usa para estigmatizar desde gobiernos a personas particulares.

Se cambian los señalamientos, dos países vecinos, uno gran productor y exportador, es tratado como gran aliado (Colombia), en tanto permisivo receptorista de la política dominante, mientras que su vecino (Venezuela) es vilipendiado, justo por las características que no reúne.

En definitiva: el “corralito” de un par de cientos de sustancias psicoactivas, devino en un sistema de control con un actor individual (adicto) y otro colectivo (el narco).

Pero, como contracara y como desarrollo de esta caracterización, un formidable negocio de un par de billones matemáticos por año, esto es cuando en un principio se pensó en el control, es improbable que el sistema supiera a cuánto iba a ascender prontamente el negocio una vez prohibido, sin descontar que la expe-

riencia reciente de la Ley Seca impedía tener esta desmemoria.

Y la participación, por algo es un gran y buen negocio, de muchas patas del sistema de integración monetaria, financiera y de aliento a pasajes de ese tipo del sistema ilegal, al legal y viceversa. A esto se le suma la exportación off shore, alentado incluso por dicotomías poco sutiles, desconocidas por el gran público, de “lavado de dinero”, a partir de estados lavadores, dentro del país rector en esta materia, amén de otros actores por cierto respetados como “países serios”, donde funcionan infinidad de ese y otros ítems para pasar fondos a los sin fondo “paraísos fiscales”, destacándose que probablemente de 5U\$S en circulación casi 4 están en este circuito.

¿Y cómo pasó esto a lo cotidiano? Por dos vías: a) la adopción del estereotipo como una verdad intangible o sea el “desadaptado” integrado a una supuesta recuperación, por un camino que impone una lógica de “cuanto más difícil mejor”.

b) lo que nos remite a una impronta de tipo moral de un camino de penitencia, la aceptación que la “buena conducta” es a través del camino, reconocimiento, mea culpa, testimonio del equívoco; larga ruta de expiación y contribución a su continuidad en el tiempo.

El chivo expiatorio funcionó, el supuesto enemigo constituido y asimismo los mecanismos para destruirlo, tal como ejemplificamos con los dichos de Ehrlichman.

Habíamos logrado encontrar la piedra de toque, para resignificar una sociedad perfecta a no ser por la “maldita droga”.

Hemos pasado una serie de condenas, un agonismo que permite eludir las responsabilidades y proyectar sobre “el flagelo”, lo que está inmerso en las tramas y no reconocidas de una sociedad.

¿Qué queda como contraparte y porqué este paradigma, aunque parezca triunfante, va hacia su paulatina descomposición? Son tres razones y que anuncian el fin del mismo y de la exclusión que conlleva, so pretexto de la protección social.

a) El fortalecimiento en cantidad, presencia y militancia, de grupos crecientes de personas de diversas inclusiones y pertinencias, que fueron asumiendo conocimientos.

b) El agrupamiento de personas con esas características, en diversas asociaciones de la sociedad civil, con sostenida militancia en la expansión de conocimientos esclarecedores y elección de diversas líneas de especialización diferenciada en materia de prevención, tratamiento, políticas públicas, propuestas de reducción de daños, investigaciones e integración de contenidos con

interpretación del fenómeno, alejados de la discursiva aceptada como oficial y hegemónica.

c) Tal vez lo más importante, la transformación de usos y costumbres. Lo extraño del comportamiento de las propuestas represivas es que:

c1) Producen por antagonismo a las figuras que lo proponen, una adopción por oposición.

c2) Se va ampliando el impacto de lo prohibido, como forma de adopción a formas de vida, que simbolizan grados de distanciamiento respecto a las medidas normativas supuestamente universales. Esto produce, que con ese paso más personas van tomando pautas en estos comportamientos diferenciados y reconociendo a otros pares de otros grupos, con los cuales se establecen vínculos a partir del reconocimiento de códigos comunes.

c3) La extensión de un fenómeno se produce cuando se universaliza y se extiende como un registro abarcativo de geografías, agrupaciones poblacionales, estamentos etéreos, socioeconómicos, etc. aún por encima de lo habitual en estos casos, como por ejemplo la invisibilidad de los consumos entre los poderosos, para recargar sus suposiciones destructivas en las personas de menores ingresos.

c4) Lo previsible finalmente, es la aceptación en la habitualidad de usos y costumbres; ese es el filo de la terminación de un mito, lo aceptado es eso, en tanto

incorporado. Claramente cuando se da un proceso de este tipo, se mimetiza con comportamientos conocidos como es el caso de la aceptación prácticamente universal del alcohol, que eludido lo prohibido, es considerado inocuo por muchos de sus consumidores, aunque la OMS lo tenga entre las 50 enfermedades más significativas en sentido negativo para la salud humana.

Pero, por otra parte, esto que ya se estaba contabilizando a partir de la queja de muchos implicados en el seguimiento de estos temas, especialmente en los sistemas ligados al ámbito represivo o de algunas formas de tratamientos particularmente normativos, quejándose de la falta de registro o de interés por parte de los usuarios tanto en lo referente a daños como en lo que se refiere a pautas indicativas del aparato de control o judiciales.

Ahí se encuentra el comienzo del fin de esta historia, de la ya vemos algunos resultados.

Bibliografía

Calabrese, A. (2015) “La Prevención en América Latina” en Pérez Gómez, Augusto y otros (editores), “De la prevención y otras historias”. California-edit.

Eco, U. (2012) “Construir al Enemigo”. Ed. Lumen

González Zorrilla, C. (1987) “Drogas y Control Social”. Universidad de Barcelona.

Marín Gutiérrez, Isidro (11/07/2019) “Cannabis: La historia de la hipocresía humana”. <https://www.eldiario.es/sociedad/cannabis-historia-hipocresia-humana>

Pérez Ortega, Rodrigo. 2017. La prohibición de la marihuana en Estados Unidos y México, una historia donde la ciencia tuvo poco que ver. Ciencias, núm. 122-123, octubre 2016-marzo, pp. 122-127. [En línea].

Tokatlian, Juan Gabriel (11/02/2014) “La Argentina y las etapas del narcotráfico”. <https://www.lanacion.com.ar/opinion/la-argentina-y-las-etapas-del-narcotrafico-nid1663038/>



Estrategia provincial para el abordaje de la salud mental y los consumos problemáticos – Provincia de La Pampa –

Analía Ripoll

Directora de Consumos problemáticos de la
Subsecretaría de Salud Mental y Consumos
Problemáticos de la Provincia de La Pampa

aripoll098@gmail.com

Cuando se piensan lineamientos de gestión es inevitable pensar el contexto social, económico cultural e histórico donde estos lineamientos tendrán lugar, lo que en definitiva nos conducirá a pensar en los males-tares de la época y por ende a intentar entender la complejidad social, cultural, histórica y económica en cada comunidad y en cada sujeto en relación a los padecimientos mentales y los consumos problemáticos.

Esto también nos orienta a reflexionar en relación a los discursos en los que estamos inmersos, que nos atraviesan y que impactan en las prácticas y los proyectos de gestión. Discursos que intentan clasificar y a veces, consecuentemente patologizar situaciones de la vida cotidiana dando por resultado categorías universales, y donde las singularidades se van perdiendo de vista.

Es ese mismo discurso el que hace a La Ley de Salud Mental objeto de críticas diversas como que “ya no se puede internar” o que las internaciones breves que “exige” la ley, no son efectivas.

La Ley Nacional de Salud Mental, acorde a los principios y obligaciones del estado a nivel constitucional y convencional vigentes y a los principios de la atención primaria de la salud, responde a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos y ordena implementar el proceso de atención preferentemente fuera del ámbito de interna-

ción hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Por otro lado la reciente pandemia generó innumerales impactos en la población y particularmente en los equipos de salud y en el sistema de salud en general, donde fue necesario reforzar el segundo nivel de atención con personal y equipamiento a fin de dar respuesta a las internaciones, ya sea en salas de clínica médica o terapia intensiva que requerían los cuadros clínicos, reforzando nuevamente un modelo que colocó a la figura del médico en un lugar central.

También este es un camino que es necesario comenzar a desandar para que pueda re instalarse la idea de que la verdadera complejidad está en el primer nivel de atención, en el trabajo con y en la comunidad.

En la provincia de La Pampa, a partir del año 2019 se crea la Dirección de Dispositivos Intermedios, y la Dirección de Prevención, Promoción y Capacitación, que se suman a la Dirección de Salud Mental y a la Dirección de Consumos Problemáticos dentro de la Subsecretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Con la ampliación en las áreas de gestión se da inicio a un conjunto de políticas integrales en materia de salud mental, que rápidamente hubo que adecuar al contexto de la pandemia por Covid19 en el año 2020.

Fue en este contexto que desde la Subsecretaría el trabajo se orientó bajo los siguientes ejes:

Fortalecimiento y articulación de los dispositivos de salud/salud mental

-Se trabajó en primer lugar para orientar a los equipos tanto del primer nivel de atención, como a los servicios de guardia e internación hospitalarios, y los de los dispositivos de abordajes de consumos problemáticos para que puedan identificar la población considerada como prioritaria que no podíamos desatender.

- Se reforzó con más psicólogos/as las **guardias** del Hospital L. Molas (Hospital de mayor complejidad de la provincia), dotándola de mayor capacidad y rapidez de respuesta.

- Se trabajó para **garantizar el suministro de psicofármacos**. Se implementaron articulaciones con hospitales locales para garantizar la continuidad del acceso a psicofármacos en toda la provincia (nuevos circuitos de gestión de medicamentos y articulación con servicios de salud mental). Y en algunos casos implicó asistir con medicamentos a personas aisladas para no discontinuar el tratamiento.

- Se puso en marcha un **Sistema Remoto de Interconsultas en Salud Mental** para todos los efectores de salud que prestan servicios de guardias con el fin de conectarlos con las guardias de los Servicios de Salud Mental (Santa Rosa, Gral. Pico y Gral. Acha).

- Se generaron **estrategias de atención remota** para dar continuidad y sostén a los tratamientos a partir del seguimiento telefónico de pacientes.

- Se reforzó el equipo de operadores/as de las **Líneas de Atención Telefónica 132 y 136**, constituyendo un equipo de coordinación, respaldo y derivación, integrado por Operadores/as y profesionales, para conectar y reorientar la demanda de atención con los servicios y guardias de salud mental.

Más allá de estas estrategias que impuso el contexto de pandemia no se perdieron de vista las estrategias generales de la gestión orientadas a:

- Organizar la respuesta en salud mental y adicciones bajo los principios de accesibilidad, calidad, integración e integralidad.

- Consolidar una red de servicios y efectores con base en la comunidad.

- Integrar las respuestas en Salud Mental y Adicciones al Sistema de Salud.

- Construir el centro gravitacional del sistema en la Comunidad, el territorio, en el marco de la Estrategia de la APS, con un criterio promocional y en el continuum de los cuidados generales de la salud. Entendiendo la pertinencia y necesidad de incorporar otros actores sociales en los procesos asistenciales.

Se desestima como estrategia de abordaje la internación por problemas de consumo fuera de la provincia, desarticulando el imaginario que instaura como único tratamiento efectivo en salud mental y adicciones las internaciones, y en especial aquellas que se dan lejos del entorno afectivo, implicando un fuerte desarraigo, estigmatización, interrupción de proyectos de vida, trabajo, estudio, para sustituirlo por respuestas locales y en territorio.

Para esto se generan respuestas locales, profundizando modelos alternativos a la internación como los dispositivos de Centro de Día, atención ambulatoria con abordaje comunitario, estrategias articuladas a través de Dispositivos Intermedios, internaciones breves en Hospitales Generales, y tratamientos intensivos residenciales, entre otros.

Generación de dispositivos de asistencia

- Con la creación de la Dirección de Dispositivos Intermedios se promovió un área que tiene como objetivo brindar cuidados entre el sistema de Salud y la Comunidad.

Tiene como objetivo brindar herramientas a los equipos de salud mental para favorecer la asistencia en comunidad y a través del equipo específico de nivel central; asistir y sostener pacientes con problemáticas de salud mental y consumos problemáticos con defici-

taria contención familiar/social, y dificultades en la inserción al sistema de salud, reinternaciones frecuentes o procesos de externación obstaculizados.

Dependientes de la Dirección de Adicciones, se pusieron en marcha 4 Centros de Día Comunitarios, en distintas zonas sanitarias de la provincia: Guatraché, 25 de Mayo, General Pico y Arata. Estos dispositivos están pensados como espacios de articulación comunitaria, y claves en la participación y armado de redes locales con los actores de cada comunidad.

- Se elaboró un **Plan de Acción para la Prevención del Suicidio** que involucra a efectores de todos los niveles de asistencia, e intenta complementar las respuestas ya existentes con nuevas respuestas y estrategias.

- Se estableció un sistema de registro y vigilancia epidemiológica sobre los casos de suicidios.

- Se conformó el Equipo de Enlace, para desarrollar estrategias de posvención en la asistencia a familiares de personas que han cometido suicidio y para el abordaje y la continuidad de la asistencia de personas en situación de riesgo.

- Se presentó una campaña “Hagamos ruido, hablemos de suicidio”, en el marco del 10 de septiembre Día Mundial de la Prevención del Suicidio.

Otras acciones de prevención, promoción y capacitación

- Se realizaron intervenciones preventivas en los ámbitos de nocturnidad y fiestas populares.

- Se trabajó durante fines de 2019 y comienzos de 2020 en una campaña de prevención de consumos problemáticos. Enfocada fundamentalmente en los/as jóvenes, y orientada a visibilizar los problemas asociados al consumo de alcohol. La campaña partió de una perspectiva centrada en los cuidados colectivos, la desestigmatización de los usuarios/as de drogas y un modelo de reducción de riesgos y daños, en clave de derechos humanos. Uno de los objetivos centrales tuvo que ver con promover y fortalecer estrategias de cuidados y consumos responsables, orientadas a reducir riesgos y daños, y a la vez a ofrecer servicios de salud accesibles y de calidad, que sean respetuosos de las personas con consumos problemáticos.

A modo de conclusión entendemos que aún con las enormes dificultades que nos trajo el proceso pandémico, la gestión pública en salud mental de nuestra provincia dio importantes pasos hacia adelante en la generación de dispositivos, la integración de la red de servicios, y el trabajo articulado con otras reparticiones de gobierno, entre otros. También creemos que lo que tenemos en los próximos tiempos es el desafío de construir unas garantías de estabilidad en nuestras políticas,

especialmente pensando en la difícil situación laboral de trabajadores y trabajadoras, y sobretodo de defender unos niveles de acceso a servicios de salud de usuarios y usuarias para que no retrocedan frente a un contexto político y económico de inestabilidad y posible retracción.



El movimiento de reducción de daños: hacia regulaciones no punitivistas

María Pía Pawlowicz

Psicóloga (UBA). Máster en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO/CEDES). Docente de la Facultad de Psicología (UBA), de la Carrera de Trabajo Social (UNM) y de posgrados en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Coordinadora del Área de Investigación de Intercambios Asociación Civil

mariapiapawlowicz@intercambios.org.ar

Jorgelina Di Iorio

Psicóloga (UBA). Dra. en Psicología (UBA). Investigadora CONICET. Docente de la Facultad de Psicología (UBA) y de posgrados en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Coordinadora del Área de Intervención de Intercambios Asociación Civil

diorio.jorgelina@intercambios.org.ar

Graciela Touzé

Trabajadora social (UBA). Especialista en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO/CEDES). Docente de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y de posgrados en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Miembro fundadora de Intercambios Asociación Civil

gratouze@intercambios.org.ar

Los consumos de sustancias psicoactivas se definen como un fenómeno complejo y multidimensional. Son prácticas sociales que se configuran de modos particulares de acuerdo al sector social, el momento histórico, las condiciones socio-políticas, la etnia, la generación, y las identidades de género. Las combinaciones de estas y otras condiciones sociales y epocales dibujan coordenadas particulares de escenarios y sentidos de los usos de drogas tanto en el plano individual como colectivo.

La cuestión del consumo excede largamente a las múltiples sustancias existentes, legales e ilegales, naturales y sintéticas, estimulantes y depresoras. Del mismo modo es plural, heterogéneo y socialmente construido el modo en que las personas nos vinculamos con las sustancias (Touzé, 2006). No se trata sólo de cantidades, frecuencias y combinaciones, sino de rituales, de sentidos y de modas, de mercados y de regulaciones, de gustos y placeres. Las representaciones sociales que fetichizan las drogas, asignándoles poderes (González Zorrilla, 1987), invisibilizan los complejos entramados de factores vinculados al consumo.

Concebir los usos de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de salud integral y de derechos humanos requiere comprender las creencias, regulaciones y emociones, plasmadas en las prácticas que se despliegan en los territorios. No sólo de quienes usan sustancias, sino de quienes los rodean, que en sus relaciones y gru-

pos regulan, sancionan y valoran de modo particular esas prácticas.

De los paradigmas tutelares prohibicionistas hacia la regulación de los consumos y los derechos humanos

Las políticas de drogas, tanto de control de la oferta como de tratamiento y promoción de la salud, se encuentran hegemónicamente dominadas por enfoques punitivo-represivos que se organizan bajo el paradigma de la Guerra contra las Drogas. Este paradigma se sustenta en los principios de eliminación de la producción, comercialización y uso de toda sustancia psicoactiva declarada ilegal. Se configura así una matriz prohibicionista-abstencionista que no se limita a generar respuestas de control a la producción y el tráfico, sino que incluye a las personas que usan drogas, quienes quedan atrapadas en la etiqueta delincuentes-enfermos, con el argumento de peligrosidad e incapacidad de cuidar de sí mismos o de cuidar a otros (Corda, Galante y Rossi, 2014).

El paradigma de la Guerra contra las Drogas atraviesa la respuesta sanitaria, reproduciendo representaciones sociales y prácticas, con lógicas análogas a las del Modelo Médico Hegemónico, el modelo manicomial asilar y el cientificismo, y genera conceptualizaciones prejuiciosas no sólo sobre los usos de drogas sino tam-

bién sobre las personas, impactando en los dispositivos que se implementan. Procesos de medicalización, criminalización y patologización de los consumos de sustancias promueven bajos umbrales de empatía y vulneraciones de derechos básicos, y naturalizan prácticas que profundizan los padecimientos.

Si bien en nuestro país se registran avances legislativos y sociales, a partir de los movimientos generados por la sociedad civil y las organizaciones de derechos humanos, que vislumbran una modificación de esta perspectiva, la persistencia de esta matriz sigue generando barreras de acceso a la atención en salud y se configura como un modo de justificación de prácticas discriminatorias y estigmatizantes, claramente violatorias de los derechos de las personas que usan drogas (Touzé, 2006).

Frente a estos mecanismos instituidos, el paradigma de la reducción de daños problematiza estas matrices tutelares y congrega a diferentes actores sociales comprometidos con la transformación hacia el ámbito de los derechos humanos.

En este sentido, intervenir en problemas asociados a los usos de drogas requiere pensar críticamente las relaciones entre paradigmas y representaciones sociales, que atraviesan con continuidades y rupturas, las prácticas. Relaciones que reproducen pero también transforman cuando intervenimos con lógicas no tutelares

y construimos otras regulaciones en clave de cuidado colectivo.

Reformas y resistencias: sin salud mental no hay salud integral, sin despenalización tampoco hay salud mental

La inclusión de las “adicciones” como parte del campo de la salud mental, según establece el artículo 4 de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N° 26.657, abrió un horizonte de posibilidades en distintos planos. Si bien sólo un cambio en los marcos normativos no conlleva una transformación lineal de la realidad, sí favorece movimientos contra-hegemónicos que se juegan en cada escenario de disputas de poder.

Esta inclusión es un avance hacia modelos no prohibicionistas en el campo de las drogas, y un compromiso hacia una matriz de exigibilidad de derechos. Poniendo especial foco en el fortalecimiento de una red de dispositivos con base en la comunidad pero sin desconocer la integralidad del sistema de atención, esta ley explicita que la internación voluntaria es un recurso terapéutico restrictivo susceptible de ser utilizado si aporta mayores beneficios que el resto de las intervenciones, y que la internación involuntaria es de carácter excepcional, en función de una evaluación de riesgo cierto e inminente por parte de un equipo interdisciplinario. Cabe señalar que en ambos casos, deben mantenerse los

vínculos familiares, comunitarios y socio-laborales. La LNSM establece “los mismos derechos y garantías” para las personas con consumos problemáticos. El paradigma de derechos reconoce la capacidad de las personas, y por lo tanto abandona la idea de incapacidad y peligrosidad, y la imagen unívoca de adicto-delincuente-enfermo. Nos invita a pensar que una persona con consumos de sustancias, problemáticos o no, puede tomar decisiones y cuidarse, incluso estando en un momento de mayor compromiso afectivo-social-biológico donde ciertas capacidades puedan estar afectadas.

Es decir, a partir de la LNSM se reconocen las capacidades jurídicas y lo que eso implica en la ampliación de derechos para las personas con padecimiento psíquico. No obstante, cuando ese padecimiento se vincula con consumos problemáticos, persisten las resistencias a reconocer esas capacidades jurídicas (Amendolaro, 2017). Los prejuicios sobre los usos de drogas, las significaciones socialmente construidas sobre las sustancias psicoactivas y el estigma hacia las personas que las usan, se materializan en el argumento de que “la ley no sirve para los consumos”, y está configurando una corriente social y profesional que promueve la modificación de la LNSM.

Tampoco se deben desconocer los intereses corporativos en juego ni el hecho de que todavía no se han abandonado las instituciones totales y los dispositivos

alternativos aún resultan insuficientes. El escenario se torna aún más complejo cuando observamos que los marcos normativos de nuestro país en materia de drogas, sustentan paradigmas contrapuestos. A la vez que la LNSM reconoce a las personas con consumos problemáticos como sujetos de derechos, sigue vigente la Ley de estupefacientes N° 23.737 del año 1989, que criminaliza a las personas que usan drogas y actúa como herramienta de control, funcional particularmente al ejercicio de violencia institucional hacia jóvenes de sectores vulnerabilizados, mujeres y comunidades LGT-BIQ+ (Di Iorio y Pawlowicz, 2021).

Estas resistencias y contradicciones tensionan las prácticas, los dispositivos y las políticas públicas sobre drogas, en las que persisten “la abstinencia como ideal normativo y la erradicación de las drogas de la sociedad como horizonte político” (Ehrenberg, 1996), pero donde también se apuesta desde el paradigma de reducción de daños a “acompañar y no castigar”, es decir a reducir los efectos negativos de las afectaciones secundarias que remiten al plano simbólico y a las relaciones de poder que generan las narrativas punitivistas.

La reducción de daños como reducción de vulnerabilidades

Frente a la maquinaria prohibicionista-punitivista, que produce mortificación y múltiples formas de vio-

lencias hacia las personas que usan drogas, y que se expresa en una pedagogía de la crueldad, el paradigma de la reducción de daños pretende la construcción de una contrapedagogía (Segato, 2018) que interpela las representaciones sociales hegemónicas. Es importante señalar que el movimiento de reducción de daños se instala en América Latina, atravesado por prácticas y reflexiones que se integran con las tradiciones de la educación popular, la salud colectiva, la salud mental comunitaria, y se define como reducción de vulnerabilidades en contextos de violencias estructurales (Goltzman, 2016).

Sin desconocer el valor instrumental, especialmente desarrollado en los países centrales, con su amplia experiencia por ejemplo, en acciones de distribución de parafernalia para el consumo cuidado o en servicios de sustitución de opiáceos, entre otros, nuestra región otorga particular importancia a la dimensión ético-política, y define a la reducción de daños desde la perspectiva de los derechos humanos y la cuestión de la ciudadanía.

En este sentido, el desafío es construir entre organizaciones de la sociedad civil, áreas de gobierno, instituciones académicas, organizaciones de base comunitaria y el protagonismo de las personas que usan drogas, un movimiento que tenga como horizonte transversalizar las reivindicaciones y demandas y aunar fuerzas con otros movimientos -como los feminismos y diversida-

des, los de derechos humanos y el de las reformas en Salud Mental-, porque sólo desde una pluralidad respetuosa de las diferencias pero apoyada en un compromiso, avanzaremos hacia un cambio más humano y justo en las políticas de drogas.

Bibliografía

Amendolaro, R. (2017). La dignidad del riesgo de tomar las propias decisiones. En: Touzé, G. (comp.). *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Facultad de Ciencias Sociales UBA. Pp. 117-122. Disponible en: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Avances-y-retrocesosenpoliticadedrogas.pdf>

Corda, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina*. De “delicuentes-enfermos” a sujetos de derechos. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Disponible en: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Personas-queusanestupefacientes.pdf>

Di Iorio, J. y Pawlowicz, M. P (2021). Violencias hacia mujeres y comunidades LGTBIQ+ que usan drogas. *INFONOVA*, 38, 46-57. Disponible en <https://>

dianova.es/wp-content/uploads/2021/09/INFONO-VA-38.pdf

Ehrenberg, A. (1996). *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages.* Communications N° 62. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales-Centre d Études Transdisciplinaires (Sociologie, Anthropologie, Histoire).

Goltzman, P. (2016). *Memorias del Encuentro Intervenciones desde la reducción de daños: desafíos y perspectivas actuales.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Disponible en: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Intervenciones-desdelaReducciondedaos.pdf>

González Zorrilla, C. (1987) “Drogas y control social” en: *Poder y control* N° 2. Barcelona: PPU.

Ley 23.737 (1989) de Estupefacientes.

Ley 26.657 (2010) de Salud Mental.

Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad.* Buenos Aires: Prometeo Libros.

Touzé, G. (2006). *Saberes y Prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas. Capítulo 1. Pp. 4-31. Disponible en: <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Saberes-ypracticass1.pdf>

Notas

1) “Acompañe. No Castigue/Support. Don't Punish” es una campaña global que busca resignificar el mensaje del 26 de junio -Día Internacional de las Naciones Unidas Contra el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas-, promoviendo el acceso a intervenciones de reducción de daños y otros servicios basados en evidencias, y eliminar la criminalización de las personas que usan sustancias psicoactivas



Crónica de muertes anunciadas: reflexiones tras más muertes en contextos de encierro

Luciana Rubel*

Lic. en Psicología (UBA). Residencia en Salud Mental, con sede en el Hospital Álvarez (CABA). Becaria doctoral CONICET-UNLa; Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, UNLa.

luciana.rubel@gmail.com

Leandro Sabatini*

Lic. en Psicología (UDA). Profesor en Enseñanza media y superior en Psicología (UNCu). Doctorando en Salud Mental Comunitaria UNLa. Observatorio Argentino de Drogas (Sedronar).

leandrosabatini@hotmail.com

Milena López Bouscayrol*

Profesora en Enseñanza Media y Superior en Ciencias Antropológicas. Doctoranda en Antropología. Becaria Doctoral CONICET, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

mile.lopezb@gmail.com

Matías Segatorri*

Lic. en Psicología (UBA). Maestrando en Salud Mental Comunitaria, UNLa.

matias.segatorri@hotmail.com

* Integrantes del Grupo de Trabajo “Consumos, territorios y Derechos Humanos” del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

*“Pensar está en una relación fundamental con el afecto.
No se piensa sin ser sensible a algo”.*
Zourabichvili

El 22 de febrero de 2022, cuatro personas murieron asfixiadas producto de un incendio en una comunidad terapéutica (CT) en la localidad de Pilar, provincia de Buenos Aires. Estas personas tienen nombre propio. Nicolás, de quien la familia optó por no revelar el apellido, Rodrigo Moreno, Nahuel Castaño y Nicolás Ortiz. La CT, que aún ofrece “rehabilitación con abordaje terapéutico y espiritual” en su perfil de Instagram, también tenía nombre propio: Resiliencia San Fernando. El (escaso) tratamiento en los medios de comunicación osciló entre el reclamo por una política de drogas basada en una perspectiva de salud pública y respetuosa de los derechos humanos -visibilizando, entre otras cuestiones, la deuda respecto de una efectiva implementación de la Ley Nacional de Salud Mental- y la culpabilización a las víctimas con titulares que destacaban que un “paciente” había sido el causante del incendio. Da la sensación de que en buena parte de los medios de comunicación las personas que usan drogas no importan cuando mueren, pero sí cuando matan.

El incendio comenzó cuando un joven prendió fuego un colchón provocando la intoxicación y muerte de él y tres de sus compañeros, todos menores de 35 años.

La investigación realizada por la Comisión Provincial por la Memoria dejó en claro la gravedad y complejidad del asunto: la comunidad no contaba con habilitación y las 26 personas allí internadas estaban sometidas a condiciones de vida que violaban seriamente sus derechos. Es probable que la sobremedicación haya impedido la pronta reacción de los jóvenes pero además, los barridos en puertas y ventanas, la ausencia de salidas de emergencia y matafuegos así como la falta de colchones ignífugos dificultaron seriamente la evacuación. El incendio también develó las condiciones a las que estas personas se encontraban sometidas cotidianamente: encierro prolongado y salidas de una hora para almuerzo y cena, salidas al patio una vez por semana y “tratamientos” que implicaban sólo una visita mensual de una psicóloga y un psiquiatra. No es un dato menor que muchos de estos jóvenes se encontraban allí por derivación de jueces. La institución ya había sido denunciada algún tiempo atrás producto de la muerte de otro joven ahogado en la pileta de natación del lugar.

Interesa destacar entonces que este caso no es un hecho aislado, excepcional, sino que se lo puede inscribir en una larga serie que implica la vulneración de derechos de las personas con padecimientos de salud mental, sobre todo en contextos de encierro. La pregunta por las condiciones de posibilidad que permiten que un hecho así ocurra, nos conduce a otra, sobre el

origen de estos tipos de centros y el contexto legal que permitió su afianzamiento como respuesta terapéutica legitimada.

¿Salud? No, organismos de control de drogas

Todavía no termina de ser explícita la extrañeza que implica que existan dispositivos que atiendan personas con problemáticas de consumo que no estén reguladas por el sistema de salud.

Si el “sentido común” de una sociedad determinada está hecho de la sedimentación de diversas concepciones del mundo, de tendencias filosóficas y tradiciones que han llegado fragmentadas y dispersas a la conciencia de un pueblo (Gramsci, 1984), nos interesa en el presente escrito dar cuenta de los discursos que se han ido construyendo y sedimentando históricamente sobre los modos de entender la salud y los consumos de sustancias psicoactivas; esbozar algunas dimensiones que develan las construcciones históricas y los contextos geopolíticos, económicos y sociales de algunos saberes comunes.

Comencemos con una pequeña reseña: “Desde 1926 hasta la actualidad, salvo el quinquenio 1968-1973, las políticas públicas en la Argentina en materia de consumo y tenencia de drogas han sido políticas penales que han criminalizado a los usuarios de sustancias ilegales” (Corbelle, 2016: 19). La mayor parte de las causas pena-

les iniciadas por la infracción a la Ley de Estupefacientes recae sobre los/as consumidores. Los/as historiadores/as sociales y culturales afirman que, durante el siglo XX, la construcción de la figura del adicto fue crucial para posibilitar el control estatal sobre las poblaciones no blancas y sobre áreas urbanas que se consideraban propensas al desorden social.

Al respecto, en nuestro país conviene recordar dos eventos históricos. El primero es la creación de la CO-NATON (Comisión Nacional de Toxicomanía y Narcóticos) impulsada por representantes del gobierno de Nixon y su guerra contra las drogas. Este fue sólo un evento de una larga campaña de intervención económica y militar que se profundizó con la llegada de López Rega al Ministerio de Bienestar Social y se mantuvo hasta entrada la primavera democrática (Manzano, 2014). Si bien fue en el marco de la dictadura de Onganía que se introdujo, mediante dos reformas legislativas, un “modelo represivo-terapéutico” para la población que consumía sustancias, fue a partir de la designación del médico psiquiatra Carlos Cagliotti como secretario ejecutivo de la CONATON que se impulsó la creación del CeNaReSo (Centro Nacional de Reducción Social); también se sancionaron normativas conformes a los acuerdos de carácter internacional (el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y el Protocolo de 1972), y se transformó a nuestro país en

uno de los principales promotores de políticas públicas represivas en la región (Corbelle, 2016). Esta perspectiva terapéutica-represiva, fomentada por EEUU, encontraba fundamento en la supuesta idea de la “peligrosidad”.

Otro evento significativo ocurrió en 1988, cuando el gobierno de Alfonsín luego de haber impulsado en 1985 la conformación de la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD), tuvo que renovar el organismo para adecuarlo a determinados objetivos internacionales de la lucha contra las drogas. “El primer empujón decisivo lo dio el congreso estadounidense cuando, en 1988, estableció un mecanismo de evaluación que condicionaba la concesión de ayuda económica al cumplimiento de determinados criterios y objetivos en la lucha contra las drogas” (Corbelle, 2016: 83). Se creó así una nueva institución: la Comisión Nacional Coordinadora para el control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD) que, aunque mantenía las mismas siglas que su antecesora, tenía estructuras y jerarquía diferentes. Entre sus novedades se destaca la subvención a las comunidades terapéuticas que, aunque tenían un origen previo en el Programa Andrés (1973), se multiplicaron gracias al aporte estatal. Fue el gobierno de Menem quien disolvió la CONCONAD y creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y

la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar) (Corbelle, 2016; Sedronar, 2019).

¿Salud? No, instituciones del tercer sector

La CONCONAD decidió incorporar a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) abocadas al tratamiento y prevención de la “adicción” en su Comité Asesor. Vínculo que se profundizó finalizando la década del ‘80 a partir de ciertos compromisos asumidos con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) que obligaron a reestructurar la CONCONAD. Concretamente, se comenzó a subvencionar a las comunidades terapéuticas -que rápidamente se multiplicaron- y se estableció un acuerdo con el Centro Italiano de Solidaridad (CeIS) para la formación de Operadores/as Terapéuticos/as en el modelo del Progetto Uomo. En este marco, se crearon la Federación Argentina de Comunidades Terapéuticas (FACT) y la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA) que nuclearán a muchas de estas comunidades y comenzarán a pisar fuerte en el escenario de atención local (Garbi, 2020; Touzé, 2006).

En la actualidad existen comunidades con diversos criterios: abiertas y cerradas; exclusivas para determinadas poblaciones (jóvenes, adultos/as, mujeres,

hombres); religiosas y no religiosas; que cuentan con profesionales entre su personal o no lo hacen (Corda, Galante, Rossi, 2014; Garbi, 2012 y 2020). Se trata de actores centrales en lo que respecta a la atención de los consumos problemáticos y, además, algunas poseen gran injerencia en el diseño de políticas públicas en la materia. Tal como vimos al principio de este escrito, no todas se encuentran registradas y habilitadas por el sector salud, situación legitimada incluso por el poder judicial que continúa derivando a personas a “recibir tratamiento” en ese tipo de instituciones.

Estas son algunas de las aristas históricas que confluyen en el complejo panorama actual argentino respecto a las respuestas para usos problemáticos de drogas: heterogéneos abordajes -sin una reglamentación ni supervisión garantizadas-, en los que intervienen tanto diversos sectores del Estado -el sistema de salud, la Sedronar, el Poder Judicial, los Ministerios de Desarrollo Social (Corbelle, 2021)- como organizaciones de la sociedad civil, entre los que se destaca la falta de articulación y una marcada fragmentación entre los abordajes.

Abordajes alternativos para los/as usuarios/as de drogas

En la Argentina, los modelos alternativos al paradigma abstencionista que priorizan los abordajes ambulatorios por sobre las internaciones y entienden el

consumo, también, como una cuestión de inclusión social (Cunial, 2014) comienzan a desarrollar respuestas alternativas a comienzos del siglo XXI. Esto surge al corroborarse a nivel mundial que los modelos asistenciales orientados en exclusiva a la abstinencia eran insuficientes y que “muchas de las consecuencias más destructivas y de los problemas refractarios del consumo de drogas ilegalizadas no son el resultado de las drogas per se, sino de las leyes y las políticas sobre drogas” (Martínez Oró y Pallarés Gómez, 2013: 219).

En particular, en nuestro país, en un contexto de avance de las políticas de derechos humanos, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en 2010 conformó un punto de inflexión, no sólo incluyendo a las “adicciones” como parte integrante de las políticas de salud mental, sino también priorizando los abordajes ambulatorios en los territorios. Cuatro años más tarde, la Ley Nacional de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos (N°26.934) -aún no reglamentada- avanzó en el mismo sentido y permite complejizar la lectura sobre las experiencias asociadas al consumo.

Estas conquistas en el campo político y legislativo no tardaron en producir efectos en el campo de las prácticas, dando lugar a la construcción de experiencias alternativas que en diversos territorios se propusieron enfatizar la dimensión del cuidado en salud, aportando a la producción de abordajes que velen por el cumpli-

miento de los derechos humanos y el respeto por la autonomía de las personas que usan drogas.

En línea con las políticas y las legislaciones anteriormente mencionadas, en el año 2013 se realizó la intervención del CeNaReSo, y se modificó su denominación por Hospital Nacional en Red “Laura Bonaparte”, momento a partir del cual comenzaron a adecuarse muchos de sus abordajes a los principios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental. También en el sector salud, el dispositivo territorial “La Otra Base del Encuentro” (LOBE) viene hace más de diez años proponiendo un abordaje integral para la salud para y con personas que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias, en el barrio de Bajo Flores (CABA). Es de los pocos dispositivos del sector salud que define sus estrategias de intervención enmarcadas en el paradigma de reducción de daños.

En el año 2014, el gobierno nacional impulsó una transformación de la entonces llamada “Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico”, actualmente “Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina”. Dejando atrás la misión de combatir el narcotráfico, se reestructura el organismo a los fines de coordinar políticas públicas nacionales enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias.

También resulta imprescindible mencionar el trabajo que realizan organizaciones como la Asociación Civil Intercambios, que desde la década del '80 viene aportando a la construcción y aplicación del conocimiento de los problemas relacionados con las drogas, desde una perspectiva de reducción de daños. No solo con la producción de espacios de formación y de investigación, sino también con programas y dispositivos de intervención en el territorio.

Por su parte, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires lanzó la Campaña “Consumo cuidado” en la última temporada de verano, fomentando por primera vez desde un efector público la realización de intervenciones en el espacio público para la promoción de consumos responsables y la prevención de consumos problemáticos, desde el paradigma de reducción de daños.

Sin la intención de ser exhaustivos con los dispositivos e intervenciones mencionadas anteriormente, creemos necesaria la difusión, el conocimiento y el fortalecimiento de los abordajes alternativos que se fueron construyendo en nuestro país en el marco de la sanción y paulatina implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, en un contexto de crisis y evidente ineficacia de las políticas abstencionistas/prohibicionistas hegemónicas hasta el momento. Posición que asumi-

mos como necesaria, a partir de las afectaciones que ha producido la lamentable noticia de nuevas muertes ocurridas en contextos de encierro. Realizamos esfuerzos de comprensión a la incómoda pregunta de cómo es que este tipo de situaciones siguen ocurriendo, cómo es que dispositivos que ofrecen condiciones inhumanas para personas que usan drogas siguen teniendo tanta centralidad en el imaginario social y en las propuestas legitimadas frente a situaciones de consumo problemático de sustancias. Para eso hemos esbozado una breve historización acerca de los discursos, concepciones y prácticas que se han ido construyendo y sedimentando, pero también hemos puesto de relieve algunas otras experiencias que proponen otros modos de abordaje y que tensionan, discuten y plantean alternativas al paradigma prohibicionista aún vigente.

Bibliografía

Corbelle, F. (2016). Dar la cara como “usuario responsable”. El activismo político de los usuarios de drogas: de la clandestinidad al congreso nacional (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Corbelle, F. (2021). Políticas públicas y abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: las experiencias del DIAT Juana Azurduy y el DTC Barrio Ceibo, Provincia de Buenos Aires. En “Alternativas de

cuidado a usuarios de drogas na América Latina: desafíos e possibilidades de ação pública”. Brasília: IPEA; CEPAL.

Corda, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014). Personas que usan estupefacientes en Argentina. De delincuentes enfermos a sujetos de derecho. Intercambios Asociación Civil.

Cunial, S. (2014). El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, Año 4, N°8.

Garbi, S. L. (2012). La administración de la palabra en las Comunidades Terapéuticas. En: Epele, M. (Comp.). *Padecer, cuidar, tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.

Garbi, S. L. (2020). Rescatados, encerrados, tratados. Modos legos de tratar los consumos problemáticos de drogas. En: Del Monaco, R y Epele, M. E. (Comp.). *Tecnologías y técnicas en investigaciones socioantropológicas de la salud*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

Gramsci, A. (1984). *Cuadernos de la cárcel (Tomo 3)*. México DF: Editorial ERA.

Manzano, V. (2014). «Y, ahora, entre gente de clase media como uno...». *Culturas juveniles, drogas y política en la Argentina, 1960-1980. Historia y problemas del siglo XX*, Año 5, Vol. 5.

Martínez Oró, D. y Pallarés Gómez, J. (2013). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Madrid: Editorial Milenio.

SEDRONAR (2019). *Manual de abordaje integral territorial*. Buenos Aires.

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.



Locura y colonialidad: ontología del encierro. A propósito del trabajo post doctoral de Daniel Fränkel, publicado recientemente por Biblios

Valeria Pujol Buch

Comunicadora Social (UBA). Coordinadora de la Diplomatura en Comunicación Popular y Fortalecimiento Comunitario (UNLa – MDS Nación). Colabora con el Programa de Salud, Subjetividad y Trabajo (DESACO – UNLa)

valeriapujolbuch@gmail.com

¿Qué hace que resistamos en la cruda desigualdad y permanezcamos sumisos? ¿Por qué algunos sujetos se salvan de la pobreza y otros no?

Esta obra de Daniel Fränkel aborda la problemática de las desigualdades, desde el análisis de las subjetividades y los individuos. Con un marco de autores del tenor de Giorgio Agamben; Michel Foucault y Hanna Arendt, entre otros, Fränkel trata de comprender por qué vivimos en una sociedad del encierro. Por qué permanecemos un enclaustramiento simbólico, que está absolutamente naturalizado, y al que él denomina “colonialidad del encierro”.

Esta preocupación, tiene huellas en sus escritos anteriores (Fränkel, 2009; 2015), donde ya había indagado las configuraciones y los mecanismos de un poder amenazante de las formas de sociabilidad política en Occidente, desde la modernidad hasta nuestros tiempos, a partir de la Eugenesia social como discurso organizador del poder gubernamental.

En la actualidad para Fränkel, si bien valoramos y deseamos la libertad, esta noción trastoca sus términos en el capitalismo y en el neoliberalismo global. Por ello, en su nombre, se justifica la desigualdad con un sentido de reproducción al interior nuestro, desde subjetivo individual, y en nuestra subjetividad a nivel colectivo. Esto produce un ahogo de las subjetividades contemporáneas, y una certeza que nos invita a creer que somos

libres cuando en realidad no lo somos. Por ello, para el autor, es importante conocer las formas de la colonialidad y su significación ontológica. A partir de estos últimos términos, es posible, desde un enfoque biopolítico crítico, dar cuenta de cómo el poder interviene permanentemente e históricamente en las conciencias de los oprimidos, con el fin de asegurar su sometimiento voluntario. Porque los criterios de selección, control y producción de subjetividades propios de la colonialidad de nuestros tiempos tiene como foco a las multitudes.

En esta línea, Fränkel desarrolla el concepto Agambeniano de “nuda vida” (2004) y lo re-conceptualiza con el de “nuda subjetividad”. Con esta categoría el autor desarrolla el modo con el cual se moldean las subjetividades desde el poder, se condicionan los deseos, y las voluntades. Ya no se trata sólo de la nuda vida, del cuerpo expuesto y sacrificable, sino de la producción de subjetividades arrasadas, despojadas de deseo, movidas por el terror a un enemigo invisible. Un enemigo que se escatima y se esconde en nuestro interior, frente al que no cabe más que aislarse e inmunizarse. Aun cuando en ese proceso perdamos no sólo nuestra libertad, sino nuestra vida vivible. Mansamente aceptamos la muerte en vida y la sumisión.

En este libro, las paradojas se multiplican. Primero, nos encontramos con individuos que ansían la libertad, pero se someten sin resistencias a los poderes totalita-

rios. Luego, se produce la muerte en vida. Una muerte que ya no embiste, sino que empobrece la vida y crea zombies que se ofrendan en el altar del progreso. Los sujetos y los pueblos se convierten en objetos de experimentación bioética y biopolítica de un poder omnipotente que nos condena en nombre de la salvación. A esto, el Dr. Fränkel lo considera un absurdo, ya que acarrea una inclusión social que paradójicamente tiene por precio la completa exclusión de la vida digna. Porque para el autor, para estar incluidos es necesario dejar de lado ideales libertarios para acomodarnos en un rincón de la pirámide de dominio y de control. Es decir, formar parte del sistema, aunque sea en el límite.

A su vez, para Fränkel, la pandemia por Covid 19 evidenció el estado de desamparo colectivo ya presente. No instaló, como se pensaba en marzo de 2020, una sociedad de amor, de cooperación y solidaridad, sino que por el contrario, afianzó el egoísmo, el repliegue, la desconfianza. Actualizó esta cuestión y la colocó en la agenda dejando al desnudo la precariedad, la provisionalidad, la crueldad del sometimiento. También, la insoportable vida en el encierro. Las ansias por salir, comunicarse, romper con el encierro, aplacaron y volvieron a ocultar el estado de sometimiento. Y se instaló un “como si” nada hubiera sucedido.

Asimismo, este contexto pandémico vino para reinstalar y ajustar los dispositivos de control. Un dispo-

sitivo que demostró su utilidad y versatilidad a través de mensajes cambiantes, contradictorios, confusos por momentos, con la alternancia entre dispositivos de seguridad de apertura y cierre. Sus efectos lograron neutralizar y disciplinar a las poblaciones. Ello refuerza la narrativa oficial que construye la imagen de la guerra, de un enemigo invisible en cuanto al virus, que también se extiende a un mundo más individualizado, más replegado, aislado, y menos dispuesto para interactuar. Es esta etapa, asistimos a la renovación cruel del mundo líquido (Bauman, 2003).

Acerca del libro, recogimos en una de sus presentaciones los testimonios de la Dra. Silvia Rivera, docente investigadora de la Universidad Nacional de Lanús, quién aseguró:

El desafío que nos deja Daniel Fränkel con esta publicación es muy grande porque, además de seguir indagando en estos mecanismos, ahora ya francamente instalados en la pandemia, también nos invita a agudizar la percepción de posibles mecanismos disruptivos que potencien la resistencia activa, como así también el potencial transformador.

Y también de Ana María Talak, del Laboratorio de Historia de la Psicología de la Universidad Nacional de

La Plata, quién a su vez escribió el prólogo de la publicación:

Este libro puede ser leído desde diferentes perspectivas. ¿Cuáles son sus temas? Fundamentalmente una historia de nuestras subjetividades. Tematiza cuestiones macro, culturales y políticas que nos afectan de tal manera que nos las llegamos a ver como históricas, como contingentes y modificables. Esas subjetividades que somos, incluyen valoraciones, formas de ser, identidades, prácticas, acciones consideradas legítimas o ilegítimas, inclusiones y exclusiones forzadas a las que muchas veces nos acostumbramos. Por lo tanto, me interesa ver cómo las ideas ensayísticas desarrolladas en el libro, aportan a entender estas cuestiones macro estructurales que están incidiendo en el desarrollo histórico de nuestras subjetividades.

Afirmó la especialista en historia y epistemología de la psicología.

¿Es posible salir de la encerrona? ¿O nos quedaremos eternamente atrapados en el laberinto borgiano? ¿Nos dejaremos morir en vida en un atolladero que parece no tener puertas?

El autor considera posible la resistencia y la rebelión, aunque también advierte que es muy fuerte el deseo subjetivo de sentirse amparado por el poder. Esta ambivalencia es dura, y Fränkel la pone sobre el tapete a modo de provocación. Así el libro proyecta una estela que debemos crear y recorrer con el imperativo de salir de la comodidad del encierro, la necesidad de armar el rompecabezas de la historia escamoteada, la urgencia de demoler esa verdad unidimensional que opera como falacia. Y para cerrar, mejor en la voz del autor, “Tal vez la construcción de un nuevo discurso, una nueva semántica, abra las puertas para disputar las narrativas que construye el poder” (Fränkel: 2021; pp. 164).

Bibliografía

Agamben, G. (2004). Estado de excepción-Homo sacer, II, I. Traducción, introducción y entrevista por Flavia Costa, Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora.

Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Fränkel, D. (2009). *Medicalización de la vida: salud pública y eugenesia social*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Colección Salud Comunitaria, Serie Enfermería.

Fränkel, D. (2015). *Eugenesia social: configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida*. Buenos Aires: El Ágora.

Fränkel, D. (2021): *Locura y colonialidad: ontología crítica del encierro*. Buenos Aires: Editorial Biblos.



Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental de Leandro Luciani Conde, publicado por Editorial FEDUN

Daniel Fränkel

Sociólogo, Magister en Administración y Políticas Públicas (UDESA), Doctor en Ciencias Sociales (UBA), Postdoctor en Ciencias Sociales (UBA), Profesor Consulto (UNLAM), Docente-investigador (UNLA, UNDEC), Editor Revista Salud Mental y Comunidad (UNLA).

dfrankel200@gmail.com

La aventura colonial de estos tiempos lleva el ritmo del control y vigilancia; una lógica maquinica, tecnocrática, que cada vez más convierte al mundo y al trabajo vivo en una utopía. Un mundo gobernado por el saber y poder tecnológico sin cuerpos y sin sujetos hegemónicos por el mercado y por las reglas financieras.

Se trata de un mundo en el cual se van dinamizando consensos asociados a las cambiantes estructuras del poder de estos tiempos. En este marco inquieta el renovado escenario hegemónico signado por las desigualdades materiales y simbólicas.

Históricamente los consensos materiales aseguran también su lugar en el campo del conocimiento. La utópica idea del derrame material se acompaña por la difusión en el campo del conocimiento de modo que de este modo se reafirme la hegemonía del norte por sobre el sur. Un horizonte en el que confrontan y resisten epistemologías.

Ante esta situación el autor introduce una visión esperanzadora trayendo a la discusión relevantes aportes sobre los cuales interviene el pensamiento decolonial latinoamericano. La supremacía hegemónica de formatos únicos en el pensar y actuar contrapone propuestas transformadoras que en América poseen la potencia de la decolonialidad.

Así la mirada decolonial se enmarca en un mundo pluriversal -de pensamientos, culturas, historias vistos

desde una perspectiva intercultural-. Precisamente la búsqueda de un diálogo y formación interdisciplinaria promueve el encuentro, neutraliza las dificultades por quedar atrapados en unívocas lógicas hegemónicas. Acompaña esta iniciativa la de enaltecer la vida, progresar en la idea del buen vivir y el goce por garantizar múltiples derechos.

Los antecedentes en América son movimientos contra hegemónicos. En el campo de la salud colectiva latinoamericana, se caracterizan movimientos progresistas sobre la salud mental y que fueron construyendo bases cada vez más críticas a los saberes instalados. El autor destaca aquí las figuras de Juan Cesar García, Nila Heredia, Sonia Fleury, Asa Cristina Laurell, María Urbaneja, Mario Rovere, Almeida Filho, Silva Paim, Edmundo Granda, Jaime Breilh, Alicia Stolkiner, Emiliano Galende, entre tantos. Es un listado amplio de autores y autoras que han desarrollado y continúan desarrollando aportes variados, amplios y heterogéneos de la discusión. Ahonda en la cuestión mediante la implicancia decolonial de epistemologías mestizas como la *chíxi* que recupera la noción aymara, algo que es y no es a la vez que implica la lógica del tercero incluido y que examina la simultaneidad de múltiples existencias y diferencias complementarias.

La polémica en el campo de las competencias y formaciones profesionales en Salud Mental

El carácter político de la ciencia moderna en tanto fuente del poder capitalista y del orden colonial subraya el papel que las ciencias modernas han ocupado en la construcción de la razón occidentalista; definen el proyecto de dominación cultural al servicio de la configuración de la univisión colonial moderno capitalista patriarcal que aún insiste en la matriz formativa tradicional de las carreras del campo de la salud y de la salud mental.

En su especificidad el libro introduce la *matriz decolonial de la salud mental* para el abordaje de un objeto definido como de estudio – *intervención* – transformación, consistente en una triple perspectiva de análisis conformada por el plano ontológico, epistemológico y praxiológico.

Desde este enfoque se interroga acerca del carácter científico de la salud mental, argumentando sobre sus huellas positivas y la inclusión de epistemologías complejas y alternativas, incluyendo aquellas denominadas del sur.

El pensamiento latinoamericano en salud mental se nutre de una **matriz formativa tradicional** en tanto paradigmas científicos eurocéntricos y posteriormente estadounidense. Los espacios académicos también ilustran la paradoja entre una formación patriarcal,

hegemonizada por la cultura colonial. Como parte de esta matriz también en las praxis asistimos a dualismos asimétricos entre profesionales y usuario; participamos de la reproducción de matrices formativas tradicionales que conservan sus pretensiones hegemónicas. En cuanto al encierro manicomial constituye una forma de colonización; como tal reproduce el proyecto político que asegura el apartamiento, el aislamiento, el estigma del diferente.

De este modo el proyecto psi hegemónico incluye el mandato manicomial; reproduce el uso inadecuado de medidas terapéuticas abusivas en tanto internación, medicación sujeción mecánica, prolongación *sine die* de las condiciones de alta clínica, suprime las diferencias en prácticas restrictivas de privación de la identidad, sostiene el aislamiento

En cambio, la **matriz formativa decolonial** de la salud mental implica la formación pluriversal en tanto intensificación de los espacios personales, familiares, comunitarios y sociales, que den cuenta del buen vivir y garantía de derechos. Para ello se supone el desmontaje de las estructuras de poder que se resisten a la inclusión y por lo tanto confronta con las tecnologías de no existencia. Supone también deconstruir la matriz formativa tradicional, sus relaciones de poder persistentes en prácticas y subjetividades profesionales. En la mirada decolonial de la salud mental deconstruir la razón he-

gemónica es una alternativa emancipadora. Es un horizonte que pone en relación a múltiples mundos y vidas sociales y culturales; que discute la defensa del multiculturalismo, cuando ella no es más que una postura encubridora de una renovada colonización en espacios de formación y prácticas de las elites intelectuales.

Estas propuestas incluyen procesos pedagógicos de reflexión –acción que eviten lógicas de subordinación acaso de interdependencia–. Es más, una matriz decolonial invita a la formulación de preguntas tendientes a romper la secuencia reproductivista tradicional. Una propuesta renovadora invita a pensar en la direccionalidad del saber técnico en cuanto a una praxis reformadora que esté en consonancia con garantizar la defensa de derechos de las personas. Es aprendizaje basado en la problematización a través de propias prácticas reflexivas en términos de creación de competencias situadas y contextualizadas; competencias vinculadas a objetivos y a los derechos.

El derecho a la salud mental, el buen vivir

¿Porque resulta tan difícil la sustentabilidad de la vida, del buen vivir, de la buena vida en la cual se apronten por la vigencia de una ley de derechos y especialmente en salud mental? Tal vez la respuesta esté en desmontar el pensamiento colonial que invita pensar en un mundo en el cual se recuperen la solidaridad, la

diversidad; un proyecto civilizatorio que no guarde intermediación entre barreras económicas, geográficas o culturales.

Los fundamentos decoloniales crean una lógica que promueve cosmovisiones originarias, el buen vivir como horizonte trascendental. Se abre así la posibilidad de deconstruir los principios modernos por la constitución de caminos alternativos: se revela una posibilidad de trascendencia integral, alejada de toda concepción discriminatoria. En esta dirección se fundamenta el planteo crítico sobre los derechos humanos que invita pensar en un mundo plural sin barreras y alejado de la fragmentación.

Así el enfoque de los derechos planteado desde un enfoque decolonial, constituye una práctica pluriversal emancipatoria. La emergencia de un sujeto individual o colectivo de la salud mental abierto a novedosas formas de existencia entre lo que existe, lo que no existe, pero posible por venir, abre las puertas a las praxis contra hegemónicas en tanto capacidades de transformación de la realidad en términos de la interpretación andina del buen vivir (*sumak kawsay*) o del vivir bien (*suma qamaña*) Concepciones en las que prevalecen el apego y la integración del colectivo y familiar por sobre lo individual. La búsqueda de acciones colectivas, el predominio del interés común y del apego a la satisfacción de necesidades sociales.



Obra: Con fuerza y con ternura. Obra digital 2022.

Autora: Marcela Motta.

www.marcelamotta.com

Ig: @marcelamottaarte

Fb: Marcela Motta-Arte

El Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús agradece a Marcela Motta , por autorizar la publicación de la obra que acompaña esta edición.

Diseño de publicación

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

Director Claudio Loiseau

Coordinadora Andrea Michel

Equipo Iñaki Bolón García | Fátima Murphy Pupparo | Luciana Schiavi

Edición de este número - Germán Falke

Correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar