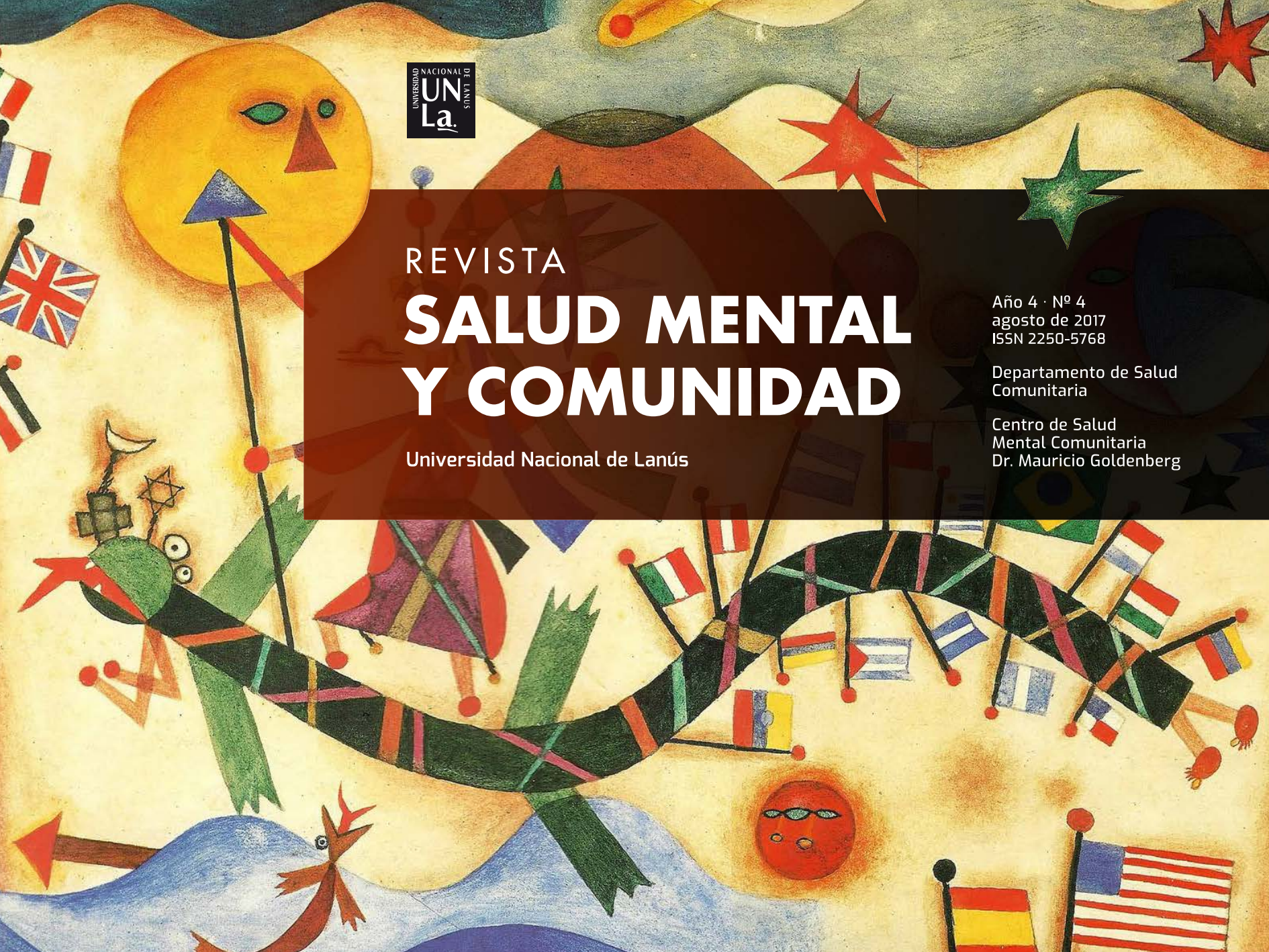


REVISTA
SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 4 · Nº 4
agosto de 2017
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud Comunitaria

Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Año 4 · Nº 4
agosto de 2017
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud Comunitaria

Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Mauricio Goldenberg

Director
Emiliano Galende

Directora Asociada
María Marcela Bottinelli

Editor Asociado
Daniel Frankel

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.

EDUNLA COOPERATIVA

© 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 Lanús

Rectora
Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector
Dr. Nerio Neirotti

Director del Departamento
de Salud Comunitaria
Lic. Ramón Álvarez

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.

Directora Asociada
María Marcela Bottinelli
Directora de Gestión y Evaluación Académica. Universidad Nacional de Lanús.

Editor Asociado
Daniel Frankel
Docente de grado y posgrado.
Universidad Nacional de Lanús.

Comité Editorial
Alejandra Barcala
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.
Leandro Luciani Conde
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.
Alejandro Wilner
Universidad Nacional de Lanús.
Cecilia Ros
Universidad Nacional de Lanús.
Sergio Remesar
Universidad Nacional de Lanús.
Ramón Álvarez
Universidad Nacionald de Lanús.
Mariela Nabergoi
Universidad Nacional de Lanús.
M. Cecilia López Santi
Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn.
Mariano Laufer
Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa. Universidad de Buenos Aires.
Silvia Faraone
Universidad de Buenos Aires.
Graciela Giangiacomo
Universidad de Lanús.
M. Pía Pawlowicz
Universidad de Buenos Aires.

Comité Científico
Victor Aparicio Basauri
Organización Panamericana de la Salud /OMS.
Cecilia Ausgburger
Instituto Lazarte. Universidad Nacional de Rosario.
Valentín Barenblit
Centre IPSI, Barcelona, España.
Rubén Efrón
Universidad Nacional de Lanús
Daniel Frankel
Universidad Nacional de Lanús.
María Graciela Iglesias
Universidad Nacional de Mar del Plata.
Gregorio Kaminsky
Universidad Nacional de Lanús.
Alfredo Kraut
Corte Suprema de Justicia de la Nación.
Susana Murillo
Universidad de Buenos Aires.
Benjamin Vicente Parada
Universidad de Concepción, Chile.
Sandra Saldivia
Universidad de Concepción, Chile.
Alicia Stolkiner
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.
Francisco Torres González
Universidad de Granada, España.

Graciela Touzé
Universidad de Buenos Aires.
Miguel Xavier
Universidad Nova de Portugal.
Roxana Ynoub
Universidad de Buenos Aires.
Graciela Zaldúa
Universidad de Buenos Aires.
Débora Yanco
Universidad Nacional de Lanús.
M. Cristina Chardon
Universidad de Buenos Aires.
Mario Rovere
Universidad de La Matanza.
Pierangelo Di Vittorio
Università di Strasburgo e Lecce.
Hugo Cohen
Organización Panamericana de la Salud.
Ariadne Runte
Universidad de Granada, España.

Secretaria
Sonia Olmedo
Universidad Nacional de Lanús.

Índice

8 EDITORIAL *Emiliano Galende*

ARTÍCULOS

17 **El campo del derecho de la infancia y el campo de la salud mental.**
Rubén Efrón

30 **La violencia en el contexto de educación: epistemología y ética.**
Silvia Rivera

40 **Evaluación del Estigma Internalizado en personas con padecimiento mental a través de la escala de autoestigma (ISMI).**
Natalia Osella, Ruth Fernández, Rubén Alvarado

60 **El encierro manicomial: metáfora de la política.**
Daniel Frankel

79 **Trayectorias de vida de jóvenes en conflicto con la ley. Experiencias de intervención desde una política pública comunitaria.**
Gustavo Makrucz,Nadia Sánchez, Rodolfo Núñez

DEBATES

95 **Métodos de organización del trabajo, racionalidad neoliberal y salud mental.**
Miriam Wlosko

RESEÑAS DE TESIS

100 **La UNLa como promotora de salud, en adolescentes en riesgo de vulnerabilidad Social. Un estudio desde la perspectiva de los participantes del Programa Permanente "la UNLa de los jóvenes".**
Carla Micele

106 **Trabajo interdisciplinario e intervenciones en Salud Mental.**
Sebastián Aquila

INFORMACIÓN

112 **Jornada de Salud Mental Comunitaria "Salud Mental en escenarios adversos".**

114 **Congreso "No hay Salud Mental sin Comunidad".**

Emiliano Galende

La construcción de una experiencia nueva para el tratamiento de los trastornos mentales centrada en el papel de la comunidad, ha marcado principios y objetivos claros y también un camino a recorrer. Somos conscientes que la marcha por ese camino tiene diferentes velocidades en cada país, especialmente en aquellos de la región de América Latina. Estamos en general en una etapa de transición entre lo nuevo del enfoque comunitario que trata de imponerse y lo viejo del asilo psiquiátrico que no termina de desaparecer. Estamos avanzando sin embargo en varios de los ejes que pueden llevarnos a este objetivo: contar con una red de servicios de atención y rehabilitación territorializados, es decir, en el primer nivel de atención; integrar equipos de atención con las disciplinas que reflejan la complejidad de las acciones terapéuticas; lograr la mayor participación de las familias y la comunidad en los procesos de atención y finalmente que los estados se comprometan con los recursos necesarios para hacer efectiva la atención de las necesidades sociales de los pacientes, sin los cuales no es posible avanzar en un tratamiento y recuperación de los enfermos. Sabemos que todo este programa está dirigido a dos poblaciones que tienen particularidades, la de los pacientes en proceso de desinstitucionalización y programas de externación de los hospitales psiquiátricos y la de los nuevos pacientes que ingresan a la atención y a quienes pretendemos tratar desde el comienzo de su padecimiento con estas nuevas reglas centradas en la comunidad. Pero antes de centrarnos en la fundamentación de la comunidad, debemos reflexionar sobre qué historia del campo psiquiátrico ha hecho necesaria la alternativa del enfoque comunitario. Es decir, que historia es la que debemos superar para afirmar una salud mental centrada en la comunidad. Esta historia tiene dos partes convergentes: la internación prolongada en hospitales psiquiátricos cerrados y los diversos tratamientos que allí se efectuaron. Superados los tratamientos de control mecánico y disciplinamiento que dominaron el Siglo XIX, en el siglo XX se impusieron las terapéuticas convulsivantes, con algunas diferencias y un mismo objetivo.

Con los comienzos del Siglo XX nació un gran mito: el de los tratamientos convulsivantes.

Julius Wagner Jauregg, psiquiatra austriaco, en los años de la primer guerra mundial, crea lo que llamó "malarioterapia", también conocida como "piretoterapia", un procedimiento para producir cuadros febriles intensos y convulsiones, inoculando al enfermo el germen de la malaria. La "convulsoterapia" ganó rápidamente prestigio entre los psiquiatras. Psiquiatra distinguido, que ejerció la cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Viena entre 1893 y 1928 (falleció en 1963), obtuvo el premio Nobel de Medicina en 1927. Naturalmente muchos de sus pacientes murieron a causa del paludismo. En los años treinta de ese siglo lo volveremos a encontrar, ahora como militante del partido nazi y propulsor del "Proyecto Eugenesia", movimiento activo en Alemania y parte de EE.UU, en el cual participaba. En este proyecto se trataba de lograr la pureza genética de la identidad alemana, por el cual miles de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos fueron asesinados, junto a otros tantos homosexuales y oligofrénicos.

En esos mismos años otro psiquiatra y neurólogo húngaro, Ladislas J. Meduna, quien estudiaba la glándula pineal, creía que la inducción de convulsiones en los esquizofrénicos aumentaba la concentración de células blancas en el cerebro (glías) y que eso aliviaba los síntomas de la enfermedad. Antes había experimentado un tratamiento para el trastorno obsesivo: "terapia de dióxido de carbono", el paciente debía aspirar una mezcla de 30% de este gas con un 70% de oxígeno. Pero fue un tratamiento muy cuestionado por riesgoso e ineficaz, y rápidamente abandonado, dejando tras de sí algunos muertos. Se impuso así nuevamente el método de las convulsiones. Para inducir estas convulsiones utilizó primero alcaloides, luego ensayo el alcanfor disuelto en aceite y de uso oral e intramuscular, pero dado los efectos tóxicos graves de estas sustancias, finalmente experimenta con el "metrazol" (conocido entre nosotros como cardiazol), una molécula que utilizaban los cardiólogos como estimulante miocárdico pero que a dosis mayores produce convulsiones. La ventaja de este medicamento, administrado por vía endovenosa, es que logra efectos convulsivos en pocos minutos. Meduna anunció este nuevo tratamiento como el más efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia. El Dr. Meduna, ante el avance del nazismo en Europa, emigró a EEUU en 1938 y en el año 1960 fue elegido por sus colegas Presidente de la "Sociedad de Psiquiatría Biológica". El shock cardiazolico no duró mucho tiempo, poco se supo de las consecuencias en los individuos tratados con este método. La única fundamentación del método era sus supuestos resultados.

En la misma época el Dr. Manfred Sakel, médico austriaco que conocía los efectos de la insulina en pacientes diabéticos, introduce esta sustancia aplicándola a pacientes internados en nosocomios psiquiátricos. El Dr. Sakel emigra a EEUU en 1936 instalándose en N. York para continuar la difusión de su método del "shocks insulinicos". Aun en Europa, en 1927, presentó su tratamiento, basado en experiencias realizadas con individuos adictos a drogas psicotrópicas y esquizofrénicos. El tratamiento consiste en la aplicación de insulina en dosis altas para producir un coma hipo glucémico que llega a provocar convulsiones en el paciente. Proponía 40 aplicaciones, a razón de dos o tres por semana. Fue cuestionado por las muertes sufridas y los riesgos, pero si bien no se siguió mucho tiempo la propuesta de los 40 comas hipo glucémicos, la insulina se continuó utilizando en estos pacientes. A partir de los años 40 del siglo pasado competía con el electroshock, que fue reemplazando progresivamente al método insulinico. Como en los otros métodos, se muestran resultados de difícil comprobación, nunca se fundamentó científicamente la acción supuestamente terapéutica.

Más curioso aun es la propuesta de la lobotomía pre frontal. Antonio Egas Moniz, psiquiatra y neurocirujano portugués, propuso la lobotomía pre frontal como tratamiento para aquellos pacientes violentos cuya agresividad fuera rebelde a otros tratamientos. Se trata de una cirugía que consiste en un corte de la sustancia blanca del lóbulo frontal a nivel de la sutura coronaria. El paciente queda "desconectado de todas sus pasiones", especialmente de la agresividad. El Dr. Moniz fue destacado en los estudios del sistema vascular con técnicas de contraste, que, modificadas, es aun la base de los estudios de angiografía y se lo puede considerar el fundador de la arteriografía. Fue Presidente de la Sociedad Española de Neurocirugía, y recibió el premio Nobel de medicina en 1949 por sus trabajos con el sistema vascular. Pero también era psiquiatra. En 1939, a sus 63 años, y ya comenzada la Segunda Guerra, un paciente desconforme con su tratamiento, le disparó ocho tiros con una pistola, que no lo mataron, pero quedo con una paraplejia definitiva. Como además sufría una gota grave que había deformado sus manos, dependía de su colaborador, el joven Dr. Pedro Almeida Lima, junto al cual, poco tiempo después del ataque de su paciente, propusieron la lobotomía pre frontal como tratamiento de pacientes esquizofrénicos. No es fácil separar ambos acontecimientos. Desde hace años varios grupos de familiares de pacientes lobotomizados se han organizado para reclamar le sea retirado el Premio Nobel. El Dr. Moniz falleció en 1955.

La llegada del electroshock

Ugo Cerletti y Lucio Bini no salieron del mito de la convulsoterapia, sólo modificaron el medio: en lugar de la fiebre de la malaria, el cardiazol o la insulina, se dedicaron a la electricidad para lograr el mismo objetivo. En mayo de 1938, ya cerca del estallido de la segunda Guerra Mundial, presentaron ante la Real Academia de Medicina de Roma su gran "descubrimiento": el electroshock como tratamiento de diversos cuadros psicopatológicos resistentes a otros tratamientos. Cerletti era un neurólogo italiano, nacido en Véneto, de joven conoció a Kraepelin, quién hasta los años veinte del siglo, era el referente mayor de la psiquiatría en Europa e impulsor del método que llamaba "anatomoclínico", es decir la pretensión médica de vincular los síntomas psicopatológicos con la estructura anatómica del cerebro. Ugo Cerletti estudio con él poco antes de su muerte. Fue después Director del Instituto de Neurología de Milán y en 1935 Presidente del Departamento de Salud Mental y enfermedades neurológicas de la Universidad de Roma. Fue en ese tiempo que "descubrió" el método del electroshock que lo hizo famoso. La idea de este método, tal como el mismo lo explicitó, le surgió en una visita a un matadero de cerdos, en el cual observó que los animales eran anestesiados con una aplicación de electricidad para mantenerlos quietos durante su matanza y faena (procedimiento que se generalizó en la mayor parte de los mataderos). Ensayó el método con perros y cerdos hasta lograr afinar el método para pasar a utilizarlo en humanos, como corresponde a la investigación médica. Vale recordar el contexto en que se produjo este "descubrimiento. En la Alemania de preguerra, y también en menor escala en EE.UU, se había creado un Programa de Eutanasia por el cual, además de la esterilización masiva y forzada de miles de mujeres judías, otros miles de pacientes alojados en hospitales psiquiátricos fueron asesinados a fin de impedir su reproducción. Italia no siguió estrictamente este programa durante el fascismo, pero los hospitales psiquiátricos estaban abarrotados de pacientes y tenían escasez de camas para una demanda creciente. El fascismo no asesinó pacientes psiquiátricos como sí hizo Alemania, pero sí sancionó leyes sociales con el mismo objetivo del programa de eutanasia para aplicarlo a pacientes psiquiátricos e intelectuales judíos, muchos de ellos psicoanalistas. Desde el ascenso del fascismo en 1935 Cerletti ya investigaba el uso de la electricidad sobre la conducta humana, cuestionando a Meduna que había seguido otro camino bajo el mismo objetivo, (cuestionándolo solamente por su alto costo, los riesgos para la vida del paciente y su ineficacia en resultados). Consta que Cerletti conoció a Meduna y le comunicó su investigación. En la presentación en Roma ante la

Real Academia fundó su método en que sus experimentos con perros y cerdos, de los cuales hacia luego de su muerte la necropsia, no tenían ninguna lesión cerebral, lo cual hacia extensivo a los humanos. Esta fue la única fundamentación del tratamiento. La aplicación del electroshock produce una perdida prolongada de la conciencia si el tratamiento se repite, como él proponía, dos o tres aplicaciones por semana y durante al menos un mes. Los costos eran bajos ya que solo se precisaba un aparato relativamente simple. Obviamente se aplicaba a pacientes previamente internados, no existía aun el electroshock ambulatorio. La confusión post shock y la amnesia resultaban transitorias. Los daños frecuentes suelen ser fracturas de clavícula, luxación del maxilar y, cuando existen condiciones previas, hemorragias cerebrales. Todo esto se mejoró a partir de la utilización de la anestesia y el curare para evitar la intensidad del momento tónico de la convulsión. Para el año 1945, finalizada la guerra, este tratamiento se difundió por todo el mundo occidental. Antes, durante la guerra, se atribuye a Cerletti el logro de que las tropas italianas que luchaban en los Alpes llevaran un uniforme blanco para enceguecer a los enemigos, también ideo misiles pequeños de acción retardada para la artillería para ser disparados con fusiles o ser utilizados como minas terrestres. Su colaboración con el fascismo es conocida, su valor ante el enemigo también, vale pensar qué relación tuvo con el invento del electroshock. La única fundamentación de estas prácticas, consideradas terapéuticas, fue la de los resultados prácticos y la negación de sus faltas éticas, difíciles de demostrar los primeros y difíciles de negar las segundas. Observemos que todos estos métodos llamados terapéuticos se sitúan en tiempos de la primera guerra mundial y la segunda, entre ambas existió el nazismo como protagonista de la mayor empresa de eliminación de las diferencias de raza, pero también de otras diferencias que según su doctrina se apartaban lo de "lo normal". La psiquiatría no fue ajena a esta lucha por una imaginada normalidad de la vida psíquica.

Debemos reconocer que ambas medidas, la internación cerrada y prolongada y estos tratamientos, no se mostraron aptos para la recuperación ni la rehabilitación de las personas que los sufrieron. Los reingresos hospitalarios y la cronificación se hacen evidentes en la situación de casi todos los hospitales psiquiátricos y colonias de rehabilitación que aún existen en los diferentes países de la Región. La calificación de mito a estas terapias convulsivantes puede extenderse a muchas de las prácticas realizadas en los hospitales psiquiátricos. Debemos entonces partir de que la alternativa de una salud mental comunitaria surge de un triple fracaso de la psiquiatría asilar: el de la ineficacia para restablecer la

salud, el de sostener ante este fracaso una lógica de cronificación, la de avalar graves faltas éticas a la función de respetar la dignidad, proteger y ayudar al ejercicio de derechos humanos de las personas internadas.

¿Cuáles son entonces los fundamentos racionales para sostener los principios y objetivos de una salud mental comunitaria?

1. En primer lugar asegurar un nuevo orden jurídico en relación a los enfermos mentales, esto es, un cambio radical de la relación del Estado con los pacientes que consiste en abandonar la tutela y restricción de derechos para afirmar al sufriente mental como un sujeto de derechos plenos protegidos por el Estado y obligado a proporcionar ayuda legal para su cumplimiento. Como lo ha sostenido la OMS, es necesario abolir los tratos represivos y degradantes de la dignidad de las personas bajo atención psiquiátrica y regular por ley tanto las internaciones como los tratamientos prescriptos por los profesionales. No es posible avanzar en las estrategias comunitarias sin antes asegurar este cambio, estas necesitan afirmarse en un sujeto con derechos y dignidad reconocido y protegido. Conocemos las disposiciones de los organismos de DDHH internacionales y de muchos países que han avanzado en esta nueva perspectiva.

2. En segundo lugar, se trata de entender que la mayor parte de los trastornos mentales severos afectan, dañan, la capacidad de la persona para participar en la vida en común, lo que llamamos lazo social. Este giro se fundamenta en entender que, si ese es el daño principal que produce la enfermedad, la recuperación de esta capacidad para integrarse a la vida social, pasa a ser el eje del tratamiento y por lo tanto solo la permanencia en la comunidad y su participación en esta puede hacer posible esta recuperación. Para este objetivo debemos comprender en que consiste el enfoque psicosocial del trastorno. Las relaciones entre la comprensión psicopatológica del sufrimiento mental y el contexto social ha dado lugar a numerosas publicaciones, que en general han mantenido la diferencia entre el componente psíquico individual y el componente de la vida social y cultural del mismo individuo. Esto es entender lo psicopatológico como el "texto" de la enfermedad y lo socio cultural como el "contexto" que acompaña al sufrimiento. Sin duda esta diferenciación proviene de una comprensión médica positivista que entiende una autonomía "objetiva" de los mecanismos biológicos o psíquicos, y un acompañamiento de las condiciones sociales de existencia del individuo enfermo. Esto se refleja en una causalidad lineal, "causas psíquicas" y "causas sociales", que ignoran

la complejidad de la determinación del trastorno. Se disocia así lo que se presenta a la experiencia de todos como una unidad inseparable. El texto del sufrimiento mental es indisociable de la situación social y cultural de quien lo padece. Esta posición psiquiátrica positivista no solo ha afectado a la comprensión del sufrimiento mental, mantiene un falso debate entre lo biológico y lo social, reflejado en las diferentes nosografías, sino que determina también en los cuidados de salud mental que se brindan una disociación entre el tratamiento del trastorno, orientado por los síntomas psicopatológicos, y los cuidados psicosociales, por lo general limitados al apoyo social. Debemos asumir que lo social y lo mental no son totalmente discernibles ni separables en la vida real de las personas. Ahora bien, ¿cómo abordar de un modo integral los aspectos psicopatológicos y los aspectos sociales integrados en el sufrimiento mental? Esto implica tanto la comprensión diagnostica como el enfoque terapéutico, ya que, como es obvio, la manera de comprender y explicar un trastorno decide luego el modo de actuar sobre él, esto es, la estrategia del tratamiento. Si el "texto" del sufrimiento mental integra estos aspectos de la vida del individuo, la separación entre tratamiento psiquiátrico o psicológico y apoyos o cuidados psicosociales altera la racionalidad de las estrategias terapéuticas y seguramente altera también el resultado de las mismas. Racionalmente actuar sobre los síntomas psicopatológicos puede resultar calmar su expresión en la vida del individuo, pero "curar" un trastorno obliga a la comprensión de la totalidad de la vida en que se inscribe el sufrimiento, esto es ayudar al individuo a transformar la situación compleja, social y cultural, en la cual se ha producido su trastorno psíquico. Esto estaba ya expresado en el documento publicado por O.P.S. en 1997, respecto a la situación de los países de América Latina y el Caribe, que dice: "En efecto, las abrumadoras cargas sociales y psicológicas a que son expuestas las personas; producto de los procesos de modernización, de superpoblación de los centros urbanos, de precarización de las condiciones de trabajo, de pobreza creciente y fragmentación social; hacían prever a nivel mundial, la existencia de 88 millones de personas con trastornos mentales o emocionales para el año 2000, y para el 2010, 2 millones de personas afectadas por esquizofrenia y 17 millones por depresión.

3. Esta perspectiva requiere que el campo de salud Mental no sea exclusivamente médico sino social, y obliga a estrategias conjuntas de Salud, vivienda, trabajo y apoyo social. Esto debe reflejarse en una prestación de cuidados de salud mental integrados a la red de servicios de atención primaria, vinculados a

los distintos dispositivos de rehabilitación. Sabemos que es tema de debate y ha diferenciado dos caminos diferentes, uno el de integrar todos los cuidados de salud mental a la red de servicios de salud, otro es el de crear Centros Comunitarios de Salud Mental constituyendo una red especifica. En ambas perspectivas debe estar presente la articulación de los recursos sociales junto a los de salud mental. El abordaje intersectorial es una clave necesaria para sostener el enfoque comunitario. La pobreza extrema y la desigualdad social constituyen los mayores obstáculos en los países de A. Latina al tratamiento racional comunitario, a la vez que, sin tener en cuanta esta situación social, no podremos comprender la incidencia de los trastornos mentales severos y su crecimiento.

4. Por último, se trata de integrar a la misma red de servicios de salud mental dos poblaciones de pacientes que presentan necesidades específicas, pacientes que provienen de los programas de desinstitucionalización, con diversidad de grados de discapacidad, y los nuevos pacientes que no han pasado por la internación o sólo han estado en internaciones breves durante una crisis. Creo que la experiencia nos ha demostrado que cuando la red de servicios comunitarios no cuenta con los recursos sociales necesarios para sostener al paciente en su familia y comunidad, existe el riesgo de que el mismo retorne al ingreso hospitalario, sobre todo, como es la realidad en A. Latina, si aún existen en la mayor parte de nuestros países los hospitales psiquiátricos con su funcionamiento habitual.

Quiero agregar una observación. La práctica de la psiquiatría no puede apoyarse en la exigencia de Claude Bernard de una medicina basada en la evidencia, que consiste en demostrar la causa cierta del trastorno, necesaria y suficiente para explicarlo. No contamos con esas certezas y evidencias causales, solo observamos y nos guiamos por la presencia de múltiples factores, biológicos, psíquicos, sociales y culturales presentes en el proceso patológico. Es frecuente que la presencia del delirio sea considerada como una condición para mantener al paciente internado. Creo que frente al estallido de las diferentes formas de psicosis, con la desorganización total de la personalidad, la identidad y el funcionamiento del lenguaje, la aparición de un delirio es para el individuo el intento de reconstruir a través del lenguaje un sentido para su experiencia de la psicosis. Es frecuente que en el tiempo que permanecen estos delirios logran estabilizar algo de la vida del paciente, y son resistentes porque hacen de sostén a esa vida. El problema no consiste en el delirio en sí mismo, que no es reductible por la razón, sino la relación que

el sujeto mantiene con la experiencia de su delirio. La experiencia de los pacientes que han sido externados luego de pasar años en el hospital psiquiátrico, muestra que en muchos casos el delirio, que se mantiene, no impide que la persona pueda vivir en la comunidad. Las diagnosticadas parafrenias son un ejemplo frecuente, no todos los que la padecen terminan ingresados a un hospital psiquiátrico y se los puede encontrar con sus certezas y bizarrerias en algunos espacios sociales. Los psiquiatras hemos combatido el delirio durante los 200 años de existencia de nuestra disciplina, en mi opinión es tiempo de abandonar esa lucha, aceptar que el paciente que está recibiendo atención, cuidado y apoyo en un programa de atención comunitaria, puede mantener su delirio en la expectativa de que la reorganización de su vida le permitan retroceder en sus creencias y aflojar sus certezas.

En los últimos 200 años también la psiquiatría y la sociedad han vivido una experiencia del enfermo mental como un sujeto discapacitado para vivir en comunidad y peligroso por la creencia en su descontrol y agresividad. El desafío de esta construcción de una salud mental comunitaria es en este sentido enorme, se trata de fundar una nueva experiencia individual, social, profesional e institucional de la locura. Se trata de despejar prejuicios alimentados por años y demostrar que es posible integrar la locura a la vida en común, que no otra cosa es la comunidad. Convivimos con muchos individuos raros en sus creencias y certezas que con notable facilidad pasan al descontrol y la violencia contra sus imaginados enemigos. La experiencia que se trata de fundar es la de un individuo que expresa en sus síntomas la grave perturbación del conjunto de su vida, que necesita nuestra ayuda, cuidado y protección de su familia y comunidad. En definitiva de esto se trata, este es el fundamento racional mayor de una salud mental comunitaria, capaz de ayudar, cuidar y proteger, para que estas personas, con sus límites y rarezas, sigan perteneciendo a la sociedad y traten de estar integradas a su comunidad en el nivel y la forma que puedan. La integración social es el arma más poderosa de que disponemos para combatir la locura.

Emiliano Galende
Octubre 2016

Campo del derecho de la infancia y el campo de la Salud Mental

Childhood rights field and Mental Health field

Dr. Rubén Efron
Médico, Psiquiatra Infanto - Juvenil, Psicoanalista.
Universidad Nacional de Lanús.
Asamblea Permanente por los Derechos Humanos.

rubenefron @fibertel.com.ar

Resumen

Existe una convergencia entre el campo de la salud mental y el campo de los derechos de la infancia que requiere ser visibilizada porque de este modo se abren perspectivas nuevas tanto desde el punto de vista de la reflexión teórica como de la posibilidad de encontrar alternativas creativas en las prácticas. Ambos campos se han constituido por la aparición de paradigmas nuevos consecuencia de la caída de paradigmas anteriores que han demostrado su inconsistencia y fragilidad. Cae el paradigma dominante de la enfermedad mental que es superado por el paradigma de la salud mental y para los derechos de la infancia cae el paradigma del niño como objeto que es reemplazado por el paradigma niño como sujeto. Sin embargo estas transformaciones no son absolutas ni definitivas porque se establece una coexistencia tensa de los paradigmas. La posibilidad de que prevalezcan los paradigmas nuevos depende de muchos factores aunque tiene relevancia para el dominio de uno u otro paradigma el factor político.

La instalación de la interdisciplina como eje central en la constitución de los dos campos nuevos trae como consecuencia la resistencia de corporaciones que ven cuestionadas sus privilegios.

Palabras clave
Salud Mental - Derechos de la infancia - Convergencia - Interdisciplina.

Abstract
There is a convergence between the field of mental health and the field of children's rights that needs to become visible because thus perspectives allows new points of view of theoretical reflection and the possibility to find creative alternatives within the practices. Both fields have been established by the emergence of new paradigms that broke with previous paradigms that have demonstrated their inconsistency and fragility.

The dominant paradigm of *mental illness* falls and it's overcome by the paradigm of *mental health,* while in the field of children's rights falls the *child as an object* paradigm which is replaced by the *child as a subject* paradigm. However these changes are not absolute or definitive because a tense coexistence of both paradigms is established.

The possibility that a new paradigm remain depends on many factors but it ś relevant the political factor to the domain of one or another. An interdiciplinary dinamic is a key aspect in the development of the new fields that brings as a consequence a corporations resistance who see their privileges challenged.

Keywords
Mental health - Children's rights - Convergence - Interdisciplinary.

Introducción

Los objetivos de esta presentación son en primer término poner en evidencia y por lo tanto visibilizar el paralelismo y las intersecciones entre el campo del derecho de la infancia y el campo de la salud mental en lo referido a sus respectivas formas de constituirse como territorios con límites definidos. Luego, considerar los cuestionamientos previos que dieron lugar a la constitución de estos campos para devenir en la compleja configuración actual. Por último y una vez establecidos estos paralelismos proponer algunas conclusiones que se imbrican en los dos campos.

Los paradigmas

La característica central en el proceso de constitución y posterior entrada en crisis de estos dos campos es su modo de gestación y la posterior transformación de sus respectivos paradigmas.

T.S. Kuhn en su libro "La estructura de las revoluciones científicas" define paradigma como el conjunto de problemas y métodos de un campo que se ha constituido porque previamente este paradigma era incompleto, carecía de suficiente consistencia y dejaba muchos problemas irresueltos para la comunidad científica. Esta es la razón primordial por la cual la adquisición de un paradigma es un signo de madurez en el desarrollo de un campo de saber. Es decir aparece un paradigma nuevo cuando en el anterior surgen un tipo de dificultades a las que Khun llama anomalías, y estas llevan a una crisis, crisis que tiene el carácter y es definida como una revolución científica.Una teoría que se sostiene en un paradigma se declara inválida solo cuando se dispone de un candidato alternativo para que ocupe su lugar y de esta manera una comunidad adquiere con un paradigma un criterio para seleccionar problemas y establecidos estos, ensayar soluciones. Esta nueva configuración es el resultado del proceso al cual T. S. Khun llama revolución científica.

El campo de la Salud Mental

Desde un punto de vista histórico-cronológico no se puede establecer un momento preciso y puntual para considerar la Salud Mental como campo especifico, límites propios y un paradigma que lo represente. Es un campo que se va constituyendo con el correr del tiempo Sin embargo es después de la segunda guerra mundial que adquiere un perfil definido a pesar de algunas experiencias importantes, consistentes y significativos desde principios del siglo. El surgimiento del campo de la salud mental tiene como una de sus facetas

claves la reacción contra una concepción psiquiátrica biologista, individualista y deshistorizante que define las problemáticas humanas desinsertadas del medio social. De este modo la subjetividad desaparece como categoría humanizante al quedar encasillada y compartimentada en las grandes categorías diagnósticas. Por lo tanto la subjetividad definida desde una perspectiva actual como lo inherente a cada sujeto, como aquello que lo singulariza y lo hace diferente a todos los otros sujetos, queda desdibujada como dimensión humana y, por consiguiente, queda transformada en lo contrario, queda cosificada. A este modelo de abordaje de la subjetividad lo designamos modelo clasificatorio y como corolario es la patología mental, la enfermedad mental lo central y determinante de su campo. Siguiendo a Khun se puede afirmar que el paradigma del campo del saber psiquiátrico tiene su centro en la patología mental considerando como paradigma al conjunto de problemas y métodos pertenecientes a este campo. De este basamento devienen en forma natural las distintas formas de abordaje, que son esencialmente los instrumentos biológicos y el encierro. Antes del advenimiento de la actual inundación psicofarmacológica los métodos biológicos fundamentales eran el electroshock, el coma insulínico, el absceso de fijación (producción artificial de abscesos) y otros que no desarrollaremos en este momento. De cualquier modo el encierro manicomial ha sido tradicionalmente la herramienta principal del abordaje psiquiátrico: la segregación del loco. El encierro y el aislamiento son la llave de entrada al edificio psiquiátrico. Sería una banalidad ignorar que la psiquiatría ha tenido enormes transformaciones positivas en los últimos años; seguramente muchas de esas transformaciones son el producto de la influencia de los aportes de la Salud Mental. Sin embargo el edificio conceptual sigue firme.

Las anomalías de la concepción patologizante se hacen visibles producto de dos factores. En principio de su imposibilidad de dar respuesta a las nuevas problemáticas que se van presentando y en segundo término por el peso y de la influencia de algunas experiencias innovadoras en distintos lugares del mundo que en un comienzo son aisladas pero con el tiempo configuran los principales antecedentes históricos de la Salud Mental e incluso le otorgan algunas de sus bases conceptuales. Vamos a mencionar algunas de las experiencias más importantes. Las comunidades terapéuticas en Estados Unidos e Inglaterra, los aportes de la corriente "antipsiquiátrica" de Laing y Cooper también en Inglaterra pero con una gran influencia en muchos países incluso la Argentina, la llamada "política del sector" en Francia y tal vez la más profunda e inconclusa la reforma psiquiátrica italiana que se inicia en Gorizia, Turin y es

orientada por Franco Basaglia. Todos estos movimientos fueron cuestionadores profundos del modelo psiquiátrico y de su paradigma: la patología mental.

Haremos una brevísima referencia a los aspectos principales de cada uno de ellos.

Las comunidades terapéuticas que surgen en las primeras décadas del siglo pasado son el punto inicial del cuestionamiento a la estructura manicomial, particularmente a su estructura jerárquica y aislacionista. Proponen la democratización de las relaciones intrainstitucionales y en particular la creación de espacios terapéuticos grupales y no bipersonales con la incorporación de metodologías no medicalizantes como el teatro, la danza y otras opciones como contribución a lo terapéutico.

La corriente antipsiquiátrica ya en la década de los 60 radicaliza su crítica al punto de considerar los grandes y ya canonizados cuadros psiquiátricos como meras construcciones sociales cuya función es la exclusión, la deshumanización y el cercenamiento a la legitimidad de su palabra. Proponen incluso la anulación lisa y llana de ciertos diagnósticos como el de esquizofrenia. Si bien esta concepción contribuyó a la visibilización de una temática que se tendía a ocultar, su radicalidad velaba discontinuidades y matices que era necesario ponderar.

La "Política del sector" en Francia hace hincapié en la necesidad de la descentralización y de abordar las problemáticas con un criterio comunitario y donde el barrio cumple un papel central como elemento integrador no segregativo. Impugna la centralidad de lo manicomial. Es interesante señalar que la "Política del Sector" tuvo en el psiquiatra catalán Toscquelles uno de sus principales inspiradores. Hoy, algunas de sus ideas son fundamentales para una concepción de salud mental comunitaria.[1]

Sin embargo, es Basaglia quien desarrolla la experiencia más crítica y profunda porque ubica al paciente en una dimensión integral en su contexto sociopolítico y avanza hacia la concepción desinstitucionalizante. Acompañando las luchas democráticas de esos momentos en Italia se logra la sanción de la Ley de Salud Mental en 1978 con el número 180 que como hecho central prohibe la creación de nuevos manicomios. Al mismo tiempo se decide el cierre del manicomio de Gorizia, primer jalón desinstitucionalizador en el mundo.

Pero es en nuestro paìs donde se da una de las experiencias más innovadoras y profundas en el campo de la Salud Mental que ocurre durante la década del 60 y principios del 70. En el Servicio de Psicopatología del Policlìnico Lanús bajo la dirección del Dr. Mauricio Goldemberg se abre una experiencia que incorpora

toda la tradición histórica del campo de la Salud Mental pero con una perspectiva original y transformadora. y que deja una marca profunda en este campo. Solo mencionaremos, dentro de una gama muy significativa de distintos abordajes en todos los terrenos de la problemática psicológica la enorme importancia que tuvieron los abordajes comunitarios y la valorización de lo preventivo. Existieron también otras experiencias que se inscriben en el marco de la Salud Mental y todas ellas son el fundamento histórico de toda práctica y reflexión teórica actual.

Todas estas experiencias tienen diferentes desenlaces algunos de ellos positivos y otros que configuran verdaderos fracasos. Sin embargo todas ellas son el sedimento y el germen de la configuración del campo de la Salud Mental.

El psicoanálisis desde su misma constitución ha acompañado los desarrollos al principio embrionarios de la Salud Mental. En la actualidad ya constituido y consolidado el campo, el psicoanálisis es un andamiaje teórico práctico fundamental. Sus aportes son centrales en la perspectiva de su condición de teoría sobre la singularidad de los sujetos, pero singularidad no disociada de lo social sino determinada por lo social. Porque la subjetividad siempre se constituye en su relación con el otro, y este otro es en principio la estructura parental que es fundamentalmente expresión de lo social. Este acompañamiento del psicoanálisis no ha sido sin contradicciones pero aun así sus bases conceptuales tienen absoluta vigencia.

Es entonces que la Salud Mental aparece como candidato alternativo a las prácticas psiquiátricas hegemónicas que ya expresan severas anomalías y como resultado de ello se genera un nuevo paradigma: El sufrimiento mental. La concepción biologista, individualista deshistorizada queda reemplazada por una concepción donde la implicancia de lo social es prioritario y al lado de ello lo antimanicomial su estandarte esencial. El paradigma de la patología mental cae y toma su relevo el sufrimiento mental. Este reemplazo de paradigma genera un conjunto nuevo de problemas, preguntas y métodos. Primero: El sufrimiento mental no tiene propietarios. (Con el paradigma de la patología mental el propietario era el psiquiatra, por lo tanto queda redefinido el lugar del poder y de la hegemonía). Segundo: El sufrimiento mental y como consecuencia del punto anterior requiere un abordaje interdisciplinario, en particular con la inclusión de las ciencias sociales. Tercero Las herramientas incluyen como elemento central los abordajes comunitarios. Lo esencial no es ni el encierro ni los recursos farmacológicos. Por supuesto que esto no implica de ninguna manera el desconocimiento de

los enormes avances de la psicofarmacología sino su subordinación a la concepción comunitaria y social. La psicofarmacología sigue siendo una herramienta fundamental pero una más dentro de un abanico amplio y complejo de recursos que deben ser integrados

Se debe puntualizar que hay una pugna actual entre los dos paradigmas, el de la patología mental y el del sufrimiento mental, pugna en la cual intervienen diferentes factores, siendo el político tal vez el más significativo. Para el devenir de esta pugna habrá que ponderar todos estos factores partiendo de la base que la hegemonía patologizante ya ha sido cuestionada de manera definitiva.

El campo de los derechos de la Infancia y de la adolescencia

Al territorio que designamos como campo de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia se le puede adjudicar un momento inaugural en el año 1989 (tal vez es un momento mítico como planteamos en psicoanálisis porque en realidad mucho antes ya se planteaba y se luchaba por los derechos de los niños). Pero es un jalón y una referencia porque se aprueba la Convención Internacional por los Derechos del Niño por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1989. Es un momento de cristalización en base a la instalación y consagración de un instrumento normativo de validez internacional. Esta puntualidad cronológica es también el resultado de una prolongada historia en la lucha por los derechos de la infancia y la adolescencia. El pedagogo brasilero Antonio Carlos Gomes da Costa dijo "La gravedad de la situación de la niñez en Latinoamérica (nosotros lo podemos hacer extensivo a todo el mundo particularmente a los pobres del tercer mundo) acabó colaborando en la creación y desarrollo a lo largo de los años 80 de un movimiento social amplio y profundo alrededor de la defensa de los derechos". Se trata de un movimiento de características muy peculiares porque ha trascendido los movimientos populares tradicionales e incluyó otras capas de la población entre los que podemos incluir profesionales, intelectuales y otros que sensibilizados por la dramática situación de la infancia aportaron de diferentes formas para modificarla. Debemos mencionar los aportes de psicoanalistas, científicos sociales, pedagogos y juristas que desde sus respectivas disciplinas fueron aportando las bases teóricas y prácticas para una nueva manera de pensar la infancia. La necesidad de la configuración de un nuevo paradigma ha sido por consiguiente producto primero de la extrema gravedad de la situación de la infancia y la adolescencia en todo el mundo y segundo del cuestionamiento desde distintos ángulos a esa situación. Estos dos factores confluyen para poner en

evidencia, nuevamente siguiendo a Khun, la principal anomalía del paradigma anterior: el paradigma del niño como objeto que es reemplazado por el paradigma el niño como sujeto de derecho y nosotros agregamos sujeto de deseo. Este paradigma es el que fundamenta un campo doctrinario la Doctrina de la Protección Integral. La concepción del niño como objeto se expresaba en nuestro país a través de la Ley de Patronato que fundamenta otro campo doctrinario que se ha llamado Doctrina de la Situación Irregular. La consideración del niño como objeto tiene en su misma designación como menor la forma principal en la que se manifiesta. Lo que lo define es un atributo, la condición de menos, y no su misma condición es decir niña/o, o adolescente. Esta concepción se sostiene en dos categorías conceptuales que es conveniente subrayar. El "Abandono" y la "Disposición". El concepto de "Abandono", nunca mencionado en la Convención e insuficientemente cuestionado por el pensamiento crítico es tal vez el eslabón más retrógrado por su contenido intrínseco y porque atraviesa toda la estructura de la "Ley de Patronato". La idea de "abandono" profundiza la consideración del niño como objeto al cosificar no solo al niño sino al contexto. El niño es víctima y como lógica consecuencia la familia victimaria. Es decir es una categoría desubjetivante del lado del niño y culpabilizante y punitiva del lado de la familia. El concepto de "Disposición" por otro lado dice de la absoluta discrecionalidad del juez en sus determinaciones que deviene en una falta de discriminación entre las causas llamadas asistenciales y las penales, es decir reciben el mismo enfoque discrecional tanto un niño que cometió un delito como un niño en situación de desamparo. Pero al mismo tiempo coloca al niño en una situación de pasividad que en este caso está más bien cercana a su inexistencia. Es esta arbitrariedad discrecional un factor fundamental aunque no único que ha habilitado el encierro de los niños en los regímenes institucionales. No es ninguna exageración ubicar a los llamados Institutos en el mismo lugar que los manicomios. Insisto, sería una simplificación considerar a la atribución discrecional del juez como el único factor que condiciona el encierro. La segregación y el encierro responden a una lógica compleja con grandes paralelismos con la lógica manicomial que tiene que ver con el lugar de ciertos sujetos en la sociedad y la necesidad de excluirlos de la circulación social. La Convención Internacional por los Derechos del Niño, a través de la Doctrina de la Protección Integral implica una reformulación profunda de los anteriores contenidos del paradigma del niño como objeto. El niño es sujeto de derecho y de deseo y los dos fundamentos conceptuales básicos que desglosaremos de la Convención son ;el articulo 3 que abreviamos como del "Interés superior del Niño" y el artículo 12 "El Niño

debe ser escuchado en todo tramite administrativo y judicial". El "Interés superior del Niño" dice del compromiso de los Estados de asegurar al niño la protección y cuidados que sean necesarios para su bienestar, en todas las medidas concernientes al niño, teniendo en cuenta los derechos y deberes de los padres". Es el principio rector - guía de toda la Convención, y a pesar de las contradicciones que ha generado su aplicación, es uno de los pilares del marco ético que estructura toda la Convención. En cuanto al revulsivo articulo 12 "Los Estados partes garantizaran al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño". Es uno de los basamentos en el reconocimiento de la subjetividad del niño, en la consideración del niño como sujeto de deseo. Tal como se ha establecido en elaboraciones posteriores "escuchar a un niño" no es meramente el ejercicio pasivo de registrar sus vocalizaciones, implica un compromiso profundo con la palabra del niño y con su contexto.

El cuestionamiento al poder omnímodo y a la determinación para disponer discrecionalmente del juez es una de las consecuencias y conclusiones naturales que emergen del conjunto de la Convención. Acompañando este cuestionamiento, quedan jerarquizados los equipos interdisciplinarios y el papel preponderante que adquieren en estos los profesionales de las ciencias sociales. También toman un rol fundamental las intervenciones comunitarias. En suma queda redefinido el poder y la hegemonía, redefinición que deviene en forma natural en programas descentralizados, donde la comunidad tiene un papel central, es decir se redistribuyen las hegemonías.

Pero más aun quedan redefinidos los territorios de propietarios exclusivos, o dicho sin mediaciones, no hay más propietarios exclusivos, las propiedades deben ser compartidas.

Es necesario afirmar que el cuestionamiento del paradigma niño objeto y su reemplazo por el paradigma de niño como sujeto no implica la desaparición de aquel.

Coexisten ambos paradigmas y la preponderancia de uno u otro depende de una multiplicidad de factores dentro de los cuales el más significativo es el factor político. En el imaginario social y en las prácticas sociales y políticas aun en la actualidad hay una impregnación del paradigma superado. Es necesario tener muy presente este desfasaje entre la configuración de un nuevo campo con su correspondiente paradigma y la vigencia de practicas y hasta conceptualizaciones ligadas con el anterior paradigma.

Acerca de las intersecciones y paralelismos

Quedan por lo tanto establecidos intersecciones y paralelismos que no pueden considerarse meras casualidades. Tanto en el campo de la Salud Mental como en el campo del Derecho de la Infancia se han ido produciendo transformaciones muy similares con el cambio de sus respectivos paradigmas. En relación al abordaje y las herramientas se puede afirmar que ambos campos se organizan y estructuran con los mismos recursos :a) los abordajes comunitarios b) el enfoque interdisciplinario y c) instituciones abiertas y descentralizadas. Todo esto como resultado del cuestionamiento compartido a la institucionalización, en un caso a los manicomios, y en el otro a los institutos de menores.

En relación a los resultados se producen dos hechos fundamentales y coincidentes en ambos campos a) Los territorios dejan de tener propietarios exclusivos y b) Como consecuencia del punto anterior quedan redefinidos y cuestionados de aquellos que encarnaban los paradigmas el juez en el derecho de la infancia y el psiquiatra en la Salud Mental

Conclusiones

El objetivo de poner en evidencia y visibilizar estos paralelismos y estas intersecciones no es una mera especulación epistemológica o una muestra de hallazgos de casualidades, sino una contribución a la construcción de una reflexión teórica y una práctica compartida.

En el libro “El discurso jurídico” Enrique Marí aborda el derecho y por lo tanto la institución social a partir de sus objetos discursivos; es decir, que a partir de su específica materialidad significante, se desmontan diversos mecanismos por los cuales este discurso del poder y sobre el poder somete y estructura, regula y reprime. (Cfr Marí, 1982: 53-72). Hasta aquí la cita. Se puede usar en forma casi literal este fragmento del texto para aplicarlo al discurso psiquiátrico. Por supuesto nos estamos refiriendo a las formas hegemónicas y no a aquellas que las impugnan. Es precisamente desde esa mirada impugnadora que queremos contribuir a una reflexión teórica y una práctica compartida para contribuir al desmontaje de los mecanismos que sostienen el discurso del poder.

A partir de estas consideraciones establecemos las siguientes conclusiones.

1) El cuestionamiento al concepto de territorios de propiedad única y exclusiva producto de la transformación de los paradigmas trajo como consecuencia en ambos campos.

a) Una redefinición de los lugares de los actores (psiquiatra y juez) que encarnaban los paradigmas anteriores.

b) La jerarquización de los abordajes interdisciplinarios con una presencia significativa dentro de los mismos de las ciencias sociales.

c) La valorización de las intervenciones comunitarias.

d) La profundización de la reflexión teórica.

2) El centro del campo de la Salud Mental en la confrontación con el paradigma psiquiatrizante o dicho de otra manera el núcleo organizador del campo de la Salud Mental es la lucha antimanicomial, que en última instancia es la lucha por la dignidad humana. Esta lucha no implica solamente la eliminación de los muros manicomiales sino fundamentalmente de los muros conceptuales y de los prejuicios profundamente arraigados en el imaginario social que sostienen las prácticas segregativas y el encierro. Sin embargo la modernidad le ha planteado a la Salud Mental nuevos desafíos, la problemática de género, la problemática del trabajo fundamentalmente los temas ligados a la desocupación y las nuevas formas de organización del trabajo y en relación directa con nuestra temática todo el amplio campo de la niñez y de la adolescencia. Por consiguiente este campo con su nuevo paradigma se debe revitalizar y dar respuestas a los nuevos interrogantes para no dar lugar a anomalías tal como lo definiera Khun y en este sentido los abordajes que se hacen desde el campo de la Salud Mental deberían ser congruentes con aquellos ligados al campo del derecho de la niñez y de la adolescencia. Es imprescindible un flujo constante entre los dos campos tanto en las prácticas como en lo teórico.

3) El centro del campo de los Derechos de la infancia es la confrontación con el paradigma objetalizante, paradigma que tiene un apoyo fundamental en la ideología del encierro y de la institucionalización. Por consiguiente la consideración del niño como sujeto requiere profundizar la perspectiva desintitucionalizadora. Pero no se trata meramente de eliminar los institutos totales que segregan y mutilan subjetivamente a niños, niñas y adolescentes hiriendo en lo más hondo su dignidad. Tampoco se trata de generar pseudo medidas alternativas que solo reproducen el encierro. Se trata de la construcción de un programa radicalmente transformador. Este campo con su nuevo paradigma se debe vitalizar profundizando de manera particular el pensamiento crítico en el plano teórico. Los conceptos de "abandono y disposición", forman parte del cemento de esos muros conceptuales, que no

solo fueron el sustento de la Ley de Patronato sino que impregnan todo el imaginario social.

4) En definitiva el campo del derecho de la infancia y el campo de la Salud mental son indisociables y su integración potenciará las posibilidades de transformación.

5) La coexistencia de paradigmas antagónicos en la sociedad: salud mental-enfermedad mental por un lado y niño objeto-niño sujeto por el otro deviene en predominancias y hegemonías vinculadas con factores políticos y en última instancia con relaciones de poder. Esta circunstancia convoca a unir esfuerzos tanto teóricos como prácticos para derribar no solo los muros de piedra y cemento de los manicomios y los muros de piedra y cemento de los llamados institutos de menores sino en el mismo nivel de importancia para derribar también los edificios conceptuales perimidos y profundamente arraigados en el imaginario social.

Dominick LaCapra uno de los exponentes más lúcidos del pensamiento crítico contemporáneo dice en un libro muy reciente " Historia en tránsito" "Cualquier campo, incluyendo sus aspectos más artesanales, se empobrece si no es aireado por la reflexión crítica y el autocuestionamiento, que abarca a veces la internalización o el reconocimiento de la importancia de ciertas cuestiones provenientes de otros campos". (LaCapra, 2006: 344, Epílogo).

El campo de la Salud Mental y el campo del Derecho de la Infancia y la Adolescencia se deben nutrir y airear mutuamente sin perder sus especificidades. Las historias, las conquistas dignificantes, y los logros de los dos campos son valores que las enriquecen. El paso siguiente es la interpenetración y potenciación mutua para la elaboración teórica rigurosa.

Referencias bibliográficas

Basaglia, F. (1972). *La institución negada,* Barral, España.

Convención sobre los Derechos del niño (1991). UNICEF, Argentina.

Gomes Da Costa, A. C. (1998). *Pedagogía de la presencia* (PP). Losada. UNICEF.

Kuhn, T. S. (2011). *La estructura de las revoluciones científicas*, Fondo de Cultura Económica, D. F., México.

LaCapra, D. (2006). *Historia en tránsito.* Fondo de Cultura Económica, España.

Laing, R. D. (1980). *El cuestionamiento de la familia.* Paidós, Buenos Aires.

Ley Nacional Nº 26061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, Argentina.

Marí. E. (1982). *El discurso jurídico. Perspectiva psicoanalítica y otros abordajes epistemológicos*, Hachette, Buenos Aires, Argentina.

Notas

[1] Frances Tosquelles Llaurado, uno de los precursores de la psicoterapia institucional, participó activamente en la guerra civil española junto a los republicanos, donde organizó esquemas terapéuticos porque decía que "los psiquiatras le tienen miedo a los locos". Se refugió en Francia después de la guerra civil. Uno de sus dichos memorables "la diferencia entre un loco y una persona normal es que éste no saca fruto de su locura".

La violencia en el contexto de educación: epistemología y ética

Violence in the education context: Epistemology and Ethics.

Silvia Rivera
Profesora de Filosofía
Universidad Nacional de Lanús

silviarivera@ar.inter.net

Resumen

A partir de del reconocimiento de la ineludible convergencia entre epistemología y ética en el interior de las instituciones educativas -en especial de aquellas dedicadas a la educación superior- este trabajo se propone, en primer lugar, mostrar de qué modo la revisión del cientificismo o posición heredada, y aún hoy hegemónica en filosofía de la ciencia, es condición de posibilidad para una educación en valores reflexiva y crítica. En segundo lugar, se propone mostrar que el desarrollo de competencias críticas para la revisión axiológica del proceso de producción tecnocientífico, es tarea ineludible de las universidades comprometidas con la formación integral de profesionales y ciudadanos. En tercer lugar que la modalización de la violencia institucional que supone imponer un único modo de construir, validar y difundir conocimiento supone adquirir conciencia franca del rol que ocupamos en los dispositivos de reproducción del orden hegemónico. Revisar el contexto de enseñanza de la epistemología

desde una perspectiva ética nos permite reconocer que somos que por convicción dogmática, por simple conformismo o aún por indolencia reflexiva, somos partícipes necesarios de un mecanismo que afirma ciertos valores, al tiempo que posterga o niega otras axiologías posibles.

Palabras clave: Enseñanza de la epistemología - Valores - Universidad.

Abstract

Starting from the recognition of the essential convergence between epistemology and ethics in the educational institutions, this paper proposes, first, showing in what way the review of scientism –named "as received tradition" in philosophy of science- is a necessary condition for a education in values with critical notes. Secondly, this paper leads to explain why the development of competencies for evaluating techno-scientific innovations is an unavoidable task of universities committed to the teaching of professionals and citizens with social responsability. From here, we inferred that to manage institutional violence of imposing a single way to build, validate and disseminate knowledge, always involves acquiring awareness of the role we occupy in the reproduction of order in each case hegemonic. The imperative of reviewing the context of the teaching of epistemology from an ethical point of view allows us to recognize that we participate in mechanism that affirms certain values, while denying other possible axiologies.

Keywords

Teaching Epistemology - Values - University.

"Y la más noble manifestación cultural del hambre es la violencia".

Glauber Rocha
"Declaración de principios del c*inema novo*", 1965.

Estas palabras del cineasta brasilero Glauber Rocha nos sacuden e interpelan hoy en nuestro presente, a pesar de haber sido escritas hace más de cinco décadas, en 1965, en el marco de un Manifiesto que sería luego discutido en la retrospectiva del cine latinaomericano realizada en Génova en 1968. Se trata de palabras fuertes que nos sacuden e interpelan en tanto nos impulsan a concebir la violencia de un modo positivo. No porque la violencia pueda tal vez ser justificada racionalmente, sino porque Glauber Rocha explícitamente la desvincula del odio y del resentimiento para aproximarla al amor: amor de acción y de transformación.

Considero que destacar el potencial transformador de la violencia nos acerca a una fértil categoría filosófica que introduce Alain Badiou en su libro de 1988, *El ser y el acontecimiento* (Cfr. Badiou, 1999). El "acontecimiento", tal como lo presenta Badiou, es violento, disruptivo, produce un quiebre del orden simbólico que hace posible se manifieste lo inefable, lo excluido, lo negado. Y que se presente además en su insoportable materialidad y su temida potencia. Porque el acontecimiento desafía las condiciones de posibilidad para la emergencia de sentidos en un orden discursivo dado, en tanto abre opciones no previstas en la legalidad de un lenguaje y de un mundo. El acontecimiento supone así tanto un exceso como una falta: es algo que está presente como inefable en lo simbolizado, al tiempo que es algo no representado en la simbolización.[1] De este modo, la violencia del acontecimiento no sólo se opone sino que además confronta con esa otra violencia, la violencia mediocre que Badiou llama "fuerza", dado que somete por la fuerza a todo "otro" hasta aniquilarlo como otro y convertirlo en la forma vacía de meras funciones sociales.[2] A ese otro que con su sufrimiento real amenaza la ilusión de bienestar y justicia sostenida por los relatos hegemónicos. Violencia mezquina en tanto proviene de sentimientos reactivos, que Nietzsche anclaba en la pulsión de venganza frente a una vida fuerte y desbordante que nos enfrenta, como en un juego de contrastes, con la incapacidad propia (Cfr. Nietzsche, 2002). Pero en todo caso, si decidimos llamar "violencia" a esta fuerza decadente, hay que recordar que se trata de una violencia sorda, que se disfraza, se escatima, se trasviste de orden, civilización, progreso, verdad y como tal circula de modo implacable en el interior de las instituciones que articulan nuestra forma de vida: escuela, universidad, hospital, juzgado, familia, entre otras. Parafraseando a Hanna Arendt quizás podemos hablar

de "violencia" banal radical para esta fuerza o conjunto de fuerzas represivas, para esta violencia institucional e institucionalizada que empobrece la capacidad de reflexión y de acción.

Mal banal radical. El mal es para Arendt radical en tanto se ejercita a través de prácticas des-subjetivantes, que anulan a las personas en su dignidad. La dignidad que surge del reconocimiento del otro, ese otro que a su vez me constituye cuando con su mirada reafirma mi existencia (Cfr. Arendt, 1974). El mal es también banal –tal como lo define Arendt en su obra de 1963 *Eichmann en Jerusalén*– porque lejos de tener un carácter "excepcional", atraviesa todas las prácticas de la vida cotidiana (Cfr. Arendt, 2003). Llama la atención de Arendt que hombres "normales", en determinadas circunstancias, se involucran en dispositivos perversos sin hacerse cargo de la responsabilidad de sus actos. Siguiendo reglas impuestas por el sistema, internalizando frases hechas y renunciando activamente a pensar en el sentido fuerte del término –es decir, a revisar las normas establecidas– personas de diferentes niveles educativos se insertan en mecanismos tales como investigaciones con agrotóxicos o con fármacos potencialmente riesgosos, venta o aplicación de productos contaminantes, diseño de tecnologías que ponen en peligro la estabilidad geológica del planeta, los recursos y la vida física y social de comunidades enteras. Personas "normales" o "normalizadas" que renuncian al reconocimiento del "otro". De cualquier ser humano "otro", es decir de todo aquel que no tenga su aspecto y sus bienes, que no se parezca a sus amigos o vecinos. Personas "normales" que, sin mostrar culpa –tampoco odio– pueden someter a mujeres procedimientos riesgosos para su salud, como por ejemplo la extracción de óvulos para uso propio o para la mal llamada "donación". En nombre del derecho a la vida y el derecho a la reproducción se somete a mujeres que por necesidad económica o por imperativos sociales son abusadas en nombre de principios tanto tecnocientíficos como morales: el derecho de algunos a decidir sobre el propio cuerpo utilizando las herramientas de la ciencia aún a costa de invadir el cuerpo de otros, que no pueden decidir porque tienen hambre. Hambre físico o psíquico, de pan o de aceptación en el seno de una cultura todavía androcéntrica. Personas que se suponen libres, sólo porque firman un "consentimiento informado" o documento que es sin duda del orden del contrato. Personas que son sometidas por otras personas supuestamente normales y aún "respetables", que cumplen su deber con eficiencia y pulcritud, obedeciendo órdenes en conformidad con la ley. También en conformidad con la imagen de civilización y progreso que se multiplica en las instituciones educativas, ya de niveles iniciales o especializados, ya del sistema edu-

cativo formal o de medios dedicados a la divulgación científico-tecnológica.[3]

Los dispositivos tecnocientíficos indicados en el párrafo que antecede, ejemplifican con justeza esta "violencia banal radical" con la que convivimos pero que elegimos no ver, no decir, no representar. Violencia banal radical que se estructura sobre la base de un "contrato social cínico", según la expresión acuñada por la Dra. María Cristina de Prati.[4] Como todo contrato, el contrato social cínico responde a una lógica ficcional que se erige en la base de la sociedad liberal ya desde los albores de la modernidad. Contrato entre "individuos" supuestamente racionales y supuestamente libres, que sin embargo se refugian en la lógica del "como si", es decir en una lógica de la simulación; del simulacro que se niega como tal y se erige en fundamento trascendente del orden político y social (Cfr. Marí, 2002). Es posible que todo contrato contenga necesariamente una dosis, aunque variable en intensidad, de cinismo.

Si bien la violencia banal radical atraviesa todas las instituciones que articulan nuestra forma de vida, sin embargo destaco muy especialmente a las instituciones educativas, por considerar que son uno de los principales pilares del orden en nuestra forma de vida ahora globalizada, pero que fue gestada desde la particularidad de una cultura: occidental, lógica, capitalista y diría también cristiana. Porque es en las instituciones educativas donde se produce –no de modo exclusivo pero sí con un grado alto de masividad y una considerable eficiencia– la "normalización" de los sujetos, su adiestramiento en el manejo de reglas que modelan su pensar, su decir y su hacer. (Cfr. Echeverría, 1995). En palabras de Louis Althusser: "El aparato escolar es realmente el aparato ideológico de Estado dominante en las formaciones sociales capitalistas" (Althusser, 1970:22).

Ocuparse de las instituciones educativas es, sin duda, ubicarse en el campo de la epistemología. La epistemología tematiza el proceso de producción de conocimiento en todas sus etapas, desde la formación de los sujetos de la innovación científico-tecnológica hasta el diseño de los mecanismos de aplicación y difusión de los resultados. Aún más, en tanto alcanza a la modalidad educativa tanto sistemática como asistemática, la epistemología se ocupa también de los mecanismos de formación de un sentido común hegemónico que confiere a la ciencia estatuto de conocimiento no sólo verdadero, sino además universal y neutral.

Pero al mismo tiempo, centrar la mirada en las instituciones educativas es ubicarse también en el campo de la ética, ya que con conciencia franca del rol que ocupa-

mos en los dispositivos de reproducción del orden hegemónico, o aún sin conciencia plena, es decir por simple automatismo, por conformismo o por indolencia reflexiva, somos partícipes necesarios de un mecanismo de producción, distribución y consumo de saberes afirmativo de ciertos valores, al tiempo que posterga o niega otras axiologías posibles.

Por este motivo, una pregunta fundamental a la hora de tematizar la violencia institucional e institucionalizada es aquella que interroga el lugar que se otorga en el sistema educativo formal e informal a la enseñanza de la epistemología, pero también y muy especialmente, aquella que se interroga por el modo cómo enseñamos epistemología o filosofía de la ciencia. Puede acontecer que la asignatura se mantenga en la *curricula* de todas las carreras pero bajo una modalidad que atomiza sujetos y entorpece la capacidad reflexiva, es decir que se constituya en práctica educativa des-subjetivante. Los contenidos son importantes pero también importa el modo cómo se construye el proceso de enseñanza y aprendizaje de la ciencia y la epistemología. La práctica educativa se torna pues des-subjetivante cuando se manipulan no sólo los contenidos sino también las modalidades de su transmisión, ya que en todo caso, no hay contenidos neutros e independientes del soporte o vehículo de comunicación. Estandarizando información, que con frecuencia se limitan al adiestramiento en el uso de metodologías, técnicas e instrumentos; o reemplazando el encuentro presencial en el aula real por virtualismos propios de la "educación a distancia", fortalecemos los procesos de des-subjetivación que sostienen la violencia banal radical en las sociedades contemporáneas. Cuando esto pasa se refuerzan los sistemas reproductivos del orden, opacando las posibilidades de emergencia de un acontecimiento capaz de producir un quiebre en el saber de la época. Un acontecimiento que permita la apertura a otras verdades, otros sujetos y otros valores, no vistos o reconocidos, pero latentes sin duda como ese resto que es la vez exceso y falta de un orden simbólico dado.

Recuerdo, una vez más que enfatizo la enseñanza de la epistemología en el contexto de educación porque la epistemología tematiza el saber y el acontecimiento supone precisamente un quiebre en el orden del saber. Tal como se desprende de los ejercicios arqueológicos realizados por Michel Foucault en sus obras, en un dominio de saber encontramos no sólo conceptos, verdades y métodos, sino también sujetos, creencias y valores (Cfr. Foucault, 1996). Y recuerdo también que la epistemología es inescindible de la ética, en tanto todo el proceso de producción de saber está atravesado por valores, está orientado en valores.

Los mecanismos de des-subjetivación que anulan la dignidad de las personas, al imposibilitar el reconocimiento del otro y a través del otro, van tomando cuerpo en el interior de las instituciones que articulan la sociedad: escuelas, universidades, fábricas, hospitales, juzgados, familias. Familias atravesadas por la lógica mercantil moderna, esa lógica del contrato que, entre otras cosas, hace del hijo un bien que cotiza en el mercado cuando es producido como objeto de diseño a través de diversas tecnologías reproductivas (Cfr. Rivera, 2012).

Llegados a este punto, se impone preguntar por la causa de la perversión de las instituciones: ¿cuál es el momento en que devienen mecanismos para el despliegue y la circulación de la violencia. ¿Es acaso este su destino inexorable? ¿O tal perversión acontece cuando las instituciones resultan acaparadas por desvíos o vicios? Intentado resistir fatalismos, elijo señalar algunos de estos vicios o desvíos posibles que afectan a las instituciones. Destaco aquí, sin pretensión de exhaustividad, la fragmentación, el instrumentalismo y el abuso de poder (Cfr. Todorov, 2007). La fragmentación que compartimenta tareas velando la percepción del objetivo último del proceso que realizamos como profesionales y como ciudadanos. La fragmentación des-responsabiliza, en tanto ya nadie se hace cargo del sentido de un proceso que parece desarrollarse a partir de automatismos, que inevitablemente transforman a las personas en autómatas orgullosos por el cumplimiento del deber familiar, cívico o profesional. Cuando por ejemplo seleccionamos embriones y los congelamos, para luego descongelar con un aceptable nivel de eficiencia. Cuando aceptamos el ritual "democrático" del voto sin advertir que resulta un simulacro de participación efectiva, o también cuando la deontología profesional convalida la corrección de nuestro hacer, simplemente porque respetamos los códigos, porque renunciando a la reflexión hacemos lo que se espera de nosotros, trabajando en función de la lógica de la eficiencia y la productividad. La fragmentación des-responzabiliza porque, en el mejor de los casos, cumplimos adecuadamente la función que el sistema nos otorga, pero renunciando explícitamente a considerar el proceso en su conjunto. De aquí el instrumentalismo, que hace del otro un medio de mi satisfacción personal, y no como proclamaba Inmanuel Kant, un fin en sí mismo (Kant, 1996: 44). Un instrumento para una satisfacción casi siempre mediata, dado que no se trata tanto de disfrutar del sometimiento del otro sino de garantizar a través de mis intervenciones violentas el cobro de un salario que necesito para sobrevivir como individuo des-subjetivado. Y esto en una perversa cadena de abusos que hace de todos nosotros sujetos activos y pasivos de violencia.

Se trata de vicios que se esconden y aún legitiman a través de discursos epistemológicos y también éticos, que nos ilustran sobre modelos de gestión de las organizaciones y modelos algorítmicos para la toma de decisiones. Discursos epistemológicos y éticos que nos entrenan a través de programas de liderazgo, programas de informática educativa y programas de técnicas para la recolección y procesamiento de datos. Discursos epistemológicos y éticos que informan a los profesionales acerca de códigos de ética y declaraciones de principios que, articulados a partir de una deontología vacía se presentan como marco normativo suficiente para orientar el hacer. Tal es el caso, por ejemplo, de la Declaración de Helsinki en el caso de la investigación biomédica. (Cfr. AMM, 2008).

Ya para finalizar, una última pregunta, simple por cierto pero con interesantes resonancias: ¿qué hacer? (Cfr. Lenin, 2015) ¿Qué hacer para modalizar esta violencia que se ha vuelto constitutiva, imperceptible en su omnipresencia, contundente en su poder configurador de sentidos y sujetos?[6] La pregunta es fácil de formular, pero no ocurre otro tanto con la respuesta. En verdad no creo que haya una salida simple al atolladero, pero quizás podamos comenzar a desactivar esta violencia banal haciéndola visible, desnudando sus complicidades, derribando con el martillo nietzscheano los mitos que la sostienen: progreso, calidad, ciudadanía, eficiencia, entre otros (Cfr. Nietzsche, 2004). Hurgando en nuestras construcciones hasta exponer los cimientos, en un ejercicio intelectual que abre el camino para una intervención política fuerte, en tanto se sostiene en la posibilidad de crear un nuevo sistema simbólico que nos permitirá pensar, decir y proyectar acciones no previstas en los códigos imperantes. Quizás sólo se trate de mostrar a la mosca el camino de salida de la botella, según palabras de Ludwig Wittgenstein (Wittgenstein, 1998:253). La botella que, a la manera de una jaula, nos aprisiona y contra cuyas paredes nos golpeamos cuando elegimos transitar una y otra vez, sin resistencia, los mismos significados.

El contexto de educación de la epistemología, en su constitutivo vínculo con la ética, es uno de los lugares privilegiados para iniciar la tarea. Pero para esto se requiere resistencia y voluntad para detonar acontecimientos que operen el quiebre necesario que nos permite explorar nuevas formas de gestionar el saber.

Referencias bibliográficas

Althusser, L. (1970). *Ideologie et appareils ideologiques d'Etat. Notes pour une recherche*, Paris.

Arendt, H. (1974). *Los orígenes del totalitarismo,* Taurus, Madrid.

Arendt, H. (2003). *Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal*, Lumen, Barcelona.

Badiou, A. (1999). *El ser y el acontecimiento*, Manantial, Bs. As.

Asociación Médica Mundial. (2008). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*, Helsinki.

Echeverría, J. (1995). *Filosofía de la ciencia,* Akal, Barcelona.

Foucault, M. (1996). *La verdad y las formas jurídicas*, Gedisa, Barcelona.

Fränkel, D. (2015). *Eugenesia social. Configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida,* Editorial El Ágora, Bs. As.

Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres,* Porrúa, México.

Lenin, V. I. (2015). *¿Qué hacer?*, Akal, Barcelona.

Marí, E. (2002). *Teoría de las ficciones*, Eudeba, Bs. As.

Nietzsche F. (2002). *La genealogía de la moral*, Alianza, Madrid.

Nietzsche, F. (2004). *El crepúsculo de los ídolos*, Alianza, Madrid.

Rivera, S. (2012). *Nuevas tecnologías reproductivas. Transformaciones y continuidades de la familia moderna.* En: *Ciencias Sociales*, Revista de la Facultad de Ciencias Sociales/UBA/Nro81.

Sorel, G. (2005). *Reflexiones sobre la violencia*, Alianza, Madrid.

Todorov, T. (2007). *Frente al límite*, Siglo XXI, México.

Wittgenstein, L. (1979). *Tractatus lógico-philosphicus*, Alianza, Madrid.

Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones Filosóficas*, Crítica, Barcelona.

Notas

[1] Esta dimensión de lo inefable como aquello que en su imposibilidad de ser representado produce efectos en los límites del lenguaje vincula a Badiou con la propuesta del filósofo austríaco Ludwig Wittgenstein, tal como este la presenta en su libro *Tractatus lógico philosphicus* (Cfr. Wittgenstein, 1979).

[2] Cabe recordar que esta distinción entre fuerza y violencia ya se encuentra en George Sorel, quien define a la fuerza como la coacción ejercida por las estructuras jerárquicas para mantener la sumisión de las masas desfavorecidas: "La fuerza tiene como objeto imponer la organización de determinado orden social en el cual gobierna una minoría, mientras que la violencia tiende a la destrucción de ese orden. La burguesía ha empleado la fuerza desde el comienzo de los tiempos modernos, mientras que el proletariado reacciona ahora contra ella y contra el Estado mediante la violencia." (Sorel, 2005: cap. 5. IV).

[3] Un detallado análisis del dispositivo eugenésico en su interno vínculo con los saberes tecnocientíficos, tal como se manifiesta en las sociedades contemporáneas, puede encontrarse en el libro de Daniel Fränkel *titulado Eugenesia Social. Configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida.* En una particular dinámica de reenvío recíprocos entre teoría y praxis emergen en el libro manifestaciones de maldad banal radical en el interior mismo de discursos que hacen gala de "humanismos", tales como el discurso de la bioética estándar, esa que heredamos así como heredamos también una epistemología cientificista que deshumaniza la ciencia al presentarla como proceso necesario, universal, suprahistórico, puramente racional y neutral tanto en lo ético como lo político. (Cf. Fränkel, D. 2015).

[4] Tomo esta expresión de la Dra. María Cristina de Prati tal como se sigue de su presentación realizada en el curso titulado "La travesía de las catástrofes. Violencia, cinismo, intervenciones". Y dictado en el marco del *XXXI Congreso Argentino de Psiquiatría*, Mar del Plata, abril de 2016.

[5] Dice Kant en una de las expresiones de su imperativo categórico, o mandato absoluto que no se somete a condición alguna: "Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio".

[6] El libro *¿Qué hacer? Problemas candentes de nuestro movimiento*, fue escrito por Lenin a fines de I901 y comienzos de 1902. En el artículo "¿Por dónde empezar?", publicado en Iskra, núm. 4 (mayo de 1901), Lenin decía que ese trabajo era el "esbozo de un plan cuyo contenido exponemos de talladamente en un folleto que está preparando para la imprenta" (Lenin, 2015).

Evaluación del estigma internalizado en personas con padecimiento psíquico a través de la escala de autoestigma para enfermedades mentales (ISMI)

Evaluation of the internalized stigma of people with psychic suffering through the self-stigma scale of mental illness.

Natalia Paola Osella
Lic. en Psicología, Mg. en Salud Mental Facultad de Psicología y Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

naty_osella@hotmail.com

Ruth Fernández
Dra en Medicina Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba.

aruthfernandez@gmail.com

Rubén Alvarado
Dr. en Psiquiatría Comunitaria Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

ralvarado@med.uchile.cl

Resumen

Las personas con padecimiento psíquico tienen múltiples desafíos a la hora de desarrollar autonomía en el mantenimiento de la vivienda e inserción laboral, ya que se puede ver obstaculizada por el estigma internalizado. Objetivo: identificar las características del estigma internalizado en personas con padecimiento psíquico que han sido externados y se encuentran en contacto con el sistema de salud mental. El estudio fue observacional, transversal, de carácter inferencial con 92 pacientes que se atienden en Servicios de Córdoba, San Luis y Buenos Aires. Se utilizó la Escala de Autoestigma para Enfermedades Mentales (ISMI). Se realizó un análisis descriptivo y se estudió la respuesta en función de los niveles de estigma estratificados en mínimo, bajo y moderado. Se categorizaron en 3 grupos: joven, adulto y adulto mayor. En relación al sexo: 40 fueron mujeres y 52 hombres. Los diagnósticos fueron: esquizofrenia, psicosis, depresión y otros. Las puntuaciones de estigma obtenidas fueron en todos

los casos medias bajas, e inferiores a las obtenidas por los autores del ISMI. Conclusiones: A pesar de las puntuaciones obtenidas, los trabajadores de la salud deben realizar acciones tendientes a disminuir el estigma y la discriminación de las personas con padecimiento mental, para lograr su plena autonomía.

Palabras clave: Estigma internalizado - ISMI - Salud Mental Comunitaria.

Abstract

People with mental illness have multiple challenges in developing autonomy in maintain housing and to integrate in the workplace, because it can be hindered by internalized stigma. Objective: Identify the characteristics of internalized stigma in patients diagnosed with serious mental disorders that have been released from hospitalization and find themselves in contact with the mental health system. The study was observational, transversal, and inferential with 92 patients with serious mental health disorders who are in contact with mental health services in Córdoba, San Luis, and Buenos Aires. The Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) was utilized. A descriptive analysis was carried out and exhaustive analysis dividing patients into 3 groups: "minimum level", "low level" and "moderate level of internalized stigma". The patients were categorized into 3 groups: youth, adult, and elderly adult. In relation to the sex of the patients 40 were women and 52 were men. The diagnoses were presented as: schizophrenia, psychosis, depression, and others. The results were that Stigma scores obtained are in all cases averaged low; inferior to those obtained by the authors of the ISMI. Conclusions: health workers must carry out actions to reduce stigma and discrimination against people with mental illness, to achieve full autonomy.

Key words: Internalized stigma - ISMI - Community Mental Health.

Introducción

La siguiente investigación fue realizada como Trabajo Final de Tesis de la Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Córdoba. Esta investigación estuvo enmarcada en un proyecto de colaboración entre las Escuelas de Salud Pública de la Universidad de Chile y de la Universidad Nacional de Córdoba. El objetivo del proyecto marco en su etapa inicial fue aplicar diferentes instrumentos que permitan evaluar diferentes aspectos que se relacionan con la calidad de vida de los pacientes con trastornos de salud mental que se encuentran externados. Entre los instrumentos seleccionados se encuentra el de evaluación de autoestigma el cual se constituyó en el instrumento de la presente investigación.

Algunas aproximaciones a la Salud Mental Comunitaria

El documento de posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2007 sostiene que los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud (APS), cuyos ejes principales de tratamiento son la familia y la comunidad, son más equitativos y logran una mayor satisfacción en el usuario en comparación con otros sistemas de salud.

Lo que llamamos salud mental comunitaria es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la misma (Marcos del Cano y Topa Cantisano, 2012). Estos autores plantean que el encuentro con la comunidad insta a los trabajadores de la salud mental a desarrollar nuevas tareas, desde el diagnóstico comunitario a la prevención y rehabilitación desde una mirada interdisciplinaria e intersectoriales. Es decir, la comunidad es la principal creadora de redes.

López y Laviana (2007) sostienen que la Salud Mental Comunitaria es un enfoque teórico, organizativo y funcional alternativo a otros modelos basados en la atención de los usuarios de salud mental en los hospitales psiquiátricos. En este sentido, la atención comunitaria significa crear redes integradas de servicios basados en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios y con una responsabilidad territorial clara que incluye a otros dispositivos además del hospital.

La salud mental comunitaria se convierte en el marco sanitario en el que se van a desarrollar los procesos de reforma psiquiátrica. Una externación sustentable debe tener como eje: vivienda, recursos económicos, continuidad de tratamiento psiquiátrico y psicológico, actividades recreativas y orientación para la inserción laboral.

Los objetivos de los procesos de reforma son: 1) La transformación o el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de redes de asistencia en la comunidad, 2) La integración de la atención de salud mental en la sanidad general, 3) La modificación de la legislación de los países a fin de mejorar los derechos civiles de los pacientes mentales y 4) La lucha contra el estigma promoviendo actitudes más positivas en el imaginario social de las poblaciones hacia la enfermedad mental.

En nuestro país se encuentran diversas experiencias en distintas regiones basadas en prácticas comunitarias que vienen siendo sostenidas desde hace varios años, incluso desde antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 (LNSMyA). Tales son los ejemplos de la reforma de Río Negro, siguiendo con la reforma del Hospital Psiquiátrico de crónicos en "Hospital Escuela en Salud Mental" en la provincia de San Luis y la implementación de los Programas de Rehabilitación y Externación Asistida en la provincia de Buenos Aires implementados a partir de 1999.

Estigma y Salud Mental

Considerando el marco político que determina la LNSMyA es preciso considerar a las personas con padecimiento psíquico como sujetos de derechos, es decir desde el paradigma de los Derechos Humanos. Así, el tratamiento del estigma sufrido por las personas con padecimiento psíquico, como también el estigma social cobra especial importancia en los procesos de reforma psiquiátrica.

A través del tiempo muchos autores definieron al estigma. Tomamos como base las definiciones de Link y Phelan (2001) posteriores a las de Goffman (1963), que describen el estigma haciendo referencia a las relaciones entre un conjunto de conceptos. El estigma solo existe cuando convergen este conjunto de componentes interrelacionados: a) consiste en que las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas; b) las creencias de la cultura dominante ligan a las personas etiquetadas con características indeseables, es decir estereotipos negativos; c) las personas son puestas en distintas categorías, logrando una separación entre "nosotros" y "ellos" y d) las personas rotuladas experimentan la pérdida de status social y la discriminación que llevan a consecuencias desiguales.

Ochoa et. al (2011) afirman que las personas que padecen algún trastorno mental son uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, especialmente las que padecen esquizofrenia. La enfermedad mental siempre ha estado relacionada a una serie de prejuicios sociales que determinan al enfermo con esquizofrenia como agresivo, raro, impredecible en su conducta, dé-

bil, vago e improductivo, con el que no se puede razonar, crónico y culpable de su enfermedad (Paredes Márquez, Jiménez Trejo y Vázquez Estupiñan, 2012).

López, Laviana, Fernández, Rodríguez y Aparicio (2008) sostienen que se les atribuye a las personas con trastorno mental grave también la dificultad para relacionarse y la incapacidad de manejar su vida, todo ello originado por la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y culpa por lo que les sucede.

Objetivo

Identificar las características del estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que han sido externados y se encuentran en contacto con los servicios de salud mental.

Metodología

El estudio fue multicéntrico, observacional, transversal, de carácter inferencial con 92 personas con padecimiento mental, que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios de salud mental de Córdoba, San Luis y Buenos Aires. Los servicios de Salud Mental donde se atendían los sujetos fueron dos hospitales públicos monovalentes del sector público y el sector privado en el caso de la Ciudad de San Luis. Los participantes fueron contactados por los miembros de la investigación que son trabajadores de dichas instituciones.

Las variables sociodemográficas que se analizaron fueron:

Edad: fue registrada en años y categorizada según OMS y en función de los antecedentes en adulto joven (menor de 24 años), adulto (de 25 a 59 años) y adulto mayor (mayores de 60 años). Sexo: fue registrado como masculino y femenino.

El Instrumento utilizado fue la Escala de Autoestigma para Enfermedades Mentales (ISMI) conformado por 5 escalas y 29 ítems en total:

La alienación: demuestra el menor sentimiento de pertenencia del paciente psiquiátrico que otro sujeto miembro de la sociedad.

Caracterización del estereotipo: hace referencia al grado en que los entrevistados están de acuerdo con los estereotipos más comunes de los pacientes psiquiátricos, es decir sus características y comportamientos.

Discriminación percibida: intenta capturar la percepción que los entrevistados tienen en relación a la forma en que son tratados por otros.

Aceptación Social: está relacionada al grado en que el entrevistador se siente aceptado por los demás.

Resistencia al estigma: retrata el grado de resistencia o de afectación por el estigma internalizado.

En el caso de Córdoba, los participantes han sufrido alguna internación psiquiátrica y ahora realizan tratamiento ambulatorio en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la Ciudad de Córdoba. En el caso de Buenos Aires, la muestra estuvo compuesta por mujeres externadas por el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital Interzonal José A. Esteves, ubicado en la localidad de Temperley- Lomas de Zamora. La recolección de datos fue realizada durante los meses de Junio y Agosto del año 2013. Los participantes respondieron a las afirmaciones según una escala Likert donde la opción 1 era *muy en desacuerdo* y la opción 4 *muy de acuerdo*. Para la obtención de las puntuaciones en cada una de las escalas se sumaron las puntuaciones de los ítems correspondientes. De este modo, a mayor puntuación mayor fue el valor de la escala para la persona. La escala de resistencia al estigma, fue la única que preguntó acerca de aspectos positivos (West, Yanos, Smith, Roe y Lysaker, 2011; Link, Yang, Phelan y Collins, 2004).

El procedimiento de adaptación cultural tuvo como objetivo obtener un instrumento equivalente conceptual y semánticamente al que se desarrolló en el país de origen y el proceso de traducción fue realizado por investigadores de la Universidad de Chile.

Análisis de datos

Con los registros obtenidos del instrumento se generó una base de datos a fin de estructurar organizativamente las variables involucradas en el estudio. Posterior al análisis descriptivo de los datos, se dividió en tres grupos: "con nivel de estigma internalizado mínimo", "con nivel de estigma internalizado bajo" y "con nivel de estigma internalizado moderado", que determinan el nivel de estigma internalizado (Ghanean, Nojomi y Jacobsson, 2011).

Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs y Romem (2013) caracterizaron al grupo que denominamos nivel de estigma internalizado bajo y moderado como personas que presentan un impedimento para integrarse activamente en la comunidad. Los análisis estadísticos empleados fueron ANOVA o Datos categorizados teniendo en cuenta la naturaleza de las variables analizadas. Se efectuó también análisis multivariado para identificar el agrupamiento de las variables significativas.

Con el objeto de analizar la respuesta de los pacientes a las 5 etapas del instrumento se procedió de la siguien-

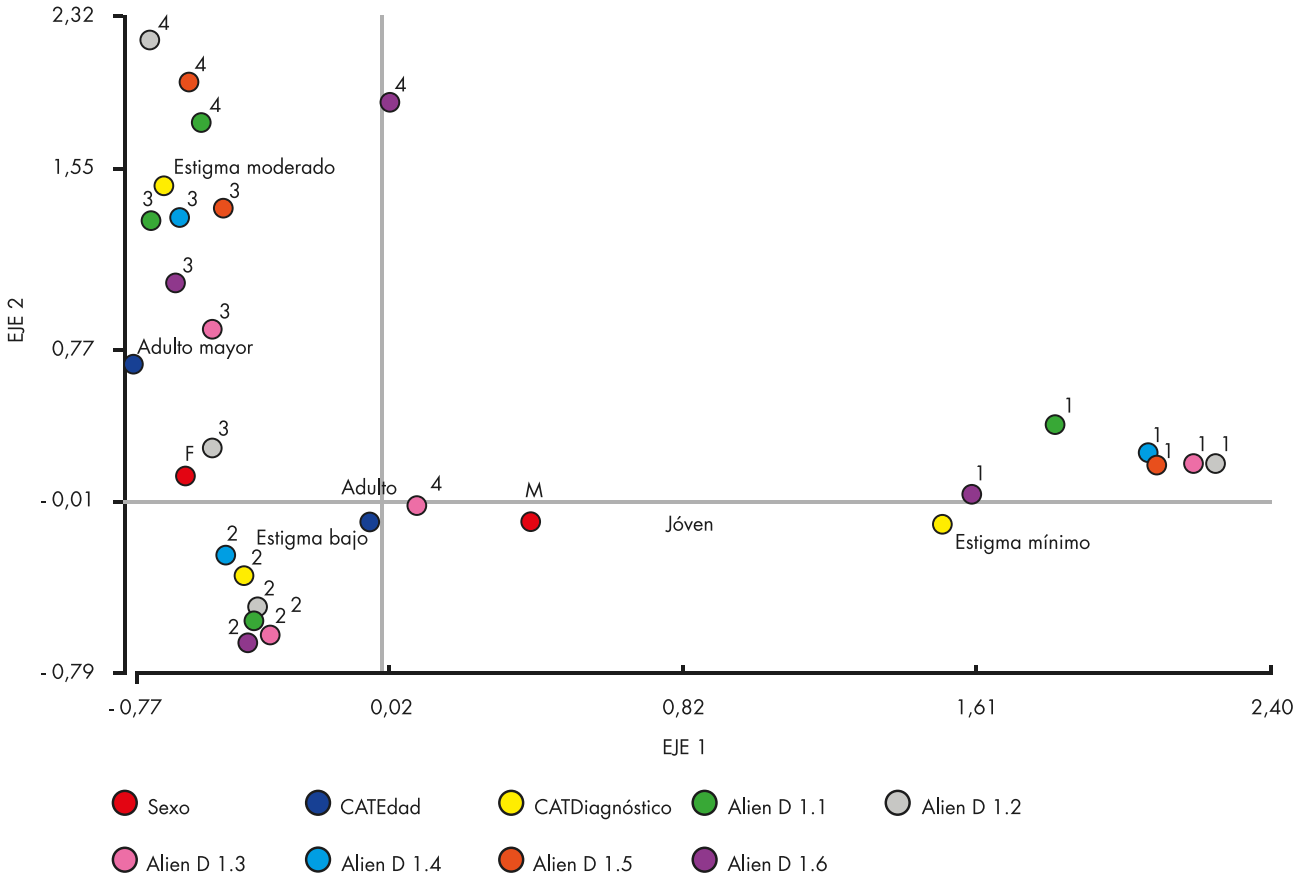
te forma: a) Análisis univariado para describir la distribución y frecuencia de presentación de cada variable incluida en el cuestionario; b) Análisis bivariado de asociación entre las variables utilizando el test de χ^2 ajustado. En las asociaciones se tuvo en cuenta los datos sociodemográficos de edad y sexo y c) Análisis de interdependencia de variables empleando el método factorial de correspondencia múltiple.

Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas se analizó la frecuencia para las siguientes variables: edad, sexo y diagnóstico. La muestra analizada, presentó una media de edad 39,81 ±14,40, categorizándolo en 3 grupos: joven, adulto y adulto mayor. En relación al sexo de los pacientes que participaron en el estudio, 40 fueron mujeres (43,5%) y 52 hombres (56,5%). En relación a la variable clínica, los diagnósticos obtenidos son presentados en 4 categorías tales como esquizofrenia, psicosis, depresión y otros. En este último se incluyeron trastorno bipolar, trastorno de ansiedad grave y trastorno obsesivo-compulsivo con brotes psicóticos.

En la figura 1 puede observarse el agrupamiento de las variables demograficas: sexo y edad, en relación a los items de la escala Alienacion y los niveles de estigma internalizado minimo, estigma internalizado bajo y estigma internalizado moderado. En el cuadrante inferior derecho, se observa el agrupamiento de la categoría edad joven junto con el sexo masculino y el nivel de estigma internalizado mínimo. Tal como se refiere en el cuadrante inferior izquierdo la categoria de edad adulto se agrupa con la opcion 2 *(en desacuerdo)* para todos los items de la escala I. Alienación y con un nivel de estigma internalizado bajo. En el cuadrante superior izquierdo se agrupa con el sexo femenino, la categoría adulto mayor y el nivel de estigma internalizado moderado. El grupo que tiene un nivel de estigma moderado son las mujeres adultas mayores. De esta manera, se sienten fuera del mundo e inferior a los demás por tener una enfermedad mental. Están avergozadas y decepcionadas consigo mismas. Las implicancias clínicas que tienen estos resultados, es que deben implementarse estrategias dentro del tratamiento que tengan como objetivo trabajar acerca del sentimiento de pertenencia de las mujeres dentro de la comunidad. Un ejemplo serían grupos terapéuticos, grupos de pares y talleres comunitarios en los cuales las mujeres puedan plantear su perspectiva acerca de su vida en comunidad. De esta manera, se busca fomentar nuevos lazos sociales, sentirse parte de un grupo para asi poder alcanzar su inserción en la comunidad.

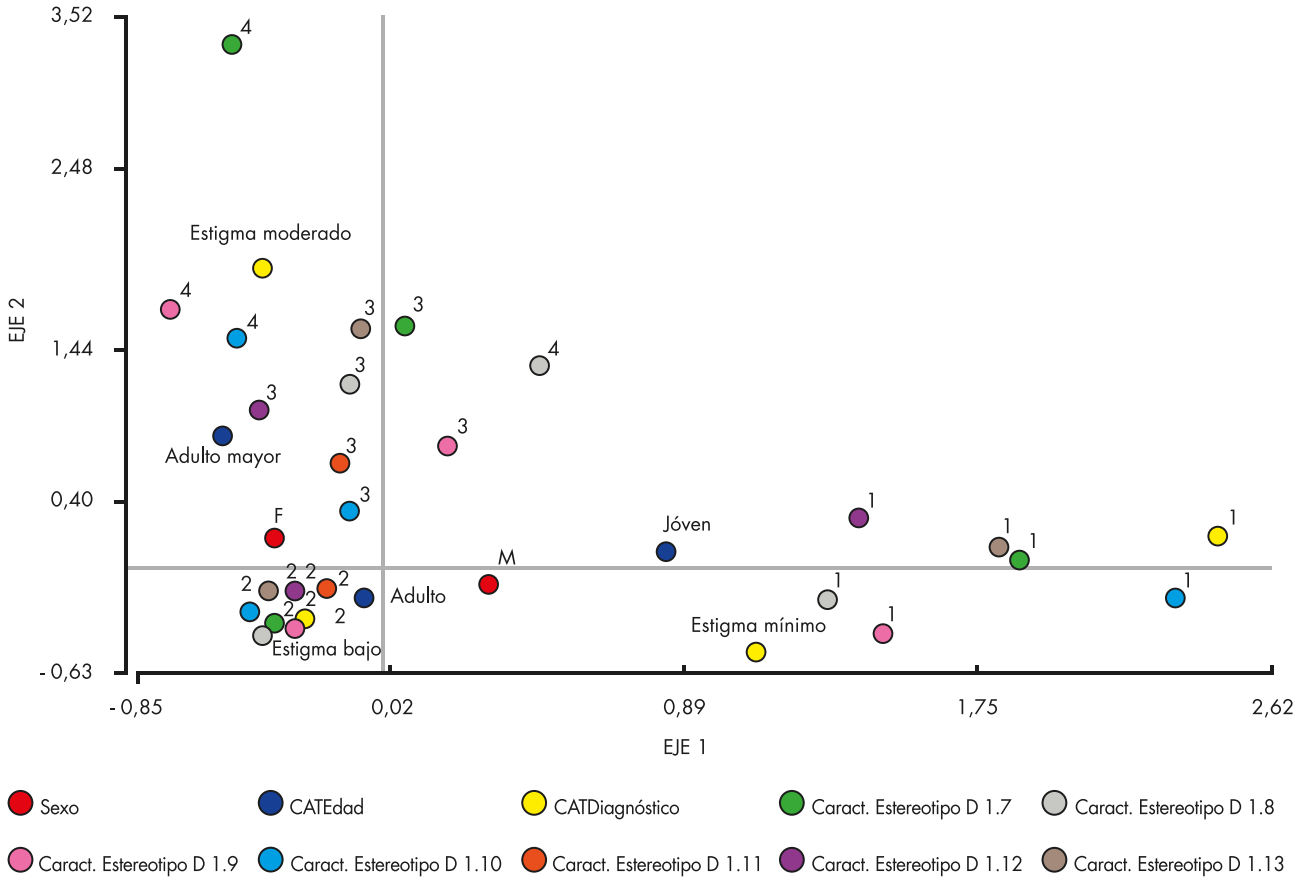
Figura 1
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo, grupo de edad, ítems de la Escala I. Alienación con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado.



Ref.: Sexo M:masculino;F:femenino; CAT Edad joven, adulto y adulto mayor; CAT Diagnostico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

En la figura 2 puede observarse el agrupamiento de las variables sexo y edad, en relación a los items de la Escala II. Asignación de Estereotipos y la categoría de nivel de estigma internalizado mínimo, estigma internalizado bajo y estigma internalizado moderado. En el cuadrante inferior derecho, se observa el agrupamiento de la categoría nivel de estigma internalizado mínimo junto con la opción 1 *(muy en desacuerdo)* y el sexo masculino. Tal como se refiere en el cuadrante superior derecho la categoria de edad joven se agrupa también con la opción 1 *(muy en desacuerdo)*. A diferencia de esto, en el cuadrante superior izquierdo se agrupa con el sexo femenino, la categoría de edad de adulto mayor, el nivel de estigma internalizado moderado y la opcion 3 *(de acuerdo)* y 4 *(muy de acuerdo)*. En el cuadrante inferior izquierdo, se agrupa la categoría edad adulto, la categoría diganóstico estigma internalizado bajo y la opción 2 *(en desacuerdo)* para todos los items de la Escala II. Asigancion de estereotipos. De esta manera, puede decirse que los jovenes de sexo masculino presentan un nivel de estigma mínimo. Debido a la edad, podría pensarse que los jóvenes han sufrido menor número de internaciones y cuentan con una mayor capacidad de adaptación, por lo cual no se ha producido una institucionalización ni el consiguiente proceso de estigma autopercibido.

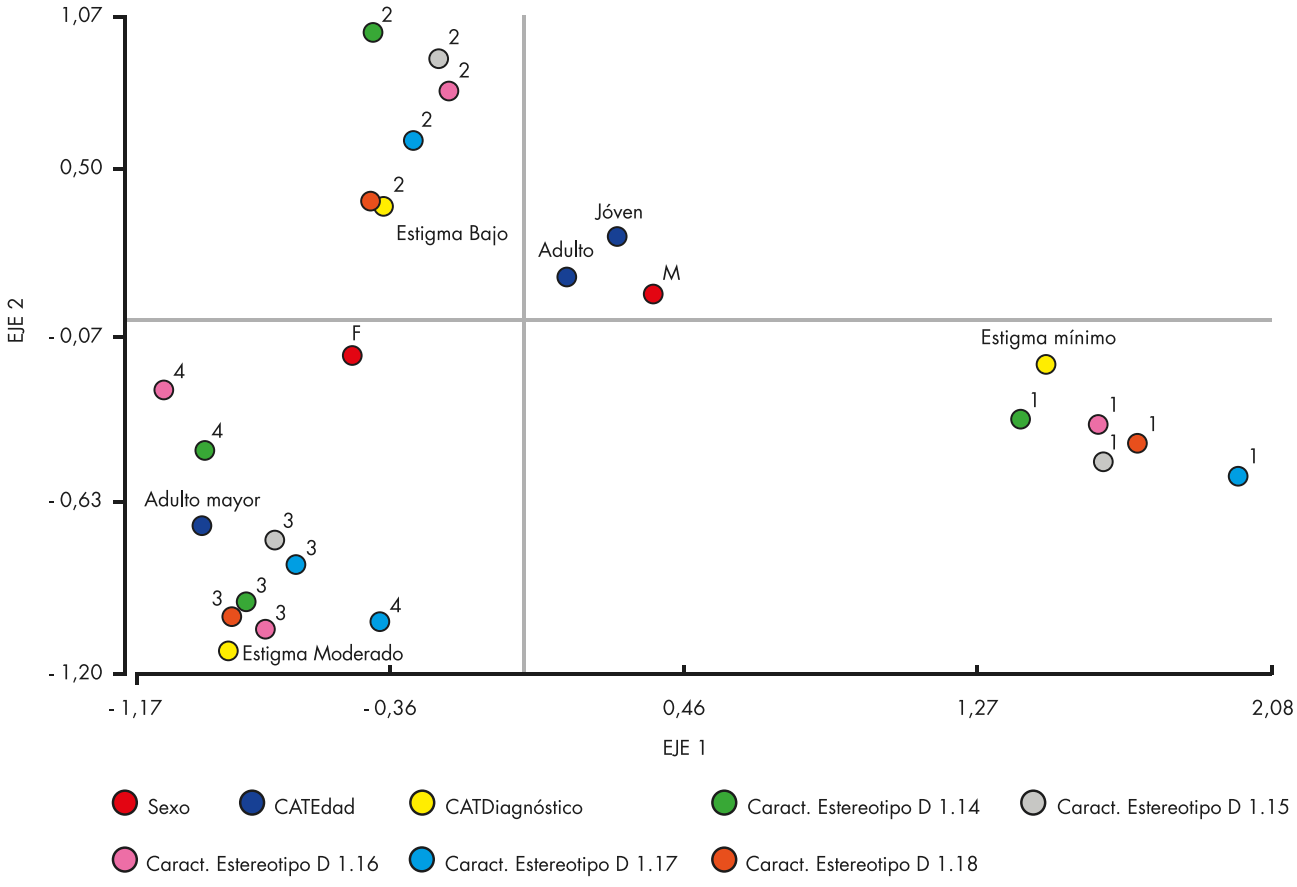
Figura 2
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala II. Asignación de Estereotipos.



Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CATEdad joven, adulto y adulto mayor; CATDiagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

En la figura 3 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento de la categoría de nivel de estigma internalizado mínimo con la opción 1 *(muy en desacuerdo)* para todos los items de la escala III: Experiencia de discriminación. Tal como se refiere en el cuadrante superior derecho se agrupan la categoría de edad joven y adulto con la variable demográfica de sexo masculino. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoría de edad de adulto mayor, con la categoría diagnóstica el nivel de estigma internalizado moderado y las opciones 3 *(de acuerdo*) y 4 *(muy de acuerdo)* para todos los items que componen la escala. En el cuadrante superior izquierdo, se agrupa la categoría diganóstico de nivel estigma internalizado bajo y la opcion 2 *(en desacuerdo)* para todos los items de la Escala III.Experiencia de discriminación. El grupo que demuestra la categoria diagnóstica nivel de estigma moderado son mujeres adultas mayores, que han sufrido varias internaciones a lo largo de su vida. Demuestra la manera en que sienten que son tratados por otros y que no son incluidos dentro de la comunidad.

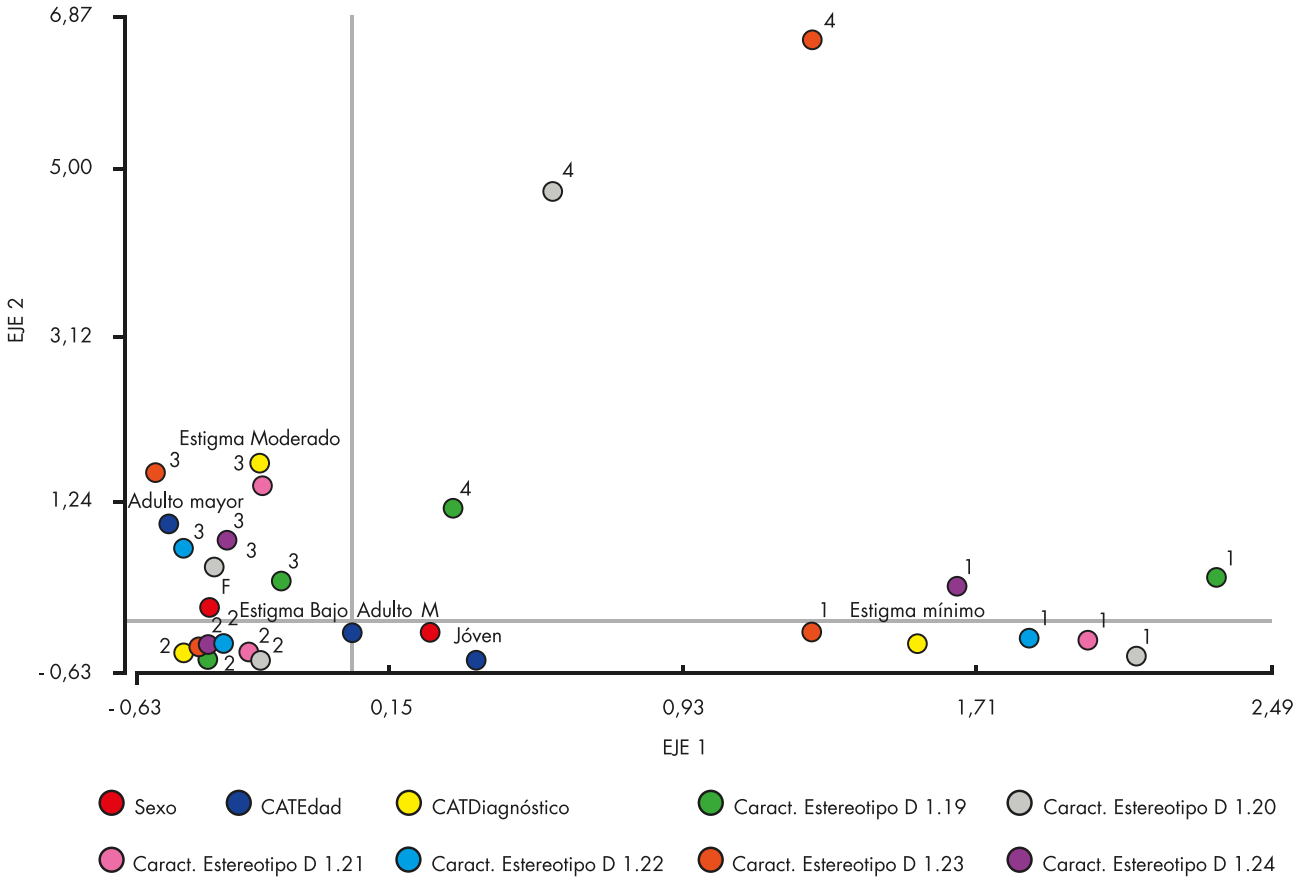
Figura 3
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala III. Experiencias de Discriminación.



Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CAT Edad joven, adulto y adulto mayor; CAT Diagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

En la figura 4 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento del sexo masculino, con la categoría edad adulto y la categoría edad joven con algunos de los items de la Escala IV. Aislamiento Social. En el cuadrante superior izquiero se agrupan la categoría de nivel de estigma internalizado moderado, la categoría edad adulto mayor con la variable demografica de sexo masculino. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoria de edad de adulto mayor, con la categoría diagnóstica el nivel de estigma internalizado moderado junto con el sexo femenino las opciones 3 (*de acuerdo*) los items que componen la escala. Los jovenes y adultos del sexo masculino están muy en desacuerdo con los ítems de esta escala, por lo tanto sienten que son aceptados por los demás. Las mujeres adultas presentan un nivel de estigma moderado, por lo cual sienten lo contrario. De esta forma, puede ocurrir que comiencen a tener dificultades para integrarse en actividades sociales y recreativas lo que influye de manera considerable a la hora de generar nuevos lazos sociales.

Figura 4
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala IV. Aislamiento Social.

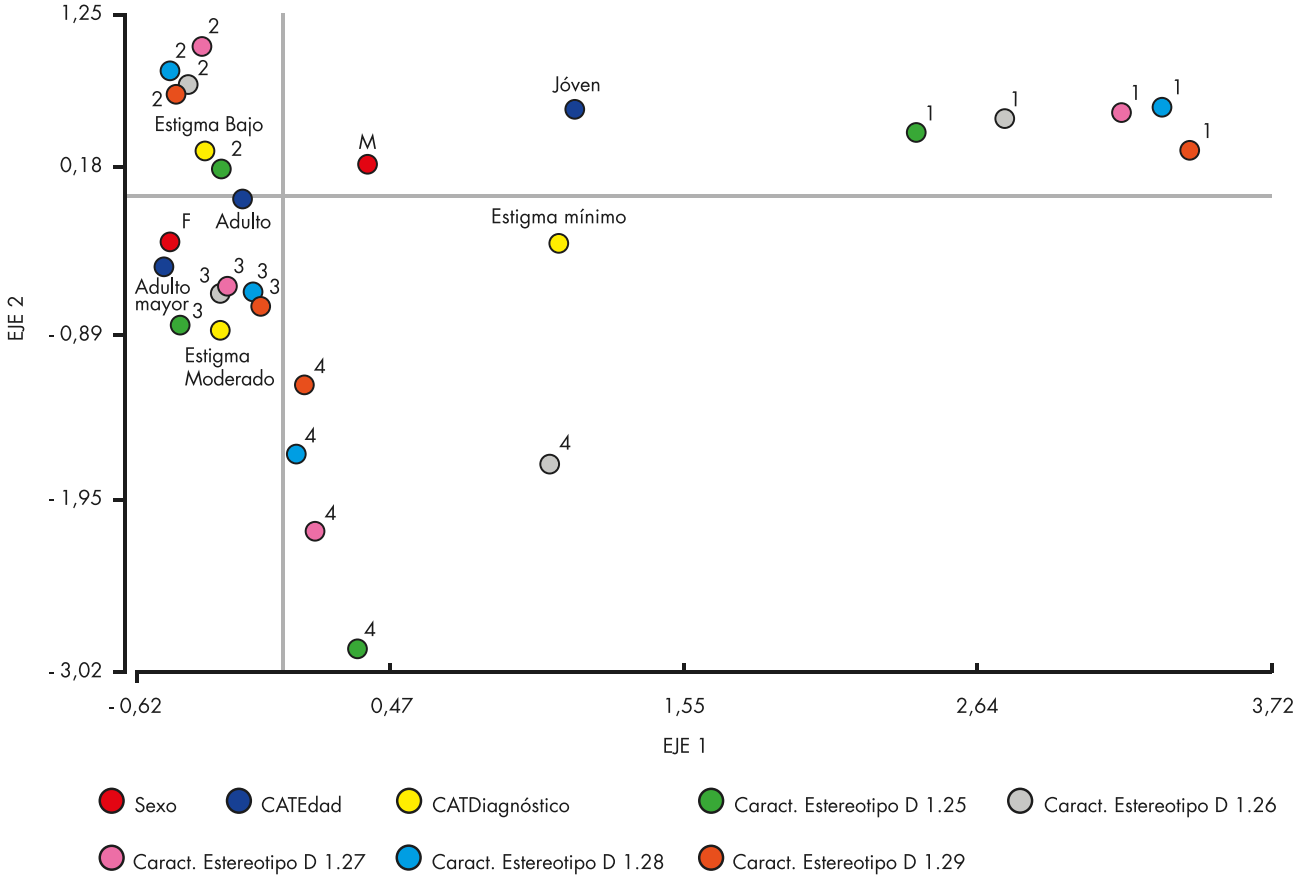


Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CAT Edad joven, adulto y adulto mayor; CAT Diagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

La Escala V. "Resistencia al Estigma" es la única escala del instrumento que está constituida por 5 ítems positivos que tienen como objetivo la descripción de la experiencia de resistir al estigma internalizado.

En la figura 5 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento de la categoría diagnóstica nivel de Estigma mínimo junto con la opción 4 *(muy de acuerdo*) para todos los items de la escala V. Resistencia al Estigma. En el cuadrante superior derecho se refiere al agrupamiento sexo masculino, con la categoría edad joven y la opción 1 *(muy en desacuerdo*) para todos los items de la Escala V. Resistencia al Estigma. En el cuadrante superior izquiero se agrupan la categoria diagnóstica de nivel de estigma internalizado bajo, junto con la opcion 2 *(en desacuerdo)* para todos los items de la Escala V. Resistencia al Estigma. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoría de edad de adulto y adulto mayor, con la categoría diagnóstica nivel de estigma internalizado moderado y la opcion 3 *(de acuerdo)* para todos los items que componen la escala. Los jovenes de sexo masculino presentan un mayor grado de resistencia al estigma internalizado que las mujeres adultas y adultas mayores que no presentan resistencia al estigma, ya que se sienten cómodas si las ven en público como personas que padecen un sufrimiento psíquico; por lo cual se deben implementar estrategias de lucha contra el estigma.

Figura 5
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala V. Resistencia al Estigma.



Ref.: Sexo M: masculino; F: femenino; CAT Edad joven, adulto y adulto mayor; CAT Diagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

Los resultados de esta investigación demostraron que existen diferencias en el nivel de estigma internalizado de acuerdo a la edad de los pacientes que participaron del estudio. Los adultos mayores presentaron un nivel de estigma internalizado moderado, mientras que los jóvenes alcanzaron un nivel de estigma internalizado mínimo. Los adultos tienen 5 veces más probabilidades de presentar estigma que los jóvenes.

Por último, en relación a los resultados obtenidos para la categoría diagnóstica Estigma Internalizado: el 21,74% de la muestra demostró un Estigma Internalizado Mínimo, el 61,96% un Estigma Internalizado Bajo y el 16,30% un Estigma Internalizado Moderado.

Consideraciones finales

Nakash y Levav (2012) sostienen que el contexto social próximo de las personas con trastorno mental grave puede ser fruto de procesos de estigmatización significativos. El estigma y la discriminación interfieren en las áreas del gobierno, la sociedad, la comunidad, los servicios de salud, los servicios psiquiátricos, en la familia y tiene claramente un efecto sobre los distintos ámbitos de la vida.

Los resultados presentados anteriormente tienen importancia en la medida en que guían a los trabajadores de la salud en el camino de las intervenciones que deberán llevarse a cabo para disminuir el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales graves. Es necesario delinear acciones que contribuyan a alcanzar la salud mental y la plena restitución de los derechos de las personas con padecimiento psíquico. También deberán proponerse el desarrollo estrategias en el manejo de los síntomas psiquiátricos de modo tal que los pacientes puedan identificarlos a tiempo y pedir ayuda, como así también garantizar el seguimiento y la continuidad del tratamiento en la comunidad.

Por otra parte, en relación a las mujeres adultas mayores que presentaron el nivel de estigma internalizado bajo, se deberán realizar programas con el objetivo de promover el empoderamiento y una mayor autoestima para alcanzar la plena autonomía personal. Se propone la creación de grupos de pares, con el objetivo de que se potencien sus capacidades para posibilitar y fomentar su integración social.

Se deben implementar políticas de salud mental que tengan como eje central la paridad, el desarrollo de servicios de bases comunitarias para trabajar en red y leyes antidiscriminatorias. El proceso de estigmatización no es solo el producto de procesos cognitivos, sino que existe y se perpetúa en un contexto de inequidad (Nakash y Levav, 2012).

Actualmente, en nuestro país la sanción de la LNSMyA da apertura a un número ilimitado de oportunidades para pensar y reconsiderar como llevar adelante los procesos de reforma en el modelo de atención. Se encuentra inspirada en un enfoque de derechos y así nos interpela acerca de las barreras que se han levantado en el alcance de los objetivos propuestos en las leyes y programas que tenían como objetivo mejorar la calidad de vida las personas con padecimiento psíquico. Así, las posibilidades de revertir y luchar contra el estigma se hallan principalmente en el logro de resultados que demuestren la viabilidad de la transformación propuesta y en la posibilidad de tener influencia en aquellos actores cuyo acuerdo y adhesión resultan claves para sostener las modificaciones llevadas adelante.[1]

Referencias bibliográficas

Corrigan, P. W., Larson, J. E. y Rusch, N. (2009) *Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices.* World Psychiatry. 8 (2): 75-81.

Goffman, I. (1963) *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.

Ghanean, H., Nojomi M. y Jacobsson, L. (2011) *Internalized Stigma of Mental Illness in Tehran, Iran. Stigma Research and Action*; 1 (1):11-17. DOI 10.5463/SRA.v1i1.10.

Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). *On stigma and its public health implications.* Lancet. Vol. 367: 528-9. Disponible en *www.stigmaconference.nih.gov/FinalLinkPaper.html.*

Link, B. G., Yang, H., Phelan, J. C. y Collins P. (2004) *Measuring Mental Illness Stigma.* Schizophrenia Bulletin; 30 (3): 511-41.

López, M. y Laviana, M. (2007) *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuesta desde Andalucía*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, Vol. XXVII, nº 99, pp. 187-223, ISSN 0211-5735.
Disponible en *http://www.feafes.org/publicaciones/RehabilitacionapoyosocialatencioncomunitariaAndalucia.pdf*

López, M., Laviana, M., Fernández, L., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008) *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental,* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., XXVIII, 101.

Macinko J., Montenegro H., Nebot Adell C., Etienne C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, Rev. Panam. Salud Pública, 21(2/3):73–84. OMS/OPS.
Disponible en *http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf*

Marcos del Cano, A. M. y Topa Cantisano, G. (2012) *Salud Mental Comunitaria,* Ciencias Sociales y Jurídicas, UNED. Madrid, España.

Nakash, O. y Levav, I. (2012) *Mental health stigma in a multicultural society: the case of Israel.* Psychology, Society, & Education, Vol.4, Nº 2, pp.: 195 -209. ISSN 1989-709X (online).

Ochoa S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Alvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J, Lobo, E. y Haro, J. M. (2011) *Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 31 (111), 477-489. doi: 10.4321/S0211-57352011000300006.

Paredes Márquez, H. M., Jiménez Trejo, G. y Vázquez Estupiñan, M. F. (2012). *Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación en pacientes psiquiátricos*, Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 15(2):88-92.

Segalovich, J., Doron, A., Behrbalk, P., Kurs, R. y Romem, P. (2013) *Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia*, Archives of Psychiatric Nursing, 27 (5): 231-234.

West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D. y Lysaker, P. H. (2011). *Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness,* Stigma Research and Action, 1 (1): 3–10. doi: 10.5463/sra.v1i1.9.

Notas

[1] Se han desarrollado campañas contra el estigma a lo largo del mundo. Ejemplos de ellas son: El programa "Open the doors" de la Asociación Mundial de Psiquiatría llevado a cabo con éxito en China, Egipto, Grecia, India y otros países; el Plan Nacional "Like Minds, Like Mine" que se viene llevando a cabo en Nueva Zelanda desde el año 1997. En Canadá, la Comisión de Salud Mental se embarcó en la iniciativa Opening Minds (OM) con el objetivo de modificar las actitudes y comportamientos de la población canadiense hacia las personas con padecimiento psíquico. En nuestro país, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2013 se lanzó la campaña "Menos Estigma Suma".

El encierro manicomial: metáfora de la política

Political´s Metaphor: The asylum confinement

Daniel Manfredo Fränkel.
Doctor en Ciencias Sociales
Universidad Nacional de Lanus,
Universidad Nacional de Chilecito,
Universidad Nacional
de La Matanza.

dfrankel200@gmail.com

Resumen

La expansión de la vida se ha convertido en el objeto y el objetivo de la política. La vida –su conservación, prolongación, estiramiento– se constituye en uno de los objetivos de las políticas públicas. Sin embargo, ¿es universal esta definición?

La nueva Biopolítica, simbolizada por el aforismo "hacer vivir - dejar morir en vida", contiene dos mensajes paradójicos: despliegue de la vida y sumisión colectiva. Revela la contradicción entre el poder trascendente y la gobernabilidad en relación al estiramiento y expansión de la existencia y las condiciones de sometimiento al cual están sometidas las mayorías 'indeseables'. Mientras, el poder explota y luego se desliga de las masas superfluas, colocándolas en los umbrales de la vida, contradictoriamente, ellas se sacrifican por ese mismo poder; esperan, replegadas en su exilio interior, la salvación, las promesas del tan esperado derrame en el capitalismo.

En este marco, el encierro manicomial constituye un laboratorio de prueba que va graduando el 'nomos' biopolítico de estos tiempos. Su presencia equivale a la exposición y abandono, al encierro colectivo y condiciones de esclavitud que se reproducen en entornos institucionales, hospitales, juzgados o escuelas y que terminan conformando un entorno explosivo en poblaciones cada vez más arrasadas, cada vez más pulverizadas. Su legitimidad está en este doble acto simultáneo y contradictorio en el cual la vida queda confinada. Entre el afuera y el adentro los límites son difusos, pero al mismo tiempo, existen como estructuras que se excluyen.

La vida sojuzgada por la devastación de lo humano, por la vida en los espectros, induce a pensar si no es acaso una falacia hablar de Derechos Humanos. ¿Quién es humano y quién no lo es?

Palabras Clave: Biopolítica - Derechos Humanos - Muerte en vida - Encierro manicomial.

Abstract

The expansion of life has become the object and the goal of politics. Life –its preservation, extension, stretching– constitutes one of the goals of public policies. However, is this definition universal?

The new Biopolitics, symbolized by the aphorism "let make people live/ let people dying alive" contains two paradoxical messages: the deployment of life and collective submission. It reveals the contradiction between the transcendent power and governance in relation to the stretching and expansion of existence and the conditions of submissiveness to which the 'undesirable' majorities are subjected. Meanwhile, the power exploits the superfluous masses and then detaches itself from them, putting them on the thresholds of life; while they, on the contrary,

sacrifice themselves to this same power; they expect, withdrawn in their exile, salvation, the promises of the long-awaited spill in capitalism.

Within this framework, the asylum confinement constitutes a test laboratory sequencing the biopolitical 'nomos' of our times. Its presence means exposure and neglect, collective confinement and conditions of slavery which are reproduced in institutional environments, hospitals, courtrooms or schools and which end up forming an explosive environment in populations increasingly ravaged and smashed. Its legitimacy is based on this simultaneous and contradictory double act in which life is confined. Within the outside and the inside, limits are diffuse, but, at the same time, they exist as mutually exclusive. Life, subdued by the devastation of humanity, by the life in the spectrum, encourages us to wonder whether talking about Human Rights is a fallacy. Who is human and who is not?

Key words: Biopolitics - Human Rights - Dying alive - Asylum confinement.

Introducción

Como categoría biopolítica, Eugenesia Social, abreva en la utopía de libertad e igualdad y está asociada al proyecto contemporáneo de sometimiento colectivo. Se trata de un formato teológico secularizado, que adquiere consistencia en estos tiempos en el marco del paradigma del poder que es la muerte en vida.[1] Por lo tanto, no sólo pertenece a estos tiempos la contradicción entre el ideal de perfección humana y la expulsión hacia la vida indigna, destinado a las mayorías, sino que hay una continuidad ontológico-política sostenida en las decisiones del poder para seleccionar entre los elegidos para la vida digna y la mayoría sometida al ius exponendi y al exilio en vida -la vida espectral; la vida en los abismos.

Sin embargo, una de las grandes novedades de la modernidad, es que la expansión de la vida se ha convertido en el objeto y el objetivo de la política. De este modo, todo Estado se compromete por la vida colectiva, fortaleciendo así la intervención de los poderes públicos sobre cuerpos y seres vivos.[2] De este modo, la vida –su conservación, prolongación, estiramiento– es uno de los objetivos de las políticas públicas. ¿Pero qué vida? ¿Para quiénes?

Por su profundidad y actualidad en el mundo contemporáneo, interrogarse por sus manifestaciones, explorar críticamente su espesor conceptual y analizar simultáneamente su recorrido genealógico, así como los registros arqueológicos de las diferentes tramas discursivas, jurídicas, biomédicas y económicas, la Eugenesia Social se constituye en la categoría biopolítica que explica el proyecto contemporáneo de sometimiento colectivo, servidumbre e indignidad ante la vida. Sus alcances se implican en la querella política que refleja la paradoja entre el bien común con justicia social y el arrasamiento de la vida hacia quienes terminan siendo destinatarios de las agendas del poder.

Su presencia, demuestra que es una falacia hablar de Derechos Humanos cuando el escenario político de la vida está dominado por la devastación de lo humano, por la vida insalvable, por la pregunta de ¿quién es humano y quién no lo es?

Aun más, fundamenta los criterios por los cuales trascendencia e inmanencia, soberanía y gobernabilidad, se enlazan indiferenciadamente en la biopolítica de nuestra época. Pero también revela la contradicción entre dicho poder trascendente y la gobernabilidad de la vida en relación con el estiramiento y expansión de la existencia y las condiciones de sometimiento al cual están sometidas las mayorías indeseables. Paradójicamente, ellas se sacrifican por el poder pues esperan, replegadas en su exilio interior, la salvación, las promesas del tan

esperado derrame en el capitalismo. Mientras tanto, el capitalismo explota y luego se desliga de las masas superfluas, colocándolas en los umbrales de la vida.

En este contexto, se inscribe el planteo sobre la dignidad e indignidad de la vida; el horizonte de seguridad para los mejores, los elegidos, los deseables; aquellos a quienes les espera un propósito ideal, feliz y perfecto; en cambio para las mayorías indeseables –ejército de excluidos, pobres, desamparados, marginales, locos, inmigrantes, desplazados, niños y jóvenes, etc,– la vida permanece en la esperanza de alcanzar, algún día, la dignidad, y ser salvados sólo y únicamente en este mundo, el mejor de los mundos posibles.[3]

La nueva Biopolítica - contiene dos mensajes simultáneos: despliegue de la vida y sumisión colectiva; se simboliza en el aforismo 'hacer vivir-dejar morir en vida'. De este modo, y complementando la explicación anterior, incluye el lugar que asumen, en estos tiempos, las políticas sociales cuando legitiman agendas de desigualdad y dominación, haciendo realidad los conceptos de 'nuda vida' de Agamben, de 'muerte en vida' de Deleuze o Blanchot, de 'asesinatos indirectos' según Foucault, de 'la muerte en vida' como condición de su ciudadanía de Ludueña Romandini, como también las referencias al ejército supernumerario de Castel en el cuarto mundo.[4]

El mal banal radical

Si en Arendt[5] la lógica de la sociedad totalitaria busca el dominio total del hombre, al punto que el campo de concentración emerge como laboratorio de experimentación, es Agamben,[6] quién define que, la transformación política en nuda vida, legitima la dominación totalitaria; de este modo, la nuda vida conduce al totalitarismo, al campo como nomos biopolítico de estos tiempos.

El Lager sería, entonces, para Arendt, el laboratorio donde se experimenta el dominio total.[7] Es el escenario mediante el cual el totalitarismo busca el dominio total reduciendo los hombres a su superfluidad y en el cual se anulan los más sutiles rasgos de espontaneidad. Es un terreno de entrenamiento donde élites adoctrinadas aplican, aun en condiciones de laboratorio, el proyecto de radicalización extrema. Aunque en pequeña escala, dicho programa demostraría la potencia para destruir la personalidad jurídica, la conciencia moral y la individualidad personal de todos aquellos que vivían en una sociedad totalitaria. Se trata de un experimento capaz de ser generalizable, un ensayo de imposición de la dominación total: anular las diferencias individuales, dañar la integridad física y mental, minar la autoestima y la conciencia de vivir en dignidad; hasta finalmente, anular todo rastro de humanidad.

Por su parte, en la mirada agambeniana, el 'campo' es el nomos de lo moderno, es puro, absoluto e insuperado espacio biopolítico, pues en todo estado moderno hay una decisión sobre la nuda vida.[8] El nacimiento del 'campo' es la marca política de nuestro tiempo. Tal como analiza Cunha Ribeiro, esta referencia refleja la permanente crisis del sistema político del Estado Nación que lleva a asumir como tarea propia la administración directa de la vida biológica de la nación. Por eso el 'campo' se va instalando sólidamente como nomos del planeta.[9] No hay Estado moderno en el cual no se dirima la discusión sobre la vida y sobre la muerte; esta línea ya no se presenta como una frontera fija que divide claramente dos zonas separadas: "es más bien una línea movediza en las que el soberano entra en simbiosis cada vez más íntima no sólo con el jurista sino también con el médico, científico, experto o sacerdote".[10]

Consideramos que esta institución –que consideramos concentracionaria– no es un fenómeno aislado, excepcional o único del sistema totalitario; es más, existen rasgos que persisten y se fortalecen aún en democracia y que se reproducen en la vida política u organizacional. Se trata de puro espacio biopolítico que aparece "como el paradigma oculto del espacio político de la modernidad, del que tendremos que aprender las metamorfosis y los disfraces".[11]

Tal como sugiere Agamben, la transformación política en nuda vida legitima el campo, el dominio total:

> *... precisamente la transformación de la política en espacio de la nuda vida (es decir en un campo de concentración) ha legitimado y hecho necesario el dominio total.*[12]

> Más aún: … *hoy el proyecto democrático capitalista de poner fin, por medio del desarrollo, a la existencia de las clases pobres, no sólo reproduce en su propio seno el pueblo de los excluidos, sino que transforma en nuda vida a todas las poblaciones del Tercer Mundo.*[13]

Por este motivo, consideramos a la Eugenesia Social como el proyecto político institucional de dominio total en el cual el mal convive con el bien superfluo, transitorio, cambiante. Ambas composiciones forman parte de la nueva Teodicea. En este sentido, el humanismo no ha sido más que una forma de alegar la legitimidad del ejercicio de la violencia. La violencia forma parte del marco de gestión de la vida; como tal, demuestra que el mal es profundo, extensivo pero al mismo tiempo necesario para gobernar la vida.

De forma tal que en todo Estado en el cual se dirime la vida y la muerte, la idea del mal es una instancia soberana. Más aún: no hay gobierno de la vida posible sin

la presencia del mal banal radical; es una combinación definida por su profundidad al asegurar al soberano las herramientas necesarias para consolidar su poder único y trascendental como también su capacidad de gobernabilidad, en su aspecto inmanente de la vida.

La intencionalidad de provocar el mal se acompaña por la falta de correlación entre el daño que se causa y la imposibilidad de juzgar al poder por los crímenes que cotidianamente produce. Ampliando este argumento, son actos cuya monstruosidad es inherente al control de la vida; forman parte del proyecto biopolítico que interpretamos como mal radical banal.

Sin embargo, el mal radical también se banaliza al engendrar disposiciones totalitarias y espectaculares. De este modo el gobierno de las poblaciones trivializa la dominación y al mismo tiempo, hace imposible todo castigo o juzgamiento por haber generado dicho mal. Es que en ésta, la sociedad del espectáculo, el bien no es más que banal. El poder aclamado en espectacularidad consolida su virtud con la ficción, con el aplauso, con la gloria y magnificencia.

En otras palabras, el velo de legitimidad que proporciona la ley y el sistema de normas y valores sancionados, enmascara la perversidad de los actos del poder. Al tiempo que expone y oculta - disfraza - miente - manipula con sus actos a la población el mal permanece como atribución ontológica soberana.

Esto es posible merced a la imposibilidad general para juzgar las violaciones que se cometen diariamente.

De este modo, el bien permanece como una ficción banal, coyuntural; en cuanto el poder reproduce y genera nuevas desigualdades somete a las poblaciones al sufrimiento. Así, divide, selecciona, disciplina, normaliza entre la vida digna -deseable y el sometimiento colectivo. La quimera, es la universalidad del bienestar; esta ilusión termina en una composición abstracta; una sumatoria de falacias que banalizan esa misma idea del bien común.[14]

Este esquema violento forma parte lo que denominamos 'supresión de la subjetividad; es el sentido de la deshumanización que se vuelve condición necesaria para la producción de lo humano -pero sólo de algunos humanos.

Es el mismo caso de los llamados derechos humanos. 'La cuestión de quien será tratado humanamente presupone que primero tenemos que establecer la cuestión de quién cuenta y quién no cuenta como humano'.[15]

En otras palabras, la decisión entre lo humano y lo que no lo es, legítima la secuencia que produce y descarta lo

humano; al mismo tiempo que las disposiciones discrecionales del poder promueven lo humano y levantan el emblema de los derechos causan 'el campo de lo espectralmente humano'.[16]

Campo de concentración manicomial: metáfora de las políticas públicas

Es Foucault quien vincula la cuestión del encierro con la locura. Luego Deleuze, Blanchot y Basaglia refuerzan dicho argumento con el nexo entre locura y encierro del adentro y del afuera.[17]

Es el encierro del adentro como el del afuera, en el que se juega la vida en condiciones de supervivencia individual y colectiva. Si la vida se ha convertido en el objeto y el objetivo de la política, es la metáfora manicomial, la que abona a las políticas públicas y a sus lógicas opresivas y de sumisión colectiva.

Desde el punto de vista de la Eugenesia Social, el manicomio, reescribe y actualiza la versión forzosa del encierro; pero al mismo tiempo se nutre de principios que imperan sobre políticas de vida.

En este sentido, el encierro manicomial es mucho más que un laboratorio de prueba que va graduando las variadas y multiformes tecnologías de sometimiento. La presencia constante de muros manicomiales, internos y externos, se corresponde con la exposición y el abandono de la vida. La manifestación del encierro colectivo de estos tiempos contemporáneos reproduce en escenarios organizacionales –hospitales, juzgados o escuelas– la misma crueldad hacia poblaciones cada vez más arrasadas, cada vez más pulverizadas. ¿No es acaso llamativo que la vida colectiva se extienda por el derrotero del horror? ¿Acaso no son sugestivas las analogías entre la política y el lager manicomial sobre el encierro y el sometimiento?

El legado de Auschwitz sigue vigente. Aun cuando ha implicado a la Shoa y al exterminio judío, entre tantas matanzas alcanzó también a 70.000 ciudadanos alemanes afectados por padecimientos mentales. El programa de aniquilación nazi guardaba concordancia con el planteo biopolítico hitleriano sobre una política con fundamentos biológicos, porque ella sin metas biológicas resultaba completamente ciega.[18]

Casi simultáneamente, es Binding quien justificaría la eutanasia en Alemania, no como una cuestión del derecho del enfermo a disponer sobre su propia vida, sino como un problema esencialmente social. Binding justificaba la muerte de los que están 'mentalmente muer-

tos'; acentuaba '…una carga terriblemente pesada tanto para los familiares como para la sociedad. Sus muertes no dejan el menor vacío, salvo tal vez en los sentimientos de la madre o la fiel enfermera'.[19]

El horror sigue presente en los campos de sometimiento en Argentina. Las confrontaciones que despierta la nueva legislación de Ley de Salud Mental 26.657, colocan la discusión sobre la eliminación o supervivencia del campo manicomial en el eje del debate político. Se dilatan las decisiones del cierre para el año 2020, se siguen instalando y remodelando nuevos establecimientos[20] en tanto se documentan incesantes violaciones a los derechos perpetrados contra las personas confinadas en dichos campos de concentración. Recordemos que más de un 80 por ciento de estas personas son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida.[21]

> *La Justicia dispuso una intervención en el hospital psiquiátrico de Melchor Romero, haciendo lugar a una medida cautelar solicitada por el CELS. La acción judicial se había presentado en relación con la muerte de 59 personas, el año pasado, y de 43 en los primeros meses de este año, sobre una población de unos 750 internos. Cuando el juez dispuso una inspección ocular, no sólo se encontraron ratas, cucarachas, orines, excrementos, pacientes desnudos, sobremedicados, tirados en colchones y en el suelo...*[22]

> *La segregación a gran escala de la que son objeto las personas institucionalizadas en el sistema de salud mental argentino es injustificada (...) por cuanto la riqueza de recursos no se traduce en políticas generales conducentes.*[23]

La política, el derecho, la ley contribuyen a este proyecto de sometimiento porque expresan el vínculo que une el poder a la vida del sufrimiento psíquico: la internación psiquiátrica 'sine die' (indeterminada en el tiempo) resulta más gravosa, inhumana e ilegal que la prisión perpetua! Si se quiere, es un delito penal, porque se trata de privación ilegal de la libertad personal.

> *Con el texto escueto de la ley, pareciera que el manicomio es un simple depósito y que, por la simple influencia de la internación reclusiva, puede ocurrir que a un individuo le "desaparezca" el peligro. O que ello nunca ocurra y muera allí, olvidado por su familia y por el mundo.*[24]

Es en el campo de concentración manicomial en el cual se intercambia la experiencia de vinculación indiferenciada entre violencia, gobernabilidad y soberanía. La normativa disciplinar psiquiátrica indica que, cuando se constituye una amenaza para sí y para terceros, el camino es la privación de libertad. Dictamina quién es normal y quién no lo es; quién está dentro y quién afuera.

> *Como si fuera Dios, el psiquiatra enarbola su poder para encarcelar: Los pacientes, más que objetos de cuidado, se convierten en objetos numerados según sus síntomas o sus comportamientos higiénicos, echando a perder todos sus demás atributos residuales, aptitudes, conocimientos, capacidad afectiva, deseos, etc. (...) Todo esto añade una patología por institución que vuelve pasivos a los individuos y los des-responsabiliza, bestializándolos*[25] *ó sometidos a la tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante.*[26]

Es en el campo de concentración manicomial, en el que la muerte en vida se lleva a cabo a través de mecanismos cruentos, visibles, manipuladores, deshumanizantes, desubjetivantes.

> *Los enfermeros pegan cuando "alguno se altera"…les aplican "nudos", es decir, los ahorcan con paños o tela de ropa, para dejarlos sin aire y calmarlos; un hombre murió dentro del servicio de Clínica Médica a raíz de un estrangulamiento con un nudo aplicado por un enfermero, con la ayuda de otras personas internadas*
> *(...) A las mujeres que fuman, que necesitan [dinero] para fumar, les pagan cinco pesos por el sexo oral*
> *(...) es la ventaja de los manicomios... animalitos malolientes, sucios, desamparados; ¿qué más da invertir algunos pesos más para que estén mejor... ¿para qué? Si al final tarde o temprano les llega la dulce muerte. Aquí encuentran pacientemente la muerte.*[27]

Como campo, el laboratorio manicomial, constituye el espacio de prueba y ajuste constante que es situarse dentro y fuera del orden institucional –médico, jurídico y económico– y por ello, es simultáneamente espacio exterior e interior. Es un espacio donde la *nuda vida* y la norma entran en el umbral de indistinción.[28] Es interior y exterior en el cual el ser está incluido por medio de su propia exclusión.

Su legitimidad está en este doble acto simultáneo y contradictorio en el cual la vida queda confinada. Entre el afuera y el adentro los límites ya no son tan claros por cuanto son estructuras que se excluyen e incluyen simultáneamente.

De este modo, el manicomio, se incluye en su exclusión, grafica justamente el borramiento de los limites, legitima la in-diferenciación entre el adentro y el afuera.

Si la *nuda vida* coincide con el espacio político, en el cual el estado de excepción es el paradigma del gobierno, entonces es el manicomio la metáfora aplicada a las políticas públicas:

> *Las instituciones totales tienden a abrirse, pero en una sociedad totalmente institucionalizada, bajo el control de técnicas totalizadoras: fábrica, manicomio, cárcel, escue-*

> *la, familia, se encuentran todas en un mismo nivel en cuanto instituciones en las que se tiende a importar las nuevas técnicas de manipulación, originalmente nacidas a partir de la búsqueda de una nueva respuesta técnica al problema psiquiátrico (...) Las nuevas técnicas sobre las que se basa la rehabilitación de la enfermedad mental, centrada en la comunicación controlada, en la manipulación del grupo, son exportadas como nuevo medio de manipulación de las masa*s.[29]

Aunque el encierro esté graficado en la figura manicomial como institución total, las evidencias señalen que su expansión excede sus muros; su enraizamiento demuestra que representa uno de los pilares centrales del poder y del gobierno biopolítico de la vida.

Como ocurre muros afuera, la marca de Auschwitz legítima la condición en que la vida no es ni vida ni muerte; la vida es muerte en vida y se extiende al ejército de indignos –migrantes, pobres, desamparados, marginales, locos, desplazados, superfluos, excluidos, sobrantes, insignificantes, etc– que, bajo el bando soberano, quedan sometidos a la excepción permanente.[30]

Insistimos con el argumento que legitima la vida en tanto hay producción material: 'cuando no hay producción, no hay existencia'; tal es el mensaje del capitalismo post-fordista; el mercado de trabajo hipercompetitivo y cada vez más exigente que suprime la vida, despoja al sujeto de singularidad, se cierra a los vulnerables.[31]

El despojo reduce al sujeto a su cuerpo-mercancía para que todo ciudadano sea igual a otro, logre ser reemplazado en la cadena productiva y se discipline al servicio de la maximización económica. Como sucede muros adentro, los sujetos replegados al exilio de sí no son más que cuerpos despojados de subjetividad, volcados al anonimato y expuestos a la nuda vida, puros cuerpos, con deseos controlados para el consumo y la producción, derechos violados, pisoteados, triturados; es el ocultamiento de la fuerza de las pasiones, es *el* 'infierno tan temido de las pasiones'.[32]

Hoy, es la muerte en vida el objeto fundamental del poder soberano; la soberanía que se ejerce sobre el homo sacer se ejecuta de modo abierto, sin ocultamientos, sobre una vida desnuda.

Conclusiones

En estos tiempos desolados, en los que se anula subjetividades colectivas, restauran nuevas hegemonías y obturan resistencias con el poder, la vida se dirime en la indistinción entre el adentro y el afuera. En esta composición

biopolítica, la metáfora política del manicomio, refleja el despojo que no sólo sucede internamente sino que excede los muros y se instituye en uno de los pilares sobre los cuales se funda el gobierno biopolítico de la vida; el rasgo distintivo de estos tiempos es que el campo se instituye simultáneamente como laboratorio de prueba pero también como nomos de occidente. Es el pilar sobre el cual se sostiene la modernizada esclavitud.

El encierro y la servidumbre, ambas excepcionalmente permanentes, configuran modos de ser de vida de estos tiempos; expresan la imposibilidad final de emancipación. Son manifestaciones totalitarias que resisten aun en democracia.

En tanto el bien se comprime en la banalidad nutriéndose de promesas incumplibles, invento de acuerdos, diálogos majestuosos, soluciones ficticias, el poder se auto exime de su condena y propias obligaciones; por ello exhorta a vivir a quienes, al mismo tiempo, condena al a-bandono y destina a la indignidad.

Del mismo modo, el llamamiento a los llamados derechos humanos, no expresa más que una universalidad abstracta, una ficción que oculta la masiva exposición a la vida espectral. Es la manifestación de la vida sacrificable.

> *¿Qué pasa con los derechos? ¿Qué voz tienen los usuarios una vez internados? La respuesta es ninguna; es la pérdida del usuario a sus derechos más básicos e indispensables para pensar en algún tipo de recuperación.*[33]

Por ello, insistimos en que en la nuda vida, las particularidades no pueden conformar un lazo social permanente. El Estado inhibe que ellas hagan comunidad. Tal como plantea Badiou, el Estado no se funda sobre el lazo social sino sobre su disolución, sobre lo que prohíbe.[34] Lo relevante es que lo político se sostiene en evitar la emergencia de la singularidad.

Porque ciertamente, no es que la vida sea en sí misma nuda sino que es el poder el que somete y la transforma en tal. En otras palabras, la eficacia del poder es anular material y simbólicamente cualquier acción colectiva; pero a pesar de estos esfuerzos la tenacidad de la resistencia, revela al mismo tiempo la imposibilidad por doblegarla y por ello el enfrentamiento se inscribe en una lucha permanente.[35]

Referencias bibliográficas

Agamben, G. (2009). *Signatura Rerum*, Adriana Hidalgo, Buenos Aires.

Agamben, G. (2008). *El Reino y la Gloria, Para una genealogía teológica de la economía y del gobierno, Homo Sacer II, 2*, Adriana Hidalgo, Buenos Aires.

Agamben, G. (2006). *Homo Sacer, El poder soberano y la nuda vida*, Pre- Textos, Valencia.

Agamben, G. (2005). *Lo que queda de Auschwitz El archivo y el Testigo Homo Sacer III*, Pre- Textos, Valencia.

Aguilar, H. (2001). *Carl Schmitt Teólogo de la Política*, Fondo de Cultura Económica, México.

Arendt, H. (2007). *Los Orígenes del totalitarismo*, Alianza, Madrid.

Badiou, A. (1994).*Ensayo sobre la conciencia del mal*, Rev. Acontecimiento N. 8, Buenos Aires.

Berger, P. (1971). *La Religion dans la conscience moderne*, Centurion, Paris.

Berger, P. (1981). *Para una teoría sociológica de la religión*, Cairos, Barcelona.

Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation pour la santé: la fabrique des campagnes de prévention. En : D. Fassin & D. Memmi, D. (Comps.*) Le gouvernement des corps*, Nancy, École des Hautes études en sciences sociales.

Binder, A. (2000). La Sociedad Fragmentada en Rovere, M. *Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*, Instituto de la Salud Juan Lazarte y Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario, Grafic Arte, pp 157-167, Rosario.

Binding, K., Hoche, A. (1920) *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, F Mainer, Leipzig.

Blanchot, M. (2002). *De Kafka a Kafka*", Ed. Nacional, Biblioteca de Filosofía, Madrid.

Butler, J. (2009). *Vida Precaria, El poder del duelo y la violencia*, Paidós, Buenos Aires.

Casanova, J. (1994). *Public Religions in the Modern World,* University of Chicago Press, Chicago.

Castel, R. (1997). La nueva Cuestión Social. En Castel, R. *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, México.

Colucci, M., Pierangelo Di Vittorio (2006). *Franco Basaglia,* Nueva Visión, Buenos Aires.

Cunha Riberiro, L. (2011). "Dos imágenes de la gubernamentalidad biopolítica, en Burello, M; Ludueña Romandini, F; Taub, E. (comps), *Políticas de Exilio*, EDUNTREF, Buenos Aires.

Davie, G. (2001). Europe: l'exception qui confirme la règle en P. Berger. (comp.) *Le Réenchantement du monde*, Bayard, Paris.

Deleuze, G. (2005). *En medio de Spinoza*, Cactus, Buenos Aires.

Díaz G, R. (2006). *Poder y resistencia en Michel Foucault*, Tabula Rasa, No.4, enero-junio, Bogotá.

Durkheim, E. (2003). *Las formas elementales de la vida religiosa*, Alianza, Madrid.

Evaristo, P. (2000). *Psiquiatría y Salud Mental*, Asterios, Trieste.

Fassin, D., Memmi, D. (2004). Le gouvernement de la vie: mode d'emploi. En D. Fassin & D. Memmi, D. (Comps.*) Le gouvernement des corps*, Nancy, École des Hautes études en sciences sociales.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio, Población*, Curso, Paris, Collège de France, 1975-1976, Fondo de Cultura Económica, D. F., México.

Foucault, M. (1991). *Hacer vivir y dejar morir: la guerra como racismo*, Revista Fin de siglo, 1, Universidad del Valle, pp. 18–33, Colombia.

Foucault, M. (1990). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina en Foucault, M. *La Vida de los Hombres Infames*, La Piqueta, Madrid.

Foucault, M. (1980). *Historia de la Sexualidad, I: La Voluntad de Saber*, Siglo XXI, Madrid.

Fränkel, D. (2008). *Eugenesia Social en tiempos del genoma: Intervenciones totalitarias del poder*, Revista de Psicología Argumento, v. 26 n. 54 jul./set, Parana, Brasil.

Gauchet, M. (1985-2002). *Le Désenchantement du monde. Une histoire politique de la religión*, (reedición), Gallimard, Paris.

Gehlen, A. (1993). *Antropología filosófica*, Paidós, Barcelona.

Kaminsky, G. (1990). *Spinoza, La política de las pasiones*, Gedisa, Buenos Aires.

Kepel, G. (1991). *La Revanche de Dieu. Chrétiens, juifs et musulmans à la reconquête du monde,* Seuil, Paris.

Lazzarato, M. (2000). Del biopoder a la biopolítica, *Multitudes (1).*

Lipcovich, P. (2014). *Hospital de muerte, desidia y abandono,* Diario Página 12.
Disponible en *http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-260876-2014-11-29.html*
Acceso 06.12.2014.

Lipcovich, P. (2014). *Una Polémica para el manicomio*, Diario Página 12
Disponible en *http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-246970-2014-05-24.htm*
Acceso 05.12.2014.

Löwith K. (2207). *Historia del Mundo y Salvación. Presupuestos teológicos de la Filosofía de la Historia*, Katz, Buenos Aires.

Ludueña Romandini F. (2006). *Homo Oeconomicus, Marcillo Ficino, la teología y los misterios paganos*, Miño y Dávila, Buenos Aires.

Ludueña Romandini, F. (2011). Capitalismo y Secularización, *Filosofía Unisinos*, 12,2, Ludueña Romandini, F. (2010). *La Comunidad de los Espectros*, Miño y Dávila, Buenos Aires.

Marquard, O. (2000). *Apología de los Contingente*, Institució Alfons el Magnanim, Valencia.

Memmi, D. (2004). Administrer une matière sensible. En D. Fassin & D. Memmi, D. (Comps.*) Le gouvernement des corps*, Nancy, École des Hautes études en sciences sociales.

Memmi, D. (2003) *Faire vivre et laisser mourir*, La Découverte, Paris.

Platen-Hallermund, A. (2007). *Exterminio de Enfermos Mentales en la Alemania Nazi*, Nueva Visión, Buenos Aires.

Rabinovich-Berkman, R. (2008). *La ley 26.378: Un feliz golpe a los delirios eugenésicos,* La Ley, CABA, 1.

Renaud, M. (1995). El futuro: ¿Hygeia versus Panakeia? en R. Evans &, M. Barer, & T. Marmor (comps.): ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?" Ed. Díaz de Santos, Madrid.

Seitun, D. (2004) La indeterminación temporal de las medidas de seguridad para inimputables y el principio de proporcionalidad, *Revista de Derecho Penal Procesal Penal y Criminología*, Año 4, N. 7-8, Ediciones Jurídicas, Mendoza.

Scheler, M. (1971). *El puesto del hombre en el cosmos*, 9ª edición, Losada, Buenos Aires.

Testot, L., Dortier, J. F. (2005). *Le Retour du religieux, un phénomène mundial*, Sciences Humaines, n° 160, Mayo.

Sloterdijk, P. (2004). *Reglas para un parque humano*, Siruela, Madrid.

Weber, M. (1997). *Economía y sociedad*, Fondo de Cultura Económica, Colombia.

Uzín Olleros, A. (2006). *Alain Badiou: La filosofía como política de la justicia*, Nodo psicoanalítico, Rosario.

Virno, P. (2003). *Gramática de la Multitud*, Colihue, Buenos Aires.

Declaraciones y Congresos

Frankel, D., Iglesias, M. G. (2011, abril). *Conclusiones, Jornadas Políticas de Salud Menta en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Experiencias en Iberoamérica, Ley de Salud Mental: Ciudadanía Activa, Igualdad e Inclusión Social*, Diplomatura Salud Mental y Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Fallos Judiciales

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2010) *Caso "Ximenes Lopez c. Brasil*, Derecho a la Salud, 1a ed., Buenos Aires.

Políticas y Programas Sociales

Centro de Estudios Legales y Sociales (2007). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina*, Washington.

Ministerio de Salud (2011). *Ley Nacional De Salud Mental Nº 26657*, Buenos Aires.

Otros textos bibliográficos de referencia

Hospital Interzonal Psiquiátrico, Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door. (2007) *Compilación de textos sobre el manicomio*: Provincia de Buenos Aires.

Notas

[1] la secularización remite a su origen teológico; ella se apropia, se extiende y finalmente "…actúa, en el sistema conceptual de la modernidad como una signatura, que la remite a la teología.(Agamben, 2009, 106 in Agamben G, (2009). *Signatura Rerum*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo, 2009). Respecto a la llamada 'querella de la secularización' a la que se refiere Agamben en el Reino y la Gloria. entre Hans Blumenberg, Odo Marquard, Kart Löwith y Carl Schmitt (Agamben, 2008, Adriana Hidalgo, 19-20).
Véase también Aguilar H, (2001). *Carl Schmitt Teólogo de la Política*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001, 43; Löwith K, (2007). *Historia del Mundo y Salvación. Presupuestos teológicos de la Filosofía de la Historia*, Buenos Aires, Katz, 92. Ludueña Romandini F. (2006). *Homo Oeconomicus, Marcillo Ficino, la teología y los misterios paganos*, Buenos Aires, Miño y Dávila, 2006, 96; 106-110; Ludueña Romandini, F. (2011). Capitalismo y Secularización, *Filosofía Unisinos*, 12,2, 98-113. Marquard, O. (2000). Apología de los Contingente, Valencia, Institució Alfons el Magnanim.
Véase entre otros: Berger, P. (1981). *Para una teoría sociológica de la religión,* Barcelona, Cairos; Berger, P. (1971). *La Religion dans la conscience moderne,* Paris, Centurion; Casanova, J. (1994). *Public Religions in the Modern World*, Chicago, University of Chicago Press.; Davie, G. (2001). Europe : l'exception qui confirme la règle en P. Berger (comp.), *Le Réenchantement du monde,* Paris, Bayard. ; Durkheim, E. (2003). Las formas elementales de la vida religiosa, Madrid, Alianza.; Gauchet, M. (1985-2002). *Le Désenchantement du monde. Une histoire politique de la religión*, (reedición) Paris, Gallimard.; Kepel, G. (1991). *La Revanche de Dieu. Chrétiens, juifs et musulmans à la reconquête du monde*, Paris,Seuil.; Testot L; Dortier JF (2005). Le Retour du religieux, un phénomène mundial, Sciences Humaines, n° 160, Mayo.; Weber, M. (1997). *Economía y sociedad*, Colombia, Fondo de Cultura Económica.

[2] Al respecto véase Berlivet, L.2004. *Le gouvernement des corps*), École des Hautes études en sciences sociales, pp.37-40; Fassin, D., Memmi, D. 2004. ibid, pp 9-34; Fränkel, 2008, *Revista de Psicología Argumento,pp.* 245-246 ; Memmi, 2004. en Fassin, op. cit. pp 135-141; Memmi, D : « Faire vivre et laisser mourir ». Paris, La Découverte, 2003.

[3] En la Voluntad de Saber, Foucault delimita lo que denomina como Biopolítica al cambio que implicaba exponer a las poblaciones a la muerte general, por el de garantizar su existencia. *Es una nueva forma de gestión positiva que tiene por objeto a la vida y reemplaza al viejo concepto de soberanía y disciplina. El principio de poder matar para poder vivir (…) se ha vuelto principio de estrategia entre Estados, pero la existencia de marras ya no es aquella, jurídica de la soberanía, sino la puramente biológica de una población. Si el genocidio es por cierto el sueño de los poderes modernos, ello no se debe a un retorno, hoy del viejo derecho de matar: se debe a que el poder reside y ejerce en el nivel de la vida, de la especie, de la raza y de los fenómenos masivos de la población (…) Podría decirse que el viejo derecho de hacer morir o dejar vivir fue reemplazado por el poder de hacer vivir o de rechazar hacia la muerte.* (Foucault, M. (1980). *Historia de la Sexualidad, I: La Voluntad de Saber*. Madrid, Siglo XXI, 166-167). Esta nueva alineación del poder se inicia con el desarrollo de la economía política capitalista y el descubrimiento del concepto de población. (Foucault, 2006, Fondo de Cultura Económica, pp 22,26, 27 – 436); Foucault, 1990. La Piqueta, pp.93-120; Lazzarato, M. (2000). Del biopoder a la biopolítica, *Multitudes (1).*

[4] El término está planteado en Blanchot: "Nuestra salvación es la muerte, pero no ésta. No morimos, es verdad, pero de ello resulta que tampoco vivimos, estamos muertos en vida, somos sobrevivientes" (Blanchot, 2002, Ed. Nacional, 58) y en Deleuze: *Hay muertes que no esperan la transformación del cuerpo en cadáver. Son muertos en vida* (Deleuze, 2005, Cactus, 45). También refleja la imagen del musulmán de Agamben. De acuerdo con la paradoja de Levi en la jerga del campo, los musulmanes son los 'verdaderos" testigos, los testigos integrales', pero son los que no han testimoniado ni hubieran podido hacerlo. Son los que *han tocado fondo, los hundidos; lo intestimoniable, el no-hombre verdaderamente humano es aquel cuya humani-*

dad ha sido íntegramente destruida. (Agamben, 2005, Pre-Textos, 34).
Foucault ya anticipaba que "matar" no se refiere solamente al asesinato directo, sino también a todo lo que puede ser muerte indirecta, es decir, expandir el ius exponendi, el hecho de exponer a la muerte o de multiplicar para algunos el riesgo de muerte, o más simplemente la muerte política, la expulsión. El Estado funciona teniendo como base el biopoder; a partir de este hecho, la función homicida del Estado queda asegurada por el racismo (Foucault, 1991, Universidad del Valle, 19).
El desarrollo mesiánico que lleva a cabo el cristianismo mediante la resurrección fue un experimento antropotecnológico único, generador de una nueva forma de vida, de un nuevo poder de vida y muerte de Dios. El hijo inseminado artificialmente en María llega luego a morir para vivir en forma resurrecta: pereció para vivir, conoció la muerte y luego ganó el poder soberano sobre la vida post mortem para su Padre. Es únicamente mediante la experiencia de la negatividad de la muerte que el Dios de los cristianos puede ejercer un poder afirmativo sobre la vida. Se trata de un cambio ontológico de la humanidad que consagra la vida en la tierra en un Reino de muertos vivos. Es una ley de vida después de pasar por la muerte, es una vida post mortem. (Ludueña Romandini, 2010, Miño y Davila, 117). Véase también Castel, R. (1997). La nueva Cuestión Social. En Castel, R. Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado, México, Paidós; Díaz, 2006, Tabula Rasa, 113; Renaud, M. (1995). El futuro: ¿Hygeia versus Panakeia? en R. Evans &, M. Barer, & T. Marmor (comps.): ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?" Madrid, Ed. Díaz de Santos.

[5] Arendt, 2007, Alianza, Cap. 12.

[6] Agamben, 2006, Pre- Textos.

[7] Arendt, op cit, 2007.

[8] Ibid: 211.

[9] Cunha Riberiro,2011, EDUNTREF, 70.

[10] Agamben op cit 2006: 155, 156.

[11] ibid: 156.

[12] ibid: 152.

[13] ibid: 228, 229.

[14] La dominación y apropiación están asociados al bien común. Ante la crisis del sistema de seguridad occidental el desafío post moderno es alcanzar una nueva legitimidad para regular la vida**.** (Sloterdijk, P, 2204, Siruela.). Otra versión sobre la domesticación, son las condiciones de inferioridad de la naturaleza humana. (Scheler, 1971, Losada, p. 53-55) y la legitimidad por fabricar un mundo substitutivo adaptado artificialmente, capaz de compensar el deficiente equipamiento orgánico. Ante la imposibilidad biológica, el hombre está obligado a dominar la naturaleza. (Gehlen, 1993, Paidós).

[15] Butler, 2009, Paidós, 122.

[16] ibid: 123.

[17] Agamben, op.cit, 2006: 30 y 31.

[18] Con referencia a Mi Lucha Hitler escribe que *En este punto, tampoco puede haber medidas a medias. Las más graves y duras decisiones deberán tomarse. Es una medida a medias permitir a los enfermos incurables contaminar directamente a los restantes saludables. Esto en consonancia con el humanitarismo que, para evitar lastimar a un individuo, deja morir a otros cientos. La exigencia de que los defectuosos sean impedidos de propagar una progenie igualmente defectuosa es una exigencia de la más clara razón, y si se la ejecuta sistemáticamente representa el acto más humano de la humanidad. Ha de evitar a millones de infortunados sufrimientos inmerecidos, y consecuentemente conducirá a una creciente mejora de la salud como un todo. La determinación para proceder en esta dirección opondrá un dique a la ulterior propagación de las enfermedades venéreas. Porque, si es necesario, los enfermos incurables serán segregados sin piedad; una medida bárbara para el infortunado al que golpea, pero una bendición para sus compañeros humanos y la posteridad. El dolor pasajero de un siglo puede y debe redimir milenios de los sufrimientos* (Rabinovich-Berkman, 2003, La Ley, 3).

[19] Véase Binding, K., Hoche, A. (1920) *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten* Lebens, Leipzig, F Mainer; Platen-Hallermund, A. (2007). *Exterminio de Enfermos Mentales en la Alemania Nazi*, Buenos Aires, Nueva Visión.

[20] Entre los casos más resonantes de los últimos tiempos se destaca la ampliación y remodelación" del Hospital de Salud Mental El Zonda de la Provincia de San Juan (Lipcovich, P (2014). *Una Polémica para el manicomio*, Diario Página 12, Disponible en http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-246970-2014-05-24.htm, Acceso 05.12.2014.

[21] Se calcula que alrededor de 25.000 personas están confinadas en campos de concentración psiquiátricos, y que dos tercios de las camas pertenecen al sistema público. Centro de Estudios y Sociales, 2007, 9-10.

[22] Lipcovich, P : *Hospital de muerte, desidia y abandono* Diario Página 12, Disponible en http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-260876-2014-11-29.html, Acceso 06.12.2014.

[23] Centro de Estudios y Sociales, 2007. op.cit., 10.
[24] Seitun, D. (2004) La indeterminación temporal de las medidas de seguridad para inimputables y el principio de proporcionalidad, *Revista de Derecho Penal Procesal Penal y Criminología*, Año 4, N. 7-8, Mendoza, Ediciones Jurídicas.
[25] Evaristo, 2000, Asterios, 22.
[26] Corte Suprema de Justicia de la Nación "el señor Ximenes Lopes" o "la presunta víctima"), por las supuestas condiciones inhumanas y degradantes de la hospitalización del señor Damião Ximenes Lopes, una persona con discapacidad mental; los alegados golpes y ataques contra la integridad personal de que se indica fue víctima por parte de los funcionarios de la Casa de Reposo Guararapes (en adelante "la Casa de Reposo Guararapes" o "el hospital"); su muerte mientras se encontraba allí sometido a tratamiento psiquiátrico; así como la supuesta falta de investigación y garantías judiciales que caracterizan su caso y lo mantienen en la impunidad.(Corte Suprema de Justicia de la Nación,Caso "Ximenes Lopez, 2010, Derecho a la Salud., 531) La presunta víctima fue internada el 1 de octubre de 1999 para recibir tratamiento psiquiátrico en la Casa de Reposo Guararapes, la cual era un centro de atención psiquiátrica privado, que operaba dentro del marco del sistema público de salud del Brasil, llamado Sistema Único de Salud (en adelante "el Sistema Único de Salud" o "el SUS"), en el Municipio de Sobral, estado del Ceará. El señor Ximenes Lopes falleció el 4 de octubre de 1999 dentro de la Casa de Reposo Guararapes, al fnal de tres días de internación. (ibid :502); "El día 4 de octubre de 1999 cuando la madre de la testigo visitó al señor Damião Ximenes Lopes, él estaba agonizando, y pidió socorro al médico Francisco Ivo de Vasconcelos, porque creía que su hijo iba a morir debido a las condiciones en que se encontraba. Sin embargo, el médico no atendió sus pedidos. El señor Ximenes Lopes murió ese mismo día. Su cadáver presentaba marcas de tortura; sus puños estaban desgarrados y totalmente morados, y sus manos también estaban perforadas, con marcas de uñas y una parte de la nariz la tenía golpeada. La causa de muerte fue descrita por los médicos como "muerte natural, paro cardio-respiratoria" y no se indicó nada más" (ibid: 514).
"El 8 de octubre de 2003, durante su 118º Período Ordinario de Sesiones, la Comisión aprobó el Informe de Fondo No. 43/03, mediante el cual concluyó, inter alia, que el Estado es responsable de la violación de los derechos consagrados en los artículos 5 (Derecho a la Integridad Personal), 4 (Derecho a la Vida), 25 (Protección Judicial) y 8 (Garantías Judiciales) de la Convención Americana, en conexión con el artículo 1.1 de dicho tratado, por la hospitalización del señor Damião Ximenes Lopes en condiciones inhumanas y degradantes, por las violaciones a su integridad personal, y por su asesinato" (Ibid:503).
[27] Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred, (2007) Compilación de textos sobre el manicomio: Provincia de Buenos Aires Open Door.
[28] Colucci M; Pierangelo Di Vittorio: Franco Basaglia, Buenos Aires, Nueva Visión, 2006; Agamben, op.cit. 2006: 211.
[29] Ibid: 129.
[30] En la misma dirección Binder, plantea que el poder se instituye en función de la fragmentación, de la cultura del naufragio, del desencuentro. La estrategia es la construcción de minorías; designa a los sin techo, desocupados, desposeídos, los jóvenes fuera del mercado laboral, drogadictos, intelectuales, bandas juveniles, homosexuales, rockeros, ancianos sin familia, niños de la calle, los solitarios, prostitutas, ropavejeros, guerrilleros, y todos aquellos que sufren la marginación. (Binder, 2000: 158-159).
[31] Virno, P. (2003). Gramática de la Multitud. Buenos Aires, Colihue.
[32] Kaminsky, 1990, Gedisa, 131.
[33] Frankel, D; Iglesias MG. (2011, abril). Conclusiones, Jornadas Políticas de Salud Menta en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Experiencias en Iberoamérica, Ley de Salud Mental: Ciudadanía Activa, Igualdad e Inclusión Social, Diplomatura Salud Mental y Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, Universidad Nacional de Mar del Plata.
[34] Véase Badiou, A. (1994).Ensayo sobre la conciencia del mal, *Rev. Acontecimiento N. 8*, Buenos Aires. Al respecto consultar Uzín Olleros, A, (2006). *Alain Badiou: La filosofía como política de la justicia*, Rosario, Nodo psicoanalítico.
[35] "*Cuando se nos dice actualmente que la política es imposible, lo que nos están diciendo, en realidad, es que toda política es totalitaria, y que tenemos que aceptar la gestión del Estado (.....) porque la idea es la siguiente: pensar la política no a partir del Estado (Estado representativo por un lado y Estado totalitario por el otro), sino pensar la política, concebirla, a partir del sujeto político*". (Badiou, op.cit. 1994 :47).

Trayectorias de vida de jóvenes en conflicto con la ley

Experiencias de intervención desde una política pública comunitaria

Life development of young people who have conflicts with law. Experiences of intervention from a community work based on public policies.

Gustavo Makrucz
Lic. en Psicología
Universidad Nacional de Lanús

gusmak@yahoo.com.ar

Rodolfo Núñez
Lic. en Trabajo Social
Universidad Nacional de Lanús

rodonun@gmail.com

Nadia Sánchez
Lic. en Trabajo Social
Universidad Nacional de Lanús

nadiamarielsanchez@gmail.com

Resumen

El presente artículo pretende compartir resultados de la investigación "Dispositivos de prevención, promoción y restitución de derechos de jóvenes en conflicto con la ley penal: incidencia en sus trayectorias de vidas", de la Universidad Nacional de Lanús (2014-2015, directores Núñez-Makrucz).

Analizaremos aquí uno de los tres dispositivos estudiados, denominado "Barrio Adentro", que concentra su intervención territorial en La Plata, destacando de la misma, tal como lo sugiere la perspectiva de salud mental comunitaria, el carácter de restitución del lazo social de los jóvenes en cuestión, es decir, los vaivenes que producen la promoción de mejores vínculos con otros, desde una política pública centrada en la capacidad del sujeto.

¿Qué pasaba con los jóvenes, antes de ingresar al Programa? ¿Qué sucedió a partir de su intervención?

¿Cómo se encuentran actualmente? ¿Cómo se los acompaña cuando han atravesado infinidad de interrupciones en los acompañamientos institucionales establecidos? ¿Cuándo es conveniente que las acciones sucedan por fuera del *barrio*? Estas preguntas acompañan el relato de la trayectoria por el dispositivo desde la mirada de los propios jóvenes.

Trabajamos con jóvenes que han *finalizado* su paso por el programa, pero que continúan conectados con sus integrantes. Conexiones que, siendo cercanas y afectivas no dejan de articular funciones propias de lo esperado por una política pública territorial.

A modo de conclusión, señalaremos algunas cuestiones de las variables analizadas, teniendo como consideración principal el modo en que finalizan las intervenciones desde un *dispositivo flexible.*

Palabras clave
Jóvenes - Conflicto con la ley - Trayectorias de vida - Salud Mental Comunitaria.

Abstract
The present article intends to share the results of an investigation called "prevention and promotion devices to restore their rights to young people who have had and have problems with criminal law: how these devices have influenced their lives", by National University of Lanús during 2014 and 2015 and directed by Nuñez and Makrucz.

We will analyze one of the three devices studied, called "Inside neighborhood", which concentrates its territorial intervention in La Plata city, highlighting the nature of recovery of the social bond of these young people –as it is suggested by the communal mental health perspective–. That is to say, the fluctuations produced by the promotion of better

relationships with the others, by public policies focused on the individual's ability.

What was up with these young people before they joined the programme? What happened since their participation on it? What is their situation at present? These questions accompany the report of their development through the device from their own perspective.

How are they accompanied after they have gone through lots of interruptions? When is it Advisable / desirable that those actions appear outside the neighborhood?

Young people who have finished their participation in the programme, but they are still connected with its members. Relations, which are closer and emotional, but do not leave the specific function expected from a territorial public policy.

To conclude, we will mention some aspects of the analyzed variables, considering mainly the way in which the interventions end from a flexible device.

Keywords
Young people - Problems with criminal law - Life Development - Communal mental health.

Adentrarse en el Barrio desde una política pública. O acerca del Programa Barrio Adentro como dispositivo flexible.

Barrio Adentro (en adelante BA), es un Programa de la provincia de Buenos Aires, que funciona territorialmente en la ciudad de La Plata. Desde su propia descripción, plantean que se trata de "un dispositivo dinámico con una lógica territorial que vehiculizará el funcionamiento del Sistema de Promoción y Protección de Derechos y de Responsabilidad Penal Juvenil, ya sea para niños y adolescentes con vulneración de derechos como para aquellos en conflicto con la ley comprendidos en los principios de las leyes provinciales 13.298 y su complementaria 13.634." (Barrio Adentro; 1 : 2015).

Organizan sus acciones mediante tres proyectos marco: Acompañamiento, Talleres de arte en territorio y Educación no formal, y Promoción de Derechos. El ingreso es múltiple por medio de: referentes, familias, instituciones educativas o de salud, Servicio Zonal, Defensores, Centro de Referencia, por sí mismos, etc. En el caso de jóvenes en conflicto con la ley, ingresan por sí mismos, por Centro de Referencia y/o por los Defensores.

El Programa se diseña como una modalidad alternativa a las ofertas institucionales tradicionales, en vista de que gran parte de los niños, jóvenes y familias no logran acceder y/o integrarse a tales dispositivos. Así comienza a gestarse presencia institucional que permite que el Poder Ejecutivo Provincial pueda inscribirse en el barrio como un "espacio de consulta, orientación, articulación y/o asistencia" (Barrio Adentro, 2: 2015). Para ello, el Programa propone intervenir integralmente, entendiendo como necesaria la participación en los diferentes ámbitos de interacción social en los que el delito se da o se ve facilitado, teniendo así la posibilidad de crear desde allí los dispositivos territoriales que esta problemática requiere. Esto responde a sus tres principios conceptuales subyacentes: territorialidad, dispositivos flexibles y epistemología de redes sociales. Los mismos se desarrollan a través de las cinco dimensiones conceptuales que transversalizan la práctica: territorial, institucional, colectiva/grupal, familiar e individual.

El Programa se inscribe en las denominadas políticas de actor que en palabras de Silvana Garello y Rodolfo Núñez (2014) apuntan a promover las capacidades integrales, reducir las brechas de las desigualdades sociales y a brindar oportunidades para el desarrollo desde posicionamientos activos de los jóvenes como sujetos de derechos. Del mismo modo, buscan promover nuevas formas organizativas menos burocráticas y centralizadas.

La noción de *dispositivo flexible* que el Programa plantea es el modo de intervención que permite llegar al niño, y la familia con la que les interesa trabajar. "La flexibilidad de los formatos permite rescatar las necesidades de los sujetos, respondiendo con propuestas pertinentes y generando una oferta pública alejada de las fórmulas estatales tradicionales. Los acompañamientos, articulaciones institucionales y demás intervenciones nacen de un trabajo anterior con los habitantes del lugar." (BA-G3)[1].

Traducimos *flexible* entonces, como aquello que cambiando de forma facilita múltiples conexiones, en este caso de acceso a derechos: articulaciones institucionales, circuitos formales, vínculos comunitarios, familiares. Así también, a estrategias que actúen como protectoras de derechos. Tal es el caso de una *credencial* para un joven que teniendo arresto domiciliario había retomado su escolaridad: se determina un camino permitido (en conjunto con el defensor) y ante la posible/inminente detención policial en ese circuito, se inventa una credencial para ser presentada y evitarse traslados a la comisaría. Se evita de este modo el atravesar una situación de tensión y se anticipa de manera creativa y flexible.

La trayectoria de los jóvenes como relatos de experiencias. O acerca de lo que ellos mismos cuentan de sus trayectos.

Los jóvenes que relatan su experiencia lo hacen desde un lugar conquistado, ganado. Múltiples son las referencias a las distancias entre lo que eran y lo que ahora ya no.

"Estaba perdido, completamente". "Estaba en cualquiera." "No sabía lo que hacía", son algunas de las expresiones utilizadas, que nos permiten destacar que el ser entrevistado fue vivenciado como un modo de reconocimiento. Al inicio de cada una de las entrevistas, se leía el consentimiento, –formalidad requerida por el espacio académico–, y se consultaba su deseo de participar de la misma: *"Yo la quiero hacer porque a mí me ayudaron bastante" (BA-J2) "Si, así les sirve a otros" (BA-J3)* Queda en evidencia así el deseo de decir, contar, y compartir desde un lugar diferente un proceso que tuvo muchos momentos de desorientación. Esto nos conecta con los procesos de construcción de subjetividad, y espacios de subjetivación que analizaban Makrucz y Pazdera: "La identidad parecería ser un concepto que no da cuenta de los diversos, múltiples e imbricados procesos que configuran a los sujetos, siempre en construcción. Es entonces allí cuando surge la pertinencia de abordar la cuestión de la construcción o producción de subjetividad. 'En realidad la identidad y la subjetividad se constituyen a través de las prácticas que las palabras relatan. Prácticas institucionales como los asilos, las prisiones y las escuelas (…) más que alojar

sujetos específicos, efectivamente los crean.'" (Makrucz, Pazdera; 3: 2015) Gregorio Baremblitt, referente argentino del Movimiento Institucionalista, sintetizando a varios exponentes del mismo como Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari y Cornelius Castoriadis, nos dice respecto a la producción de subjetividad: 'no existe un sujeto con una estructura universal y con variaciones apenas de desarrollo, contenido o estilo. Lo que existen son procesos de producción de subjetividad por los cuales las sociedades tienden a reproducir sujetos idénticos o similares, según los "modelos" dominantes del grupo o clase de que se trate y de acuerdo con los padrones de lo "instituido-organizado-establecido (…) Por contraposición al proceso de producción de subjetividad uniforme, sujetada y sometida, hay infinitos y heterogéneos procesos de producción de subjetivación libre, productiva, deseante, revolucionaria. Esos son absolutamente contingentes, propios de cada momento, lugar y coyuntura y generan sujetos singulares en las márgenes de cada evento.' (Baremblit; 177: 2005).

Para Gilles Deleuze (1995), 'los procesos de subjetivación son las diversas maneras que tienen los individuos y colectividades para constituirse como sujetos: esos procesos solo valen la pena en la medida en que al realizarse, escapen de los poderes dominantes. Aunque ellos (los sujetos) mismos se prolonguen en nuevos poderes (…) tienen en su momento una espontaneidad rebelde". (Deleuze; 275: 1995).

Entendemos al dispositivo Barrio Adentro como un espacio de subjetivación en los términos arriba mencionados, y es desde allí que visualizaremos ahora cómo refieren los jóvenes a sus propios recorridos.

Uno de ellos había perdido a un hermano un mes atrás del momento en que se realizó la entrevista. Aún así, quería hablar: el tema en cuestión lo seguía atravesando en la experiencia de su propio hermano y en su relato establece diferencias en cuanto a posibilidades de "*salirse de la situación"* con acompañamiento de una política pública (con rostros y nombres particulares) tal como a él lo habían acompañado, en contraposición con el no tener/acceder a un acompañamiento, como su hermano.

El antes del acompañamiento

Los jóvenes entrevistados relatan con mucho énfasis un malestar con la situación en la que se encontraban antes de comenzar a ser acompañados por el equipo de Barrio Adentro. Un antes que, al nombrarse desde lejos, marca un hoy diferente en algunos aspectos. Es difícil, entonces, recomponer ese momento sin señalar que ahora ya ni hacen ni piensan así.

Expresa N al respecto: "estaba perdido, andaba en cualquiera. Digamos, en cualquiera porque yo no era un delincuente que iba a robar todos los días. Me juntaba en la esquina con los vagos y la mala junta y bueno. A esto yo le llamo tiempo perdido ¿No? Fue desde los 14 hasta los 17 años, 3 años estuve así. Fue en ese tiempo que me descarrilé, me extravié de mi rumbo, porque yo, venía bien estudiando jamás había repetido pero en noveno repetí 3 veces y eso fue algo jodido." "Fue en esa edad de los 14 y 15 años. Todo esto me llevó a cometer un delito, fui a robar y me metieron preso. Por un tema de unas pastillas con la gente que yo me juntaba, estábamos todos drogados, fuimos a robar y perdí yo solo y otro chico más, éramos 4 y 2 se fueron. Y ahí fue cuando conocí a Barrio Adentro, estaba preso en un instituto de menores." (BA J1).

"Yo, como te dije, nosotros sufrimos bastante y buscamos la manera para estar bien y para sobrevivir. Éramos muy chicos muy terribles y nadie nos quería dar un trabajo y nadie nos quería dar una mano, ni ayudar. El trabajo lo teníamos que buscar nosotros mangueando en la calle, imagínate mangueando con las bicicletas, mangueando en las panaderías, a todos y a los chicos." (BA-J2).

Con relación al mismo momento, nos menciona J: "Yo siempre viví siempre acá, yo tenía mi pieza ahí atrás. Soy de una familia sufrida, porque mi papa era alcohólico y mi mamá estaba sin trabajo y nosotros nos alimentábamos de un comedor, la mala junta, la droga eso me llevó a perdición y empecé a robar. Me iba robar y traía plata a mi casa para comprar cosas porque no teníamos ni para comer. Ahí me hice y empecé a delinquir. Yo creo que los conocí a ellos en el comedor, si. Estuvimos un tiempo en el comedor y después a los 17 eso se cortó, me mandé una macana y estuve en el instituto" (BA J2).

M nos respondía: "-Y, fue complicada mi vida. Mucha droga, robaba mucho. No, no podía cambiar con nada. A los doce empecé así, a los quince o dieciséis ya estaba perdido y a los diecisiete, ni te cuento. Qué cosas pensás que te llevaron a perderte: M- Ah, ¡la droga! La droga. RN- Y ¿qué te llevo a la droga? M- La junta GM- ¿Qué te llevo a la junta? M- Ser indio de chiquito.GM- ¿Qué es ser indio de chiquito? M- Portarte mal y que nadie te diga nada. Que te reten una vez, pero vos no haces caso, y ya no te retan más. Y así te vas haciendo cada vez peor. Después ya cuando fuiste a la esquina y te gustó la esquina… ¡chau!" (BA-J3) "Porque a mí me importaba más mis hermanitos ¿Viste? Porque ellos pedían pan y no había yo veía y tenía 13 años, los muchachos iban y venían tenían plata, robaban cosas y entonces y no me quedó otra y con los conocidos que tenía me dediqué a robar a los 13, 14, 15, 16 y 17, ellos comían bien. Mi papá, venía borracho y le pegaba a mi mamá, nos

agarrábamos con mi papá a mi también casi me mata, conmigo era el que tenía más roces y con el mayor, porque yo lo enfrentaba a mi papá, porque no estaba nadie de mis hermanos y yo estaba solo y me enfrentaba con mi viejo. Pobrecitos mis hermanos que sufrieron bastante y estamos muy lastimados del corazón." (BA-J2).

Los jóvenes expresan en los relatos de sus trayectos, situaciones familiares complejísimas, principalmente económicas (como el no tener para comer en sus casas), de violencia de género, y de consumo problemático de alcohol (propio o de sus familiares cercanos). Algunos de los adultos de su entorno familiar, atravesados por las complejidades mencionadas, relegaron algunas cuestiones de cuidado, lo que desde la percepción de alguno de los jóvenes se traduce como la necesidad de una presencia más activa: "no estuvieron tan encima ¿No? Porque si uno está más atento del hijo, se tienen que fijar lo que hace en la esquina ¿Por qué no venís durante 5 horas? ¿Dónde estabas? Tampoco, ser un vigilante y estar ahí atrás, pero yo, creo que los padres tienen que estar más firmes". (BA-J2).

También se vislumbran circuitos institucionales que no han alojado a los jóvenes durante mucho tiempo, lo que se ejemplifica con la frase "arranqué a los 12 y a los 17 ya estaba perdido" (BA-J1), tiempo en el que según cuenta no concurrió a ningún espacio educativo.

Nos encontramos con historias de adolescentes que durante varios años se *perdieron* de los registros de los dispositivos institucionales, y/o que –por el contrario- reconociendo la conflictividad de acompañarlos, no pudieron alojarlos en sus singularidades.

Dos de los entrevistados habían interrumpido años atrás su escolaridad, uno continuaba asistiendo, aunque "repitió tres veces noveno". Los tres refieren haber mantenido en ese momento un vínculo cercano con el consumo. La *droga*, la *mala junta*, y la *no mirada* de las familias parece ser un nexo común entre las tres situaciones. Así también, pueden identificar el no-límite, frente a la afirmación de uno de ellos le preguntamos ¿Qué es ser indio de chiquito? A lo que nos contesta "Portarte mal y que nadie te diga nada. Que te reten una vez, pero vos no haces caso, y ya no te retan más. Y así te vas haciendo cada vez peor." (BA-J3).

Con todo, los jóvenes vinculan el momento previo al ingreso al dispositivo, con situaciones de deserción escolar, de tiempo sin "mirada" de adultos responsables, de adultos responsables inmersos en conflictivas familiares, de consumo de alcohol, de "no pensar en nada", de situaciones asociadas al delito.

Experiencias por y con Barrio Adentro

Los jóvenes expresan las distintas acciones realizadas con Barrio Adentro, aludiendo a lo vincular como principal referencia. Una de las formas de esta presencia de vínculos es el modo en el que denominan al equipo "las chicas y Charly" (Charly es uno de los miembros del equipo Barrio Adentro), o cuando se dirigen a ellos por sus nombres de pila, lo que da cuenta de una cercanía afectiva. Las estrategias realizadas desde el equipo se traducen en propuestas de vínculos mediante formatos no tradicionales y con articulaciones por doquier: "hacíamos teatro representativo, que me propuso Ana, en ese momento me copó y empecé hacerlo. G: Dónde lo hacían? N: Lo hacíamos en un comedor que estaba en S. Lorenzo. Entonces, tus actividades eran: hacer música con Charly, teatro y qué más. N: Charlas con Ana, venía tomábamos mate, me preguntaba cómo me sentía yo. G: Al mismo tiempo te consiguieron un oficio. N Si, y una beca en Bellas Artes de La Plata." (BA J1).

En cuanto al vínculo con su madre, que era sumamente conflictivo, refiere N que cambió durante el acompañamiento: "si cambió el 100 x 100 digamos. Yo siento que le mentía a mi madre, por no decirle las cosas como eran y ella no toleraba lo que yo decía, no aceptaba mis pensamientos. Entonces, eso fue algo que lo fuimos elaborando con Ana, a full y con los chicos de barrio adentro, era ver cómo se podía llegar a un diálogo sin pelear, sin mentir y en el día de hoy por que le guste o no le guste las cosas son así como son y bueno. (BA- J1). Así también, refieren no acordarse bien de lo que hacían con BA, entre tantas cuestiones, y también el tiempo transcurrido "M- No me acuerdo, no me acuerdo, no porque dos años estuvimos haciéndolo, fue un año, hace un año, no, porque fue un año que hicimos ahí adentro y medio año" (BA-J3) "No me acuerdo muy bien, yo se que hacíamos murales, pintábamos, dibujos yo participé en muchas cosas." (BA-J2) "Al día ya me fueron a ver, fueron charlar y empezaron hablarme del grupo y me ayudaron ellos la verdad. Me dieron una gran mano porque me había ido del camino estaba como desorientado. Yo no sé si seguiría robando o no si no me pasaba esto." (BA-J1).

Se abren también, en cuanto a articulaciones institucionales, posibilidades de reconectarse con espacios no habitados por mucho tiempo: "Yo, ahí adentro me puse a estudiar cuando no quería saber nada ni ir a la escuela, nada de nada. Con el tiempo se me empezó abrir la mente y dije tengo que hacer algo. Ellos me ayudaron bastante, con el tema de la escuela, cuando salí de ahí, me anotaron ahí.H1: ¿En la 81? J: Si, ya tenía la vacante ahí. También un par de chicos que estaban conmigo vinieron hacer murales. Me sacaron del instituto para ir con ellos." (BA-J2).

El espacio de Mural cobra en estos jóvenes un significativo espacio de pertenencia. Una esquina, una frecuencia, una intervención comunitaria, ya que también incluía a las familias y vecinos. Estrategias que planteadas en espacios formales posibilitaron que se pudiera conectar con el barrio un joven que se encontraba manteniendo una detención en un instituto.

Si bien no recordaban mucho de lo que hacían, el valor que le otorgan da cuenta del carácter subjetivante de las estrategias: "al tiempo ya como a los 6 o 7 meses ya hablaba de otro manera. (BA J2) "Y ahí me empezaron a ir a ver las chicas y bueno. Igual, ¡siempre las vi a las chicas! De chiquito que las veo. Y me empezaron a ir a ver, y empecé a pensar distinto, a reflexionar. (BA-J3) Bueno, estuviste, en el campamento, en el mural, estuviste ahora en la reconstrucción del mural también, ¿y qué otra actividad? ¿Alguna capacitación, así? ¿Oficio? ¿Algo? Como la escuela, que se yo ¿algo en el centro de salud? No sé, ¿otra cosa?... ¿cómo te vinculaste al trabajo?, ¿solo? ¿Crees que el programa tuvo algo que ver con que vos quisieras ir a laburar? M- Y sí, sí, sí, sólo no podía hacer nada yo. Mi cabeza pensaba pa´trás nomás, nunca pa´delante, miraba pa´arriba nomas yo." (BA- J3).

Los relatos nos conectan con la potencia que se habilita en función de este tipo de intervenciones que priorizan las singularidades: "Empecé a pensar distinto, a reflexionar", "a los 6 meses ya hablaba diferente".

En síntesis, las actividades realizadas con los jóvenes estuvieron ligadas a lo artístico (murales, dibujos, teatro representativo, música); y a oficios, (pintura), destacándose el trabajo vincular que ello facilita tanto con otras instituciones como con sus familias, con el barrio y la comunidad. Favorecer el reconocimiento de las propias potencias, trabajar con las posibilidades y destrezas que cada tiene y/o con aquello que puede aprender y mostrarlo a otros, ya sea espacio laboral, son algunas de las cuestiones que habilita y facilita utilizar al arte como herramienta de intervención.

Un hoy diferente

Los jóvenes se presentan en el momento actual desde una posición protagónica en sus propias vidas, luego de haber sido acompañados por otros que facilitaron el transitar recorridos diferentes. Las entrevistas presentan un recorrido zigzagueante entre el antes y el ahora, entre lo que antes no podían y lo que ahora se encuentran haciendo, a pesar de sus propios pronósticos "yo pensé que no cambiaba más". "Yo pensaba que no lo iba a lograr, mucha gente pensaba que no lo iba a lograr, eso de tener laburo. Yo a veces me levanto con fiaca y

falto, pero ahora trato de ponerme las pilas". (BA - J3) "Yo lo que quería hacer era cambiar, fue lo primero que quería hacer. Cuando empecé a pensar que quería cambiar… hubo un momento en que no pensaba en cambiar… Nada." (BA- J3).

Las distancias que ellos mismos marcan están determinadas por la posibilidad de conformar una familia e hijos, estar conviviendo, estar en pareja, poder sostener un trabajo, y mantener a su familia con el producto de su esfuerzo. Ubicarse en una nueva posición familiar en algunos de los relatos facilitó la seguridad de no querer perder eso ganado. "ahora tengo una nena", "ya estoy juntado" (BA- J3). El cambio del esquema de organización familiar es un determinante clave en los tres relatos. La aparición de la pareja favorece el deseo de proyectarse a mediano y largo plazo con otros, a quien cuidar y de quién sostenerse para no volver a caer. Así también el peso de poder negarse a la *mala junta* a pesar de seguir conviviendo en el mismo barrio, el *ya no estar para eso* y el poder decir que no. "tengo mi novia. ¡laburo!, pienso distinto. Y a la junta no le doy bola. A la junta la veo siempre yo, pero ya está. Yo no soy más para eso, bah, yo pienso así ahora. Yo no quiero estar en un penal, ni perder años de mi vida ahí. Soy joven, tengo 19 años, ¡tengo novia! (BA J3)".

"Por eso yo, me hice así y ahora gracias a Dios, yo cuando salí pensé un poco y fui a la escuela, hice las cosas bien, me fui a trabajar a Córdoba 4 meses. H1: ¿A qué edad saliste? J: Cuando salí, la conocí a la mamá de ella, y me fui a Córdoba.H1: ¿Eso te hizo bien? J: Si, me hizo bien me compré mis motos, no me compré una moto como antes robando" (BA J2).

Por otro lado, como veíamos en el apartado anterior, el *ser de otro modo* en cuanto a formas de expresarse, de pensar, y de organizarse genera herramientas para atravesar la cotidianeidad, que cobran un valor preciado por los jóvenes. "yo no sabía cómo expresarme, hoy en día sí, puedo ir y hablar con mi vieja. En ese momento era como que sentía que no podía. Y eso lo fuimos solucionando con barrio adentro, mi vieja como es depresiva, por ahí se hace un rollo de algo que no es. Por ahí, ve algo que nos y te manda un mensaje "te pasa algo" y, no "no me pasa nada", pero por ahí hay cosas que mi vieja no entendía, y barrio adentro, me ayudó mucho, a mí y a mi vieja en la relación. (BA J1).

Así también el mantener el contacto con el equipo de BA, porque "hace bien hablar con ellos de vez en cuando" (BA- J3).

Por otro lado, las mejores condiciones en las que se encuentran sus entornos familiares, que actúa como apoyo ante las posibilidades de retomar circuitos ya transitados: "Pero como ahora está mejorando la situación en la familia, mi mamá está trabajando, no es un trabajo bueno pero trae la comida todos los días y ahora se separaron de mi papá y está todo ahí, no está todo bien, pero esta todo ahí, viste porque. Yo, cuando salí del instituto, me junté, le faltaba el respeto a mi señora y yo me lo agarraba todo mal y de mi me importaba mis hermanos y mi mamá. Sufrí bastante, esta casa se estaba cayendo a pedazos y nosotros la hicimos: yo y mi hermano el mellizo, levantamos la casa y nos dieron subsidio para conseguir materiales y hacer el contra piso. Nuestra situación no es buena, somos 10 en casa, mi señora, mi nena y mis hermanitos y otra hermana que tengo que se la llevó la madrina a vivir en Tolosa y yo, hace bastante tiempo que no la veo así que imagínate como estados todos" (BA J2).

Las situaciones laborales en las que se encuentran actualmente, y principalmente el modo en que se refieren a ello nos conecta con lo planteado por Romina Bustos (2015):"Obtener el dinero como producto del trabajo realizado con honestidad en una ocupación respetable se constituye como un pilar sobre el que se asentaron los sectores populares. La idea de 'el trabajo dignifica'. A su vez, el jefe de hogar era quien tenía el lugar de trabajador honesto y sacrificado (más allá de que como plantea Jelin, esto puede representarse como poco cierto en familias donde el trabajo del jefe del hogar era insuficiente y se producía una mercantilización del trabajo doméstico por fuera del hogar para contribuir a la economía de la casa" (Bustos; 94 : 2015) Al respecto uno de los jóvenes dice: "Si, me hizo bien me compré mis motos, no me compré una moto como antes robando" Ahora, estoy haciendo pozos de edificios en La Plata, también hice de albañilería pero como el chabón fallaba para pagarme y esto que el otro y me cansé, trabajé porque no conseguía otro trabajo, me quedé ahí, y bueno hasta que cobramos la plata esta guardada, yo me cansé de ese como no te pagaba, porque vos terminas de trabajar y tenés que cobrar" (BA J2) "¡Bien! Bien, si bien. Quiero seguir laburando. Quiero seguir así como estoy, igual, si llego a conseguir un laburo mejor, el día de mañana ¡mejor para mí! Pero bueno. Esto lo voy a seguir sosteniendo hasta que consiga otro laburo. No es que voy a dejar esto porque cobro poco, y quiero otro laburo, porque no es fácil conseguir laburo, no, no es fácil. Y ahora quiero conseguir uno a la tarde para… después de las dos, aunque sea, así, hasta las doce de la noche laburo. En el centro en algún lado. Ahora voy a buscar." (BA J3).

Otro aspecto que destacan en las entrevistas, distanciándose de los inicios del acompañamiento es el vínculo con sus amigos, conocidos del barrio. En las tres experiencias, el transitar por otros espacios, más allá de los institutos cerrados, cobró un valor significativo en la posibilidad de encontrarse en otro posicionamiento respecto al delito. Uno de ellos con arresto domiciliario en un espacio comunitario por fuera del barrio, otro, luego de salir del instituto, ir a trabajar en otra provincia (Córdoba) y el tercero, en cuanto a que el arresto domiciliario se realiza en la casa de su madre, con quien no vivía hasta ese momento. La mala junta a la que refieren en los inicios fue una de las determinantes de su situación pero luego de haber transitado el recorrido dan cuenta de la posibilidad de negarse. Nos cuenta M. al respecto: "Le digo, yo estoy haciendo otra vida, así que cuando vos salgas, le digo, si vos querés hacer cagada ¡hacéla vos! No me vengas a joder la vida, así que. Yo sé cómo sos. ¡Es terrible! Yo se que él no va a querer cambiar. Yo ya cambié. ¿En serio cambiaste? Vos me estás mintiendo. Si, enserio cambié. No, vos seguro que me estás hablando y tenés un fierro en la cintura. No, le digo. Llamá al barrio si querés, vos tenés varios números y pregúntale. Y él como que tiene pensado si vas a… yo le dije, yo no te voy a dar bola, le dije, porque ahora no me vayas a buscar para hacer cagadas, nada, porque yo estoy haciendo otra vida. Yo tengo novia ¡estoy juntado!" (BA-J3) Así también se constituyen en referentes para otros jóvenes que se encuentran en situaciones similares y que buscan alguna ayuda, como por ejemplo, pidiéndoles que le consigan un trabajo.

Publicar un libro: de la estrategia al acontecimiento

En términos de Maurizio Lazzarato (2007) "Los efectos de la invención y de la creación, a diferencia de los efectos del trabajo, son infinitos. La invención puede efectuarse en agenciamientos espacio - temporales pero su efectuación no se agota. Insiste para toda la eternidad. Siempre puede entrar en otras combinaciones, en otros agenciamientos, ahora y para siempre. Infinita en el tiempo, también lo es en el espacio. Se propaga tan lejos como sea posible, siguiendo la distribución de las subjetividades, cualesquiera que sean". (Lazzarato; 70: 2007).

Uno de los jóvenes durante su proceso de encierro, trabajó con el equipo de BA mediante técnicas artísticas, potenciando una facilidad que M tenía con el dibujo. Al día de la fecha todo eso trabajo de invención, en términos de Lazzarato, devino en la publicación de un libro. Libro que es pura potencia por infinidad de lugares. Al momento de realizar la entrevista, el libro había sido publicado recientemente, y él pensaba: "Llevarle el libro al juez: M- Que tenga un libro de un ex - imputado de él, va a ser la primera vez que le pase."

Se expresa con orgullo de lo logrado por sí mismo, porque el juez lo alentaba a terminar el libro, y que si eso ocurría, quería una copia. M. Cumpliría la palabra tras haber sido desafiado a cumplirla. En relación a cómo surge la idea, nos refiere que provino del equipo de BA: –"Si, tuvieron la idea y las chicas me dijeron– ¡Podés hacer un libro! Me dijeron un día o unos almanaques hacíamos también, ¡un libro! Le digo. Y siempre que iban y decían ¿lo terminaremos? Y siempre hacíamos algo nuevo. Ellas me daban la idea para que haga cosas, y yo pensaba y hacía ¡cosas lindas igual las que hacíamos! Me despejaba yo. Y con distintas cosas, y porque Luján trae esas cosas y siempre tiene todo, y te pregunta Lujan, ¿qué elegís?– Aparte a ella también le gustan esas cosas, te ve lo que estás haciendo y se engancha también." (BA-J3).

En síntesis: multiplicidad de opciones, posibilidades de elección, acompañamiento que contagian entusiasmo, posicionarse hacia los otros de un modo diferente, se constituyen en nuevas alternativas de relación para viabilizar estrategias subjetivantes que ofrecen una alternativa a la situación anterior.

A modo de cierre: ¿cuándo finaliza una intervención flexible?

Luego de haber transitado por los diferentes discursos acerca de los trayectos de los jóvenes por el programa Barrio Adentro, nos interesa destacar en este apartado, algunas de las cuestiones surgidas, que giran en torno a la pregunta ¿Cuándo finaliza una intervención flexible? Desde el programa Barrio Adentro, ante la pregunta responden que no pueden tener certezas de que se finalice. No pueden acordar un momento, aunque sí acuerdan que no terminan, al menos de acuerdo a los parámetros habituales: continúan en contacto, facilitan cuestiones, siguen al tanto de cómo van sus vidas.

La posibilidad de contar sus propios trayectos por el programa, se constituye para los jóvenes en una nueva forma de posición, y refuerzan la idea del *hoy diferente* en cuanto al proceso de subjetivación atravesado. La presentación a los otros, luego de haber recorrido estos trayectos se ve favorecida tras haber interrumpido la convivencia cotidiana en sus barrios, cortando contacto con la *mala junta* que mencionan, para luego, sí poder enfrentarse a las invitaciones de *la esquina* y decir que no "yo vengo de trabajar, me voy a tomar mate con mi mujer" (BA-J3). La necesidad de cortar para volver a arrancar, en el momento en que esto sí es posible.

Las lógicas de invención y creatividad llevadas adelante desde el programa BA, incluyendo las idas y vueltas, recaídas, un recomenzar cada vez que sea necesario son generadoras de potencia, y por ende subjetivantes: los jóvenes que aunque quizás mucho no recuerden lo que hacían desde el programa sí mencionan en reiteradas oportunidades lo que esas diversas formas de intervención contribuyeron a pensar diferente, a organizarse, a elegir nuevas opciones, a hablar mejor.

Se evidencian las múltiples conexiones con distintos referentes comunitarios, institucionales, para facilitar la puesta en marcha conjunta de políticas públicas de jóvenes desde la perspectiva del actor, que se grafica en el hecho de que un joven sienta deseos de presentarle al juez que trabajó en su causa, *su* libro, producto del trabajo realizado.

Dos de las tres historias analizadas, comienzan antes del ingreso oficial al dispositivo, por el trabajo con hermanos menores y referentes familiares. Así como el comienzo es mucho antes, los límites de la finalización no son tampoco tajantes. Con todos de ellos siguieron trabajando una vez cerrada la causa, y continúan en contactos actualmente, flexibilizando una vez más el acompañar trayectos de vida posteriores al cierre de una causa relacionada a un delito.

El transitar el adentro del barrio, desde una política pública, implica al mismo tiempo y principalmente, tal como ha quedado evidenciado en los distintos relatos, el pensar el afuera del barrio: en estrategias planteadas en instituciones cerradas, las sugerencias de sostener los procesos un tiempo más afuera del barrio, en el caso de un arresto domiciliario en una organización comunitaria, y/o el trabajar con un joven desde adentro de un instituto cerrado, el afuera del instituto, es decir su retorno al barrio en forma paulatina para que no sea abrupto el regreso.

La noción de flexible puesta en acción desde el programa BA se constituye en facilitador de nuevas conexiones con dispositivos institucionales históricamente rígidos. La flexibilidad hecha estrategia de intervención en temáticas rígidas como la comisión de un delito, no deja de generar nuevos posicionamientos, desde y para las políticas públicas, desde y para los jóvenes, desde y para sus familias.

Referencias bibliográficas

Baremblitt, Gregorio (2005) Compendio de Análisis Institucional, Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Barrio Adentro (2015). Documento presentación política pública Barrio Adentro, No publicado, Provincia de Buenos Aires.

Bustos, Romina (2015) *¿Jóvenes en conflicto con la ley, o ley en conflicto con los jóvenes?*, Espacio Editorial, Buenos Aires.

Deleuze, Gilles (1995) Conversaciones, PRE-TEXTOS.

Garello, Silvana y Núñez, Rodolfo (2014) Documento de la clase 10. Curso "Operación para la promoción y protección de los derechos de la niñez y juventud" UNLa/Min. Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Lazzarato, Maurizio (2006) *Políticas del Acontecimiento*, Tinta Limón Ediciones, 1era edición, Buenos Aires.

Makrucz, Gustavo y Pazdera, Ana (2015) *Identidades juveniles y subjetividades*, Documento investigación.

Moreno, Ana y Sánchez, Nadia (2015): *Políticas públicas y sociales destinadas a la niñez y juventud. Perspectivas, paradigmas y derechos humanos*, Documento de Investigación.

Núñez, Rodolfo (2008). *Redes comunitarias. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional*, Espacio Editorial, Buenos Aires.

Percia, Marcelo (2007): *El Derecho a la intemperie. Nota sobre Maestros Errantes, de Silvia Duschatzky*, Revista Campo Grupal.

Castel, Robert (1995) *La metamorfosis de la cuestión social*, Editorial Estado y Sociedad, Buenos Aires.

Duschatzky, Silvia (2007) *Maestros errantes,* Paidos, Buenos Aires.

Notas

[1] Para el codificación de las entrevistas realizadas, se han determinado los siguientes parámetros, que aquí compartiremos. Las primeras iniciales corresponden al dispositivo, en este caso Barrio Adentro (BA). Luego, quién fue entrevistado: si se realizó al grupo de trabajo, se utiliza la letra G, si se realizó a un joven, la letra J. Y los números corresponden al orden tal como fueron realizadas las entrevistas.

Métodos de organización del trabajo, racionalidad neoliberal y Salud Mental

Work organization methods, neoliberal rationality and mental health.

Miriam Wlosko
Lic. en Psicología y Doctoranda,
Facultad de Psicología, UBA.
Docente-Investigador, Universidad Nacional de Lanús.

miriwlos@gmail.com

El trabajo constituye el escenario privilegiado de la mediación entre el campo social y la economía psíquica (Dejours 1990). Por ello puede contribuir tanto al mantenimiento del equilibrio psíquico y la economía psicosomática, como incidir en la fragilización subjetiva y en la aparición de diversos trastornos psicopatológicos.[1]

Es en épocas de crisis en las que se pone claramente de manifiesto la centralidad del trabajo en la estructuración de la subjetividad. Mediante argumentos en los que se presenta al mercado y la competitividad como fatales e inevitables; la racionalidad neoliberal legitima la implementación de políticas manageriales de reestructuración organizacional que operan mediante la precarización laboral, la amenaza de despido y modalidades de gestión mediante el uso del terror.

¿Qué ocurre en un *colectivo de trabajo* bajo el efecto del miedo?[2] Cuando los acuerdos técnico-valorativos que ordenaban la cooperación en el trabajo se empobrecen y

desestructuran, el colectivo puede transformase en masa desorganizada o en un conjunto de camarillas enfrentadas. Es en este marco en el que debe situarse la parición de la violencia y el acoso laboral (Dejours 2007-a; Wlosko y Ros 2008), así como toda una serie descompensaciones y agravamientos de cuadros psicológicos.

Múltiples investigaciones han mostrado el incremento significativo de dos grandes grupos de problemas que han modificado el panorama epidemiológico relativo a la salud de los/as trabajadores en los últimos años: **1.** los relativos a la **sobrecarga e intensificación** del trabajo, que están estrechamente vinculados con diversas afecciones músculo-esqueléticas, así como con el Burnout y con el Karoshi o muerte súbita por accidente cerebro-vascular o cardíaco; **2.** los problemas derivados de los **fenómenos de violencia y acoso laboral**[3] y sus derivas: cuadros de estrés postraumático, cuadros ansiosos, depresiones y suicidios vinculados al trabajo[4]. ¿Cómo explicar este panorama?

Para la Psicodinámica del Trabajo el aumento de estas patologías posee un denominador común: los métodos de organización y gestión del trabajo. Son las modalidades de dominación *en* y *por* el trabajo puestas en práctica mediante estrategias manageriales específicas, las que exponen al psiquismo a nuevas exigencias y a renovadas situaciones de desestabilización subjetiva. Dado que entre psiquismo y relaciones de dominación social no existe relación causal, es preciso considerar como mediación a los modos que asume la organización de trabajo y los métodos para su gestión. Entre estos la ***precarización*** junto con la amenaza de ser descartado, son centrales en la producción de sufrimiento psíquico. A lo anterior, se añade la ***evaluación individualizada del rendimiento,*** modalidad de gestión que mediante el mandato de "tener que ser competitivos o fenecer", genera una angustia específica: la de *no estar a la altura* (Dejours, 2007-b). Cuando la evaluación individualizada del desempeño se anuda a contratos por objetivos que inciden en el salario, incita a la rivalidad entre trabajadores, favoreciendo la desestructuración de la cooperación en el trabajo.

Otra herramienta managerial generalizada es la prescripción de normas de *calidad total*, o *cero defecto.* Estas modalidades manageriales, además aumentar la intensidad y carga de trabajo, prescriben la realización de tareas frecuentemente imposibles de cumplir, colocando a los individuos en una situación de "*como si*", la que posee un costo psíquico significativo.[5] A su vez, no pocas organizaciones utilizan el *terror* como estrategia managerial, a fin de provocar una desestabilización calculada de los sujetos.[6]

El panorama epidemiológico descripto se asocia así a métodos de organización y gestión del trabajo específicos: es la desestructuración de los vínculos al interior del colectivo de trabajo la que está en la base de numerosas patologías,[7] y la que da lugar a la *banalización del mal,* es decir, a la tolerancia al abuso, su no denuncia y la colaboración con su producción (Dejours, 2006).

Es preciso subrayar que estas modalidades de gestión son *constitutivas* de la racionalidad neoliberal, la que constituye una racionalidad a un tiempo política y subjetiva. Para comprender la efectividad de los mecanismos de desestabilización desde el punto de vista de la psique, es preciso tener en cuenta que dicha racionalidad procede era mediante dos mecanismos básicos: *individualización* y *responsabilización*. La *individualización* de las modalidades de contratación, de evaluación, del control de la producción, del salario y de carrera no solo hace estallar las categorías de oficios debilitando las luchas sindicales, sino que constituye un dispositivo de recodificación de los conflictos sociales, los que son reducidos a problemas de índole personal o interpersonal. Por su parte, la *responsabilización* por el propio destino es impuesta mediante el discurso paradójico de la "autonomía" propio de la racionalidad neoliberal. Esta tiene como precondición al sujeto concebido como *"empresario de sí mismo"* (Foucault 2007), un individuo capaz de autogestionarse, adaptándose a cada nueva situación y ocupándose de la actualización continua de sus conocimientos a fin de acrecentar su empleabilidad. La responsabilización –impuesta mediante el discurso paradójico de la "autonomía", propio de la racionalidad neoliberal– constituye un mecanismo de inscripción subjetiva de la dominación que está en el origen de la exigencia generalizada de implicación de los individuos (Wlosko 2014).

Para finalizar, cabe preguntar cómo operamos en tanto trabajadores del campo de la salud mental respecto de la relación trabajo - salud mental. ¿Contribuyen nuestras prácticas a visibilizar el rol del trabajo en la subjetividad?

El esclarecimiento de los modos en que la organización laboral impacta en el psiquismo no solo es crucial para generar herramientas diagnósticas y de intervención, sino que tiene suma importancia para el desarrollo de prácticas de salud mental cuya potencia ético - política contribuya a desnudar la *banalización del mal* y sus consecuencias.

Referencias bibliográficas

Dejours, C. (1990) *Trabajo y Desgaste Mental,* Editorial Humanitas, Buenos Aires.

Dejours, C. (2006) *La banalización de la injusticia social*, Buenos Aires, Topia.

Dejours, C. (2007-a) *Conjurer la violence. Travail, Violence et Sante,* Payot, Paris.

Dejours, C. (2007-b)Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique) En: *L'Information psychiatrique* 2007; 83: 269-75(2012).

Dejours, C. (2012) *Trabajo Vivo, Tomo I: Sexualidad y Trabajo*, Topia, Buenos Aires.

Dejours, C. (2013) *Trabajo Vivo*, Tomo II: "*Trabajo y emancipación*", Topía, Buenos Aires.

Dejours, C y Begue, F. (2009) *Suicide et travail: que faire?,* PUF, Paris.

Wlosko, M. (2009) La construcción de la violencia y el acoso laboral: artefactos conceptuales y dispositivos ideológicos. En Wittke, T. & Melogno, P. (comps.) *Producción de la Subjetividad en la organización del Trabajo*, Psicolibros Universitario (Págs. 337-352), Montevideo.

Wlosko, M. (2014) Malestar y sufrimiento en el trabajo: el frágil equilibrio. En: Stecher, A. & Godoy, L. (Eds.) *Transformaciones del Trabajo, Subjetividad e identidades. Lecturas Psicosociales desde Chile y América Latina*, Ril Editores (Págs. 343 a 367), Santiago de Chile.

Wlosko, M y Ros, C. (2008) Violencia Laboral y organización del trabajo en personal de enfermería. En: "*Crítica de la Cultura Organizacional. Claves para cambiar la Organización del Trabajo*", Ed. Psicolibros (Págs. 490-511), Montevideo.

Wlosko, M y Ros, C. (2010) La organización de trabajo como generadora de violencia laboral en la enfermería. En: Ana Magnólia Mendes (Comp.)*: Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica*, Ed. Mackenzie (págs. 173 a 198), São Paulo.

Wlosko, M y Ros, C. (2012) Violencia Laboral en el sector salud: Abordajes conceptuales y resultados de investigación en personal de enfermería en la Argentina. En: *Personas Cuidando Personas: Ser Humano y Trabajo en salud*, OPS/OMS, Facultad De Psicología Universidad Diego Portales (Págs. 211-230), Chile.

Notas

[1] La teoría del Trabajo Vivo de Dejours – que tiene como propósito dilucidar las vicisitudes de de la subjetividad en relación al trabajo-, sostiene que para pensar el trabajo es preciso postular una doble centralidad: la *centralidad de la sexualidad* y la *centralidad política del trabajo*. La primera toma posición respecto del sujeto psíquico concibiéndolo como un sujeto sexuado/pulsional, mientras que la segunda se vincula con el papel del trabajo en las relaciones que permiten a los individuos elaborar relaciones de civilidad, limitando la violencia y posibilitando la coexistencia de intereses individuales, y por ende la vida en conjunto. (Dejours, 2012).

[2] La noción de "colectivo de trabajo" elaborada por la Psicodinámica del Trabajo alude a relaciones de confianza, interdependencia y obligación mutua que van más allá de la coordinación de puestos y tareas prescripta por la organización formal de trabajo. Posee una función primordial en la elaboración de consensos, normas y valores que permiten encuadrar las maneras de realizar el trabajo y diferenciar lo eficaz y de lo ineficaz, lo justo de lo injusto, es decir, desplegar una *actividad deóntica* (Dejours, 2013) creadora de reglas a un tiempo técnicas y éticas, que regulan y organizan la vida en común en el trabajo.

[3] Aunque el acoso y violencia laboral no son un fenómeno nuevo en el mundo del trabajo, el incremento de estos fenómenos debe analizarse en el marco de las modalidades específicas de explotación y gestión de la fuerza de trabajo, que constituyen el terreno propicio para la generación de la misma. Las condiciones que favorecen la generación de violencia y acoso están estrechamente vinculadas con las modalidades de gestión y las decisiones en materia de organización del trabajo de las empresas (Dejours 2007a; Wlosko y Ros 2008, 2010, 2012; Wlosko 2009)

[4] Los suicidios y las tentativas de suicidio en los lugares de trabajo han aparecido en la mayor parte de los países occidentales en el curso de los años 90. La mediatización del problema se disparó en Francia a partir de los suicidios en la fábrica de Renault-Guyancourt acaecidos entre 2006 y 2007; y luego con los suicidios de Telecom-France empresa en la que, se produjeron 58 suicidios y 39 tentativas de suicidio en aproximadamente 3 años y medio (Dejours y Begue, 2009; Wlosko, 2014)

[5] La imposición de prescripciones imposibles de cumplir coloca a las personas en una posición complicada respecto de su ética profesional y personal, dando lugar a lo que la Psicodinámica del trabajo denomina *sufrimiento ético.*

[6] En el caso Telecom de Francia, se utilizó esta estrategia managerial, en la que la utilización del acoso fue central para forzar el "retiro voluntario" de los trabajadores. Ver: Wlosko, 2014.

[7] Según Dejours (2013) estas patologías poseen un rasgo común: la desolación. Las patologías de la soledad tienen como rasgo común el aislamiento y deterioro de los recursos defensivos colectivos contra los efectos patógenos del sufrimiento y las coacciones del trabajo.

La UNLa como promotora de salud, en adolescentes en riesgo de vulnerabilidad Social

Un estudio desde la perspectiva de los participantes del Programa Permanente "La UNLa de los jóvenes"

The UNLa as health promoter, for teenagers at risk of social vulnerability. A study from the paticipants of the Permanent Program "Young people's UNLa" perspective.

Carla Micele
Lic en Psicología, Especialización en Niñez y Adolescencia, expedido por la Secretaría Académica del Hospital interzonal Narciso Lopéz de Lanús(2004).
Psicoanálisis y prácticas socioeducativas FLACSO (2009).
Maestría en Salud Mental comunitaria UNLa
(2014- Tesis en preparación).
Institución de pertenencia: UNLa.

carlamicele@gmail.com

Resumen

La propuesta de este trabajo es la de intercambiar algunos de los aspectos de mi tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria que se fundamenta en el interés por indagar de qué forma una institución de educación puede intervenir como agente de salud mental comunitaria y como promotora de ésta.

A partir de reconocer que desde el imaginario colectivo se presentan salud y educación como disociadas, tanto en lo que respecta a las políticas públicas como en lo referido al quehacer de los actores que intervienen en este tipo de instituciones, es objetivo de esta investigación poner en tensión estas dinámicas y modos de ver y entender la función que la universidad desempeña.

Se analizara el Programa Permanente "La UNLa de los jóvenes", que está destinado a adolescentes de 13 a 18 años, en el que realizan en instalaciones

de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) actividades culturales y de oficios gratuitas de lunes a sábados de 14 a 17 hs (teatro, carpintería, música, audiovisuales, entre otros) y de acuerdo a sus elecciones personales.

Palabras claves: Adolescencia - Inclusión - Universidad - Salud Mental Comunitaria - Proyecto socio educativo - Proyecto socio laboral.

Abstract

The proposal of this work is to exchange some of the aspects of my master's thesis in community mental health, which is based on the interest on investigating how an institution of Higher education can intervene as an agent of community mental health and as a promoter of it. It is important to recognize that the collective imaginary usually understand health and education as disjoined, both in regard to public policies as in relation to the work of the actors involved in this type of institutions.

The aim of the research is to analyze the Permanent Program "Young people's UNLa", which is aimed for teenagers from 13 to 18 years who develop cultural activities and learn labor tools free of charge on the facilities of the National University of Lanus (UNLa), from Monday to Saturday, 14 to 17 hours (Theater, carpentry, music, audiovisual, among others) and any other according to their personal choices.

Key words: Adolescence - Inclusion - University - Community Mental Health- Project educational partner - Project labor partner.

Introducción

A partir de mi experiencia en la coordinación de Programas Socio-comunitarios en la UNLa desde hace más de cinco años, aparece como interrogante a desarrollar, de que forma una institución de Educación Superior, puede ubicarse en la promoción de Salud Mental Comunitaria para adolescentes en riesgo de vulnerabilidad Social.

Para ello, se analiza, de qué manera su paso por el Programa *Permanente "la UNLa de los jóvenes"(PP)* despliega transformaciones en su cotidianeidad (proyectos educativos e inserción laboral) en particular, y la forma en que este Programa, permite o no nuevos modos de desenvolverse en sus relaciones familiares, su entorno social y grupos de pertenencia, en general.

El trabajo de investigación se realizó con adolescentes que asistieron al programa Permanente "La UNLa de los jóvenes" de la Universidad Nacional de Lanús, desde el año 2011al 2015.

Generalmente cuando se piensa en un concepto que defina salud inmediatamente se remite a la definición de la OMS un estado de completo bienestar bio- psico – social, en este sentido nos preguntamos, cómo se puede afirmar que un sujeto puede estar en un estado de bienestar completo en estos tres aspectos al mismo tiempo. Vasco Uribe plantea una crítica a esta definición de la OMS debido a su ahistoricidad, generalidad e implicaciones ideológicas, por lo tanto propone conceptualizar a la enfermedad como algo diferente a la simple pérdida de la salud (Vasco Uribe, A., 1987).

Formulación del problema de investigación

Se parte de los siguientes interrogantes:
¿Cuáles son las características de la población que asiste al Programa Permanente de la Dirección de Cooperación de la Secretaría de Cooperación y Servicio Público de la Universidad Nacional de Lanús?

¿Cómo valoran concurrentes al Programa Permanente, la utilidad de los conocimientos adquiridos respecto a posibles transformaciones en sus proyectos educativos y sociolaborales?

¿De qué manera influye la experiencia universitaria en las relaciones interpersonales de los adolescentes que participan en las actividades del Programa Permanente de la UNLa?

Aspectos metodológicos

Para esta investigación ha sido seleccionada la recolección de datos a través de fuentes primarias y secundarias.

En lo que respecta a las fuentes primarias de información, se realizaron entrevistas en profundidad a adolescentes que participaron del Programa entre el 2011 y el 2015, a los docentes de los talleres y a funcionarios de la UNLa, con las que se relevaron los aspectos relacionados a la función de la universidad como promotora de SMC desde la mirada de quienes cumplen roles en la toma de decisiones de la gestión de políticas públicas relativas al trabajo con adolescentes.

Respecto a las fuentes secundarias, se cuenta con encuestas realizadas a todos los participantes del Programa, entrevistas a adolescentes participantes de ediciones anteriores, resultados de investigaciones sobre la perspectiva de los usuarios de Programas de cooperación de la UNLa, registro de observaciones realizadas desde el año 2011, documentos de trabajo, actas de reuniones de los docentes de los talleres y equipo operativo, entre otros.

Primeros resultados

Aun cuando la etapa de análisis, se encuentra en desarrollo, presentamos algunos resultados provisorios.

A. Percepción sobre la Universidad en general

Cuando se les pregunta a los adolescentes que percepción tenían de la universidad antes de conocerla, aparece en sus respuestas la idea de que es un lugar donde principalmente se viene a estudiar, además muchos de ellos la percibían como un lugar al que no era sencillo acceder, ni que es un espacio por la que adolescentes pueden transitar. Aparece en muchos de los entrevistados la idea de que sólo se puede acceder luego de finalizados los estudios secundarios. Y refuerzan en sus respuestas la representación de que a la universidad se viene a aprender, en sus relatos:

- *"Me daba miedo venir... todo nuevo, muy nuevo para mí. Pero está bueno, al principio me costaba... Un lugar donde podes aprender... estoy nerviosa... y estudiar la carrera que querés hacer. "*
- *"solo pensaba que era para grandes, cuando terminas recién el colegio."*

B. Percepción sobre la UNLa

Respecto a la indagación de cómo perciben específicamente a la UNLa, se puede verificar que en principio

el acercamiento a la institución, es a través de un referente barrial o algún miembro de la familia o amigos, que les comentaron las actividades que se realizan en el Programa, ya sea porque asisten a él o porque hacen alguna otra actividad en la UNLa.

Los adolescentes valoran los espacios de la UNLa, el trato de los adultos con los que trabajan, establecen una diferencia entre lo que pensaban de la universidad, un lugar "denso y aburrido", para poder reposicionarlo en un espacio donde se viene a aprender.

Se puede comprobar el sentido de pertenencia que estos adolescentes tienen con la UNLa, han podido desmitificar el rol que la universidad cumple en la sociedad, y sentirla como un lugar al que ellos también pueden acceder aún sin haber finalizado sus estudios secundarios. Algunos ejemplos:

> *- "Yo tengo mis tías que tienen 18 y 15 años, o sea son mis tías pero tienen mi edad, ellas también van a un lugar en Lanús donde les enseñan guitarra y el profesor nunca va, es como que ellos van y ese día le dicen que día va a ser la próxima clase, no es como nosotros que ya sabemos que es concurrente, es así, les va cambiando el día..."*

C. Percepción sobre los cursos

Al consultar a los adolescentes sobre la percepción que tienen de los cursos, se advierte la importancia de realizar una actividad que les interesa. Evalúan positivamente la relación con sus docentes, los espacios de trabajo, los materiales y herramientas que utilizan. Se manifiestan entusiasmados por los resultados que obtienen y los productos que ejecutan, y todo ello ligado al "aprender". Los cursos aparecen como espacios de intercambio y aprendizaje valorados no solo desde las cuestiones técnicas, sino también desde aspectos relativos a la calidad de los vínculos entre pares y con los docentes. Para ejemplificar:

> *- "Hago música porque me gusta la música, los instrumentos... E informática porque en la escuela tengo y está bueno.*
> *- "... Se aprenden un montón de cosas".*

D. Percepción acerca de modificaciones encontradas a partir de su participación en la UNLa en cuanto a:

D.1. Sus relaciones interpersonales

En lo que respecta a los modos de vincularse de los adolescentes, la participación en los espacios de taller resulta una actividad profundamente significativa para ellos. Aparece en sus relatos la idea de conformación de grupo, del que ellos mismos se sienten parte. Otros aspectos a

destacar son las modificaciones que ellos mismos perciben respecto al modo de vincularse con sus padres, y docentes. Se valora la posibilidad que ahora reconocen de poder acercarse a sus adultos de referencia y comunicarles cuáles son sus temores, dudas, en definitiva que es lo que les está sucediendo en esta etapa de sus vidas.

- *"... El grupo que formamos es bueno,.*
- *"Si, algunos son compañeros, me llevo bien pero no son amigos. Con algunos sí tengo más afinidad y hablamos incluso sin estar en el taller... Aparte recién hablábamos que me gusta que haya diferentes edades... aparte somos todos muy diferentes, porque somos todos muy diferentes y me gusta".*

D.2. Su proyecto educativo

Aun cuando muchos de ellos ya portaban una historia escolar, acercarse a la universidad antes de que finalicen sus estudios secundarios, es sin duda una revalorización de sus proyectos educativos particulares.

No podemos asegurar a partir de los datos obtenidos que el Programa perse asegure la continuidad de los estudios en el nivel Superior, pero es muy significativo que reconozcan que sus posibilidades de formación se extienden más allá de sus expectativas y de los límites que en muchos casos la sociedad les imponen.

Comienza a aparecer en sus relatos la idea de seguir estudiando o perfeccionarse para luego "trabajar de lo que les guste", como uno de los adolescentes nos dijo en una de las entrevistas.

Referencias bibliográficas

Vasco Uribe, A. (1987): *Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad*, Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia.

Trabajo interdisciplinario e intervenciones en salud mental

Interdisciplinary work and mental health interventions.

Sebastián Eduardo Aquila
Licenciado en Sociología, UBA.
Maestrando, Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
Tutor de tesis: Mg. Leandro Luciani Conde
saquila@gmail.com

Resumen

El siguiente artículo tiene como finalidad exponer y poner en discusión algunos puntos del proyecto de tesis **Trabajo interdisciplinario e intervenciones en salud mental:** ***"Experiencias de equipos en contextos vulnerados en el marco de la implementación de la Ley 26.657 desde diciembre de 2010, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires"***. El mismo se encuentra en la etapa de análisis de entrevistas, por lo que la propuesta es desarrollar el marco conceptual y los supuestos que dieron inicio al trabajo.

Partiendo de la promulgación de la ley de 26.657 se propone explorar sobre el denominado trabajo interdisciplinario, cuáles son sus características y contexto social; más específicamente acerca del quehacer de los profesionales integrantes de un equipo de salud mental y las estrategias que se plantean a la hora de abordar una situación.

Palabras claves: Trabajo Interdisciplinario - Complejidad - Intervenciones - Salud Mental.

Abstract

The following text aims to expose and discus some points of the thesis project: "**Interdisciplinary work and Mental Health Interventions:** ***Team experiences in underserved contexts" framed on the implementation of the Law 26,657 in the City of Buenos Aires, since December 2010".***

The project is currently ongoing and analysis of the interviews is being performed. For that reason, this proposal includes the development of a conceptual framework and a description of the assumptions that originated the project.

Using the promulgation of the Law 26,657 as a starting point, the goal of this project is to explore the so-called interdisciplinary work, including its main features and social context. More specifically, the project aims to explore the work of the professionals in the Mental health team and their strategies when addressing complex situations.

The central question of the project is geared towards the conceptualization of the practice from the perspective of the performing team. Following the enactment of the Law 26,657: which are the main features of the interventions performed by interdisciplinary teams in Mental Health that work with underserved communities?

Key words: Interdisciplinary work - Complexity - Intervention - Mental Health.

Introducción

Tras la promulgación de la Ley de salud mental en diciembre de 2010 la asistencia y atención en nuestro país debería haber tenido profundas modificaciones. Ésta hace explicito el trabajo interdisciplinario, asumiendo que los padecimientos mentales deben ser tratados en forma integral y compleja, propiciando un enfoque interdisciplinario en el cual convergen médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos y sociólogos, entre otros.

Supuestos de investigación

A partir de la promulgación de la Ley de Salud Mental los distintos servicios de asistencia y atención deben estar en proceso de adecuación de sus prácticas priorizando intervenciones (Carballeda, 2012) que contemplen el trabajo en forma interdisciplinaria.

Las intervenciones de los equipos que se autodefinen como interdisciplinarios no están, en la mayoría de los casos, conceptualizadas. El trabajo interdisciplinario es un producto nuevo, cúmulo de distintas acciones más o menos ordenadas. Estas son llevadas a cabo y sostenidas por los integrantes del equipo sin un método especifico o que sirva de apoyo y guía. Las intervenciones, se llevan a cabo con un alto grado de incertidumbre reflejo del contexto donde se realizan.

Marco ético y conceptual

Partimos de los aportes del campo de la Salud Mental Comunitaria (Galende, 1994), la elección de este marco teórico no solo se debe a decisiones epistemológicas sino a posicionamientos éticos-políticos en relación a la salud mental y la forma que debería implementarse la Ley.

Desde esta óptica la intervención pasa del paradigma del saber médico a ser una cuestión social, donde todos los integrantes de la comunidad son partes y responsables. Las prácticas de Salud Mental Comunitaria son múltiples movimientos que abarcan transformaciones políticas y sociales que van desde la forma de atención de los padecimientos hasta las representaciones colectivas que se tienen de los mismos.

Contexto y época actual

Se presentan dos niveles de análisis, por un lado macro, histórico-social, y por otro, el recorte meso o institucional, esto es el mapa dónde funcionan y se desempeñan los equipos. Se trata de escenarios de exclusión y desencanto, con espacios cambiantes que hacen replantear la intervención en lo social.

Existe un consenso generalizado desde las ciencias sociales que identifica la actual época como la consecuencia de grandes transformaciones y mutaciones en la esfera productiva. Esta se encuentra atravesada por el consumo como patrón de identidad y medio de relación. Una identidad dada por la capacidad adquisitiva y no la pertenencia a un colectivo, esto constituye un catalizador de violencia y conflicto en los más desposeídos (Di Nella - Lostaló, 2009).

Nuevas expresiones de la cuestión social se presentan, ante la transformación del Estado como principal ordenador y generador de sentidos para la vida social, aparece en este escenario un sujeto (nuevo e inesperado) constituido por el padecimiento por sobre el lugar de la pertenecía social. La actual época se caracteriza por grandes transformaciones y de nuevas problemáticas que requieren de enfoques novedosos que ponen en jaque el clásico saber por disciplinas.

Interdisciplina y complejidad

La búsqueda de orden a través de una respuesta científica ha quedado obsoleta, a problemas complejos se hace necesario de respuestas acordes. La formación de equipos interdisciplinarios surge por la necesidad de los profesionales de dar respuesta a la nuevas situaciones a las que se enfrentan (Stolkiner, 1987). En la historia del conocimiento, el planteo de la **interdisciplina** atenta contra la fragmentación, implica considerar el aporte de otros campos disciplinares y el intercambio y construcción de nuevos métodos. Apoyarse en la interdisciplinariedad resulta entonces un modo imprescindible para saber, conocer y saber hacer. La interdisciplina aporta una visión global e integral para su mejor comprensión. La actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de apertura para la construcción de nuevos métodos y técnicas de trabajo que dejen de lado actitudes dogmáticas, y fundamentalmente tener siempre presente que la relación entre las disciplinas debe ser provocada, no un mero encuentro fortuito.

Intervenciones en Salud Mental

¿Qué se entiende por intervención de un equipo interdisciplinario en salud mental?

La palabra *intervención* proviene del término latino *intervenio* que se puede traducir como "venir entre" o "interponerse" (Carballeda, 2008) De ahí que intervención pueda ser sinónimo de mediación, de intersección, ayuda o cooperación y, por otra parte, de intromisión, injerencia, intrusión, coerción o represión. **En todo proceso de intervención social podemos encontrar las dos caras de la misma moneda.**

Reconocer lo artificial de la intervención implica básicamente tender a su desnaturalización, entenderla como un dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. En este aspecto, la demanda proviene de los sujetos que acuden a las instituciones, pero también, es generada desde las instituciones: la agenda de políticas públicas, los medios de comunicación, etc. Podemos pensarla como una construcción social, inserta en un tiempo y lugar determinado, con un recorrido histórico, un contexto social y político, estos elementos permiten poder analizarla.

Precisamente estas dos caras hacen que el concepto intervención sea adecuado para orientar la caracterización del trabajo de un equipo interdisciplinario en salud mental que pertenece a una dependencia estatal. **Describe una interposición producida por la presión de una agenda política, pero a la vez la mediación en una necesidad sentida por la misma población que se aborda.** Desde su sentido habitual, el concepto de intervención pasó casi simultáneamente al trabajo social y otras ciencias sociales, y a su vez también a áreas de aplicación de servicios de salud y salud mental.

Consideraciones finales

En este juego de "venir entre", necesidades sentidas por parte de la comunidad y una agenda estatal que se conforma a partir de estás, es que los equipos interdisciplinarios ingresan a las comunidades vulneradas y comienzan a trabajar. **La intervención social en salud mental se presenta como las distintas estrategias que los equipos realizan para abordar las diferentes problemáticas y padecimiento mentales que les llegan. Es una acción realizada por el Estado mediante un equipo técnico que puede o no tener directivas precisas.**

Con una formación fragmentada y en un contexto de lazos deteriorados, marcado por el consumo, los equipos esbozan las estrategias de abordaje. Estas no responden a un plan, o un método sino que se desarrollan en situación.

El trabajo en salud mental produce un fuerte degaste sobre los trabajadores, teniendo su propia especificidad en comparación con otros ámbitos laborales. El Trabajo en equipo cobra también importancia. Retomando las palabras de Stolkiner (1987, 2005), el planteo interdisciplinario implica un cuestionamiento a los criterios establecidos, pudiendo intervenir contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar. La interdis-

ciplina, a diferencia de un saber absoluto, es un proceso que apunta a descompletar saberes, genera un espacio y un tiempo para el encuentro productivo, permite la circulación del saber entre los miembros del equipo.

Referencias bibliográficas

Carballeda, A. J. (2008). *Los cuerpos fragmentados / La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*, Paidós, Buenos Aires.

Carballeda, A. J. (2012) *La intervención en lo social / exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales* (4ª. Reimpresión), Paidós, Buenos Aires.

Di Nella, Y., Lostaló, J. C. (2009). *Desarrollo humano en comunidades vulnerables: el método de la clínica de la vulnerabilidad social*, Koyatún, Buenos Aires.

Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica,* Paidós, Buenos Aires.

Stolkiner, A. (1987) De interdisciplina e indisciplinas. Elichiry, Nora (Comp) (1987) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*, Nueva Visión (pp. 313-315), Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2005, Octubre) *Interdisciplina y Salud Mental.* Ponencia presentada en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización, 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones.

XII Jornadas de Salud Mental Comunitaria: "Salud Mental Comunitaria en escenarios adversos"

Se llevaron a cabo el 5 de noviembre de 2016 en el campus de la Universidad Nacional de Lanús, organizadas por el Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" del Departamento de Salud Comunitaria de la UNLa.

En los últimos años las Jornadas bianuales que organiza el Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Mauricio Goldemberg se han dedicado al análisis y debate de los avances y logros en la ejecución de los principios y objetivos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Tras los análisis de situación, se moldearon criterios para abrir, avanzar y cooperar con las gestiones nacionales y provinciales hacia la concreción de los objetivos contenidos en la Ley 26.657.

Las Jornadas de 2016 se llevaron a cabo en un contexto diferente marcado por un tiempo en que la inquietud e incertidumbre se ha instalado en el conjunto de los trabajadores de Salud y específicamente de Salud Mental frente a distintos obstáculos, recortes y retrocesos que están sucediendo en la aplicación de la ley.

Con este encuadre critico, los debates tuvieron en cuenta el funcionamiento y aplicación de los marcos normativos que fija la ley de Salud Mental y que incluye al Órgano Nacional de Revisión, a la Comisión Nacional Interministerial como la ampliación de la actividad del Ministerio Público de Defensa a través de la Unidad de Letrados que establece el artículo 22 de la ley.

Participación

Las Jornadas tuvieron una participación masiva con la concurrencia de más de 500 asistentes - usuarios, familiares y trabajadores de diversas profesiones y ocupaciones, trabajadores sociales, enfermeros, abogados, comunicadores sociales, estudiantes, público en general- provenientes del área de influencia de la Universidad de Lanus, de distintas ciudades de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos, Neuquén y San Luis.

Ejes de Trabajo

Gestión y Abordajes en Salud Mental Comunitaria en tiempos complejos
Promoción y prevención de la salud mental comunitaria, inclusión y participación de los usuarios en el espacio escolar, laboral y de ocio.

Equipos de salud y transformación en salud mental
Equipos con perspectiva intersectorial y poblacional: Se enfatiza en la promoción del derecho a la salud y al trabajo inter equipos para el desarrollo de redes de servicios.

Salud, Salud Mental, Subjetividad y Trabajo
Impacto de la precarización y los despidos: modalidades del malestar, el sufrimiento y los modos de enfermar y morir en y por el trabajo. Disciplinamiento laboral y producción de subjetividades fragilizadas.

Infancia y juventudes. Políticas, investigación, abordajes territoriales y problemas clínicos.
Medicalización de niños, niñas y adolescentes. Prescripción de psicofármacos en niños, niñas y adolescentes. Estrategias de publicidad y marketing farmacéutico. Vulneración de derechos en la niñez. Institucionalización psiquiátrica de niños pequeños. Invasivas, administración de psicofármacos en niños pequeños, aislamiento. La importancia de la investigación en políticas y prácticas en salud mental infantojuveniles.

Constitución subjetiva y medios de comunicación
Los medios de comunicación y su participación en la reingeniería subjetiva de la comunidad. Los grupos mediáticos concentrados, su participación en la batalla cultural.

Consumos problemáticos y Políticas de drogas y de salud mental
Propuestas
Gestionar estrategias en servicio, generar espacios de encuentro, apoyar la formación de redes, y prácticas comunitarias.

Estimular las investigaciones orientadas a la construcción de diagnósticos situacionales, contextuados, al análisis crítico institucional y/o a la evaluación de los efectos de las intervenciones, tendientes a garantizar los derechos de las niñas, los niños y las y los jóvenes.
Favorecer la construcción de espacios de diálogos e intercambio entre investigadores y gestores de políticas públicas para transferir los conocimientos producidos en el ámbito académico.

Conferencia regional de Salud Mental Comunitaria "No hay Salud Mental sin comunidad"

Los días 10, 11 y 12 de octubre de 2016 se llevó a cabo la Conferencia Regional de Salud Mental Comunitaria "No hay Salud Mental sin Comunidad" en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) en la cuidad de Lima. Fue organizada por el Ministerio de Salud (MINSA), Fundación Manantial, Grupo de Investigación de Psicología Comunitaria y Maestría de Psicología Comunitaria de la PUCP y contó con el patrocinio de la Red Maristán.

Asistieron más de 420 participantes de diferentes países. Brasil, Argentina, México, Uruguay, Cuba, Venezuela y Perú fueron algunos de los países presentes en la Conferencia. Se reunieron profesionales de la salud mental, familiares de personas con problemas de salud mental, alumnos y alumnas de universidades, así como investigadores e investigadoras. Las fotos del evento se pueden encontrar en el Facebook de la Conferencia: *https://www.facebook.com/ConferenciaRegionalSaludMentalComunitaria/*

Xul Solar, Drago, 1927.

Derechos reservados
Fundación Pan Klub, Museo Xul Solar.

El Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" agradece a la Fundación Pan Klub, Museo Xul Solar, por autorizar la publicación de la obra del artista que acompaña esta edición.

Diseño de publicación
Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa
Director Claudio Loiseau
Coordinadora Andrea Michel
Equipo Cintia Baldo | Iñaki Bolón García
Fátima Murphy Pupparo | Luciana Schiavi

Suscripción y correspondencia
saludmentalycomunidad@unla.edu.ar