

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Musicoterapia

Tesis de Grado

Locura, ética y libertad.

Buscando revoluciones moleculares en ámbitos manicomiales.

Ponente de Tesis

María Valentina Aranda

Tutora de Tesis

Lic. Malena Rozin

Título a obtener

Licenciado en Musicoterapia

Rosario

Diciembre 2016



A los locxs.

Colifas

Volverse loco es un viaje de ida.

*Y encima en ese tren van todos apretados,
asfixiados, desesperados por llegar.*

*Hasta hoy creía que los locos eran perfectos,
que no tenían errores,
que con su locura descifraban el todo.*

Pero me equivoqué.

El loco tiene un error, ese error es el orgullo.

El loco está orgulloso de estar loco.

*Por eso se adueñó del mundo
de la realidad, de los instantes,
de los microbios y hasta los átomos,*

*¿Y adonde metió el loco a los coherentes,
a los sanos, a los confiables?*

En el lokero, los metió en el lokero.

Camilo Blajaquis,

“La venganza del cordero atado”.

LOCURA, ÉTICA Y LIBERTAD.

Buscando revoluciones moleculares en ámbitos manicomiales.

Índice

1. Introducción	8
2. Preliminares.....	14
2.1 Metodología y Abordaje	14
2.2 Situación Problemática.....	17
2.3 Hipótesis	19
2.3 Objetivos	21
3. Plano 1: Encuadre Teórico.....	22
3.1 Historia de la Locura	22
3.1.1 Surgimiento de la Institución Psiquiátrica: Occidente y la Época Clásica	22
3.1.2 Pos-guerra y proyectos de Reformas Psiquiátricas en la Modernidad.....	28
La pedagogía de la Sociabilidad: Comunidad Terapéutica y Psicoterapia Institucional.....	29
El ideal de Salud Mental: Psiquiatría de Sector y Psiquiatría Preventiva.....	31
La Antipsiquiatría: Deconstruyendo el Saber Médico sobre la Locura.....	33
Deconstrucción de los Paradigmas Psiquiátricos: Basaglia y la Psiquiatría Democrática Italiana.....	34
3.1.3 Historia de la locura en Argentina.....	35
3.2 Marco Legal en la Argentina.....	44
3.3 Institución Disciplinaria	51
3.4 Sociedad disciplinaria	54
3.4.1 Estigma y marginalidad	56
4. Plano 2: Procesos Vivenciales	58
4.1 Contextualización: Centro Cultural “Gomecito”	58
4.1.1 Musicoterapia en la Institución.....	60
4.2 Entrecruce de demandas y condiciones de posibilidad: surgimiento de una práctica..	61
4.3 Formalización del taller.....	62
4.3.1 Buscando revoluciones moleculares: Objetivos de la práctica.....	62

4.3.2 Los participantes.....	63
4.4 Análisis general de la práctica.	65
4.4.1 Meta-análisis de la práctica.....	68
5. Plano 3: Parada Epistemológica.....	71
5.1 Ética y Musicoterapia: un paradigma de intervención.	71
6. Conclusiones	76
7. Bibliografía	79
8. Agradecimientos	82

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de toda la historia mundial, la moral y sus principios han sido protagonistas de gran parte de los procesos de “desarrollo” de la humanidad, regulando las actividades del hombre y sus relaciones.

El surgimiento del dispositivo¹ de la locura, con sus organismos de acción y lógicas de encierro son un claro ejemplo del accionar de la moral como parte de un sistema de control.

En la mayoría de los países son frecuentes las denuncias de violaciones de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental o psicológico que incluyen la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y la intimidad.

En Latinoamérica, más precisamente en Argentina, el surgimiento y la institución de la locura se ven ligados y se dan en conjunto a la constitución de un país “ideal”, en los albores de la independencia, que pretende imitar los cánones europeos y moralizar a la barbarie. Todo este proceso da cuenta de la estrecha relación entre la moral y la locura, y va perfilando la figura del médico, dotado de inimaginable poder, que no hace otra cosa más que gobernar a sus pacientes en pos de llegar a aquel país imaginado por quienes desfilaban por los puestos de poder.

En la actualidad, pocos países cuentan con un marco legal que proteja debidamente los derechos de las personas que padecen mentalmente. En la Argentina, en Noviembre del año 2010 se sanciona la *Ley Nacional de Salud Mental* N° 26.657, que deroga la anterior, Ley N° 22.914, sancionada en 1983 y titulada *Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos*. La nueva ley, en resumidas cuentas, propone un cambio de paradigma en el ámbito de la Salud Mental, teniendo como objeto “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con

¹ “Dispositivo” (concepto forjado por Foucault), se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. Tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos. Siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder. Como tal, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber.

padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Buenos Aires, Argentina, 25 de Noviembre de 2010).

A pesar de contar con dicha ley, el manicomio, luego de centenas de años, sigue funcionando y trabajando para la moral, con las mismas lógicas, siendo almacén “humano” de quien escapa de las morales de turno.

Todo este encuadre teórico en torno al dispositivo de la locura, construido a lo largo de la formación universitaria, fue parte del encuadre total de la experiencia de prácticas realizada en contextos manicomiales. Esto permitió transitar estas vivencias al mismo tiempo que se generaba una búsqueda de una praxis que no respondiera a las mismas lógicas hegemónicas.

La primer experiencia de prácticas en Salud Mental, fue la correspondiente a la Asignatura Musicoterapia en Adultos, durante la segunda mitad del año 2014, en el **Sanatorio Neuropático Fracasi**. La práctica fue llevada a cabo en dupla.

La segunda experiencia, en la cual se centrará la presente tesis, se trata del período de Prácticas Pre-Profesionales del último año de la carrera Lic. en Musicoterapia, en el **Centro Cultural Gomecito** (el cual forma parte del Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila). Este recorrido tuvo una duración aproximada de siete meses, desde Mayo a Noviembre de 2015, en forma de talleres semanales y grupales, coordinados singularmente por tres estudiantes de la carrera.

El tránsito por estas Instituciones del ámbito de la Salud Mental me permitió conocer dos versiones de una misma realidad: la lógica manicomial. (Si bien el C.C.Gomecito actúa en independencia del Hospital Agudo Ávila, quienes concurren a los espacios propuestos por el lugar son en su mayoría, usuarios del Servicio).

En la presente investigación se pretende formalizar un abanico de pensamientos, reflexiones y teorizaciones en torno a un paradigma de trabajo que se fue gestando en el acontecer de una práctica, desde el entrecruce de las experiencias de formación, las lecturas complementarias y el intercambio con compañeros de estudio.

A partir de la evidenciación del poder en los cuerpos, tanto del orden del saber del médico, como la identificación del estigma y las prácticas violentas que aun hoy están

naturalizadas y revestidas de científicidad, la práctica atravesó el proceso formativo buscando una forma de intervenir fuera de estas lógicas opresoras.

Los emergentes que me preocupaban al enfrentarme a dichas lógicas tenían que ver con la pasividad de quienes fueron institucionalizados y la naturalización de ese lugar de exclusión: una anéctoda que me hizo disparar ilimitada cantidad de preguntas ocurrió una tarde al llegar al Sanatorio Neuropático. Me acerqué a la mesa del patio donde nos reuníamos para trabajar, donde ya habían varios usuarios esperando. Escuché que hablaban de una rotura en el alambrado, lindante con el exterior, por donde incluso el más grandote podía pasar. “*¿Y si los límites del manicomio estuviesen marcados con tiza?*”, pensé.

En esta búsqueda permanente de metodologías y formas de intervenir en problemáticas complejas, como lo son las del orden del sufrimiento mental, nos interesa organizar un modo de investigación que sea capaz de atravesar la mayor parte de información pertinente posible. A su vez, que dicho modo se muestre lo suficientemente maleable como para continuar investigando, y retroalimentando dicha información, y no caer en la cristalización de formas.

El rizoma, como modelo epistemológico, es interesante de pensar en relación a la complejidad que compone el dispositivo de la locura, ya que no sigue líneas de subordinación jerárquica, sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro, permitiendo la reterritorialización de todas sus líneas de fuga en los niveles que sea necesario investigar.

Dentro de este rizoma que compone la locura y que se extiende por superficies inabarcables, hemos leído como relieve tres posibles planos, inmanentes entre sí. Todos tienen que ver con una búsqueda permanente y que al ser partes del mismo rizoma, se afectan uno a otro continuamente debido al flujo de líneas de fuga en todas las direcciones.

El desarrollo de la presente Tesis, estará organizado de manera tal de ir atravesando estos tres planos, para irnos sumergiendo en la tupida trama del dispositivo de la locura, y en las búsquedas de una praxis de intervención, y de la formalización de la misma.

Los primeros escritos que aparecen en este trabajo, tienen que ver con aquellos ***Preliminares*** que han de introducirnos en la Investigación. Dentro del mismo, emergen los siguientes posibles niveles: la **Metodología** y las formas de abordaje; la **Situación Problemática**; las **Hipótesis**; y los **Objetivos** de la presente Investigación.

El *Desarrollo* se compondrá de los tres planos anteriormente mencionados:

Plano 1: Encuadre Teórico

En vistas de la poca información difundida sobre la realidad en los manicomios, y para invitarlo a pasar al lector a este trabajo de investigación, buscaremos en este plano *indagar sobre el dispositivo de la locura, para revestirlo de la complejidad que realmente tiene*. Para que los procesos de desmanicomialización sean posibles, es necesario problematizar cada uno de los planos que atraviesan la complejidad de la Salud Mental, como lo son: el sistema de salud y sus políticas (tanto de carácter público como privado); la sociedad y los modelos imperantes; la economía y el capitalismo, y los ideales que de aquí se desprenden; el ámbito legal y sus organismos de aplicación.

Por lo tanto, necesariamente hay que abarcar teóricamente algunos factores determinantes del mismo, como lo son los aspectos:

Histórico, donde se repasarán puntos importantes en la constitución de los conceptos de locura y manicomio, tanto en la historia europea, como en Latinoamérica y Argentina, dejando entrever la importancia de la moral en los procesos históricos y culturales en relación a los mismos.

Legal, donde se hará un resumen del ámbito jurídico actual en relación con la Salud Mental, marcando los puntos principales de la Ley 26657 y su estado de aplicación en el año 2016.

Institucional, donde se intentarán definir algunos ejes problemáticos que mantienen en funcionamiento la institución asilar.

Social, donde se tratarán las problemáticas del estigma y la marginalización, identificando en este nivel, la importancia del respaldo social para la existencia y sostenimiento de Instituciones disciplinarias como el manicomio.

Plano 2: Procesos vivenciales

Podemos pensar que el puente, las líneas de fuga entre este plano y el Encuadre Teórico tiene que ver con la vivencia y la identificación de algunas realidades allí expuestas, dando paso al relato y al análisis de una práctica, que fue constituyendo una praxis de intervención en la Salud Mental desde la Musicoterapia, en el cual tendremos

como objetivo *identificar los procesos de búsqueda de una praxis que sea alternativa a las morales hegemónicas impuestas*.

En el Encuadre Teórico exponemos que es necesario problematizar cada nivel de complejidad para pensar en procesos desmanicomializantes. En este plano, hablaremos de la desmanicomialización como posible en tanto el trabajo con quien ha de desmanicomializarse, no en términos de asistencialismo, sino generando las condiciones de posibilidad para el desencadenamiento de *procesos de singularización*², para que realizar una propia cartografía del deseo sea viable.

En este plano ubicaremos el relato y el análisis de una práctica, pudiendo identificar los siguientes niveles:

Contexto Institucional / Entrecruce de demandas y condiciones de posibilidad: surgimiento de una práctica, donde se desarrollarán brevemente la historia del lugar, el papel de la Musicoterapia en el mismo, y las condiciones de participación con la que nos encontramos al empezar el período de prácticas.

Formalización del taller / Buscando revoluciones moleculares: objetivos de la práctica, en estos niveles se hará una descripción de la propuesta de taller, con los objetivos fijados para el recorrido de la práctica y la presentación de los participantes y su rol constituyente del taller.

Análisis general de la práctica / Meta-análisis de la práctica, cerrando este plano, haremos un análisis general de los procesos vivenciados en la práctica, y un meta-análisis donde identificaremos puntos que nos parecen relevantes y constituyentes de la praxis propuesta.

Plano 3: Parada Epistemológica

Este plano tiene que ver con la formalización de un paradigma epistemológico, una filosofía de intervención que hable de una postura ética y una conceptualización de la salud desde allí. Las líneas de fuga se proyectan hasta aquí encontrando un viraje paradigmático, un quiebre, una intención: nos deja intentando formalizar una posición desde la cual pensar

² Procesos de singularización, o modos de subjetivación singulares: es una manera de rechazar los modos de codificación preestablecidos, de manipulación y control a distancia, rechazándolos para construir modos de sensibilidad, de relación con el otro, de producción, de creatividad, que produzcan una subjetividad singular. Una singularización que coincida con un deseo, con una voluntad de construir el mundo en el que nos encontramos (Guattari, 2013).

la intervención en Salud Mental. Por lo tanto buscaremos *desarrollar una posición desde la Musicoterapia, fundamentada en un paradigma ético, que manifieste la posibilidad de una praxis no subordinada al mandato moralizador hegemónico*, teniendo en cuenta que además, el usuario de servicios de Salud Mental padece un sistema de salud y una sociedad basada en principios morales.

Por último, y a modo de cierre, encontraremos el apartado de **Conclusiones**. Luego de ahondar y transitar esta propuesta investigativa, se desprenden una seguidilla de reflexiones y pensamientos finales, que serán formalizadas en este capítulo.

2. PRELIMINARES

2.1 Metodología y abordaje

“(…) un método del tipo rizoma sólo puede analizar el lenguaje descentrándolo sobre otras dimensiones y otros registros. Una lengua sólo se encierra en sí misma en una función de impotencia.”

(Deleuze y Guattari 1980, p.13)

Para afrontar todo este entramado complejo de información, pensamientos y reflexiones, es necesario diagramar aquella metodología que permita llevar adelante, estructurar, y delimitar el trabajo de investigación. La propuesta de investigar en el ámbito de la Salud Mental, desde una perspectiva cualitativa, tiene que ver con tratar de evitar la clasificación, sin negar por ello las diferencias que produce el sufrimiento mental entre las personas, pero entendiendo y apelando a la complejidad de las cualidades existenciales, las historias de vida, las realidades socio-culturales. Por esto, metodológicamente resulta necesario abarcar temáticas de lo histórico, social, cultural, legal, etc.

Como investigadores configuramos procedimientos y estrategias que nos habiliten un rumbo, un camino que parte desde nuestra posición teórica y epistemológica hacia una búsqueda, para acercarnos a una metodología que nos viabilice el territorio de lo por-conocer y de coherencia a nuestra posición en el hacer musicoterapéutico.

Tomando el rizoma como parte de una aproximación metodológica (tanto en la investigación en general, como en el hacer musicoterapéutico en sí) decimos que el mismo puede ser pensado como el cartografiado de aquello que se nos presenta como universo a investigar. Este trazado da cuenta de relieves en el territorio percibidos a través de diferencias.

La etimología de rizoma nos remite a una palabra griega que puede traducirse como “raíz”. Un rizoma es un tipo de tallo que crece de manera subterránea y en sentido horizontal, dando lugar al surgimiento de brotes y raíces a través de sus nudos.

Gracias a su crecimiento indefinido, los rizomas pueden avanzar y cubrir una superficie muy importante. Adoptar el rizoma como metodología permitirá cubrir la mayor cantidad de niveles posibles para restituirle a la locura la complejidad que la conforma.

La aparición del **Encuadre Teórico** como primer plano a analizar tiene que ver con que dicha información ya había aparecido en los procesos personales de formación antes de enfrentar una práctica. La inmanencia respecto al resto tiene que ver con cómo ha atravesado dicha información el propio cuerpo, cómo nos deja parados frente a la práctica. Si bien el rizoma es mapa, es decir, es una interpretación del territorio, a la vez sirve para recorrerlo en varios sentidos posibles. Este sentido fue elegido para que el lector, en el proceso de lectura, vaya absorbiendo información que creo necesaria para pensar una problematización en el intervenir mismo en la Salud Mental.

Deleuze y Guattari (1980), desarrollan este concepto en su proyecto “Capitalismo y Esquizofrenia” y sostienen que la estructura del conocimiento no se deriva por medios lógicos de un conjunto de primeros principios, sino que se elabora simultáneamente desde todos los puntos bajo la influencia recíproca de las distintas observaciones y conceptualizaciones.

Esto nos deja de cara al segundo plano, que contiene los **procesos vivenciales** de elaboración de una praxis de frente a la información que nos atraviesa, buscando un hacer en Salud Mental que escape de las morales hegemónicas que hemos podido detectar ya no solo en la información, sino también en la vivencia y la identificación de la misma en los cuerpos y las paredes del manicomio.

Otra característica del rizoma reside en que es un sistema acentrado, no jerárquico y no significativo, definido sólo por una circulación de estados. Me resulta interesante pensar este trabajo de investigación como un rizoma, ya que una organización rizomática del conocimiento es un método para ejercer la *resistencia* contra un modelo jerárquico, que traduce en términos epistemológicos una estructura social opresiva (Deleuze & Guattari 1980).

Sintéticamente, y para entender el concepto aplicado a la investigación, los *principios que debe cumplir un rizoma*:

1° y 2°: Principio de conexión y heterogeneidad: “Cualquier punto del rizoma puede ser conectado con cualquier otro y debe serlo.”³ Esto exige que todos los niveles y planos desplegados estén conectados unos con otros, incluso aunque no respondan al mismo tipo lógico. A su vez permite divisar todas estas líneas de fuga, y reterritorializar alguna para continuar con la investigación, en un nuevo territorio, conectado al anterior.

3°: Principio de multiplicidad: “Las multiplicidades son rizomáticas, y están compuestas de ‘líneas’: ‘en un rizoma solo hay líneas’. Son líneas ‘abstractas,’ de fuga,’ ‘de desterritorialización’”.⁴ El rizoma, por naturaleza, tiende a expandirse, a abrirse mediante líneas: líneas que por sectores tienen cierta solidez, que habilitan un nuevo territorio más o menos estable, por grupos o conjunto de conceptos afines.

4°: Principio de ruptura asignificante: “El rizoma puede ser roto o interrumpido en cualquier parte, pero siempre recomienza según ésta o aquella de sus líneas y según otras.”⁵

5° y 6°: Principio de cartografía y calcomanía: “Un rizoma no responde a ningún modelo estructural o generativo. (...) El rizoma es mapa y no calco. (...) El mapa construye, es abierto, conectable, alterable, etc. El calco sólo reproduce puntos de estructuración, puntos muertos.”⁶ Esto es lo que permite que la metodología fluya, sea alterable, construyéndose según lo que se muestra.

² Gilles, Deleuze y Félix, Guattari. “Mil Mesetas”. Introducción: Rizomas. Editorial Pre-textos. España. 2002.

^{3 4 5} Idem

2.2 Situación problemática

Toda la historia de la locura, que se forjó durante siglos, hoy sigue haciéndose presente en los psiquiátricos del país, y sigue estando encadenada a diversas morales. A pesar de contar con una ley a favor de la desmanicomialización, las lógicas de encierro siguen funcionando y concentrando grupos heterogéneos de personas, con distintas clases de necesidades, que abarcan desde lo social, hasta severos padecimientos mentales.

En la actualidad, las formas de la moral han variado, (es propio de las mismas mutar para adecuarse a un momento histórico dado) pero aún persisten y se reflejan en la estigmatización de la cual son víctimas quienes padecen mentalmente. Citando a Foucault, “(...) *la línea de separación, lejos de borrarse, actúa de otra forma, según líneas diferentes, a través de nuevas instituciones y con efectos que no son los mismos*” (Foucault, 1992, p.8).

Nos encontramos ante una problemática que no pudo resolverse a lo largo de los siglos. Se puede hablar de procesos direccionados a cambios, y ciertos avances. Pero estos avances no son suficientes, y aún el manicomio es una realidad deshumanizante, donde aquel que es encerrado, lejos de ser contenido, se indiferencia de la masa y comienza un proceso de pérdida de identidad, bajo el catálogo del diagnóstico.

Cada uno de los planos propuestos contiene una situación problemática posible:

Encuadre Teórico

Es emergente la desinformación acerca de la complejidad del dispositivo de la locura, incluso en estudiantes y profesionales de la salud. Esta desinformación es en sí misma un problema, ya que cristaliza y traba los procesos de desmanicomialización. Además, considero que una intervención en el ámbito de la Salud Mental implica necesariamente una aproximación al entramado complejo que la compone.

Esta complejidad adquiere su punto más alto en los mismos contextos que transitamos, más allá de los muros del manicomio, ya que tiene que ver con lo histórico, lo socio-cultural, lo económico, lo legal, etc. Este aspecto instala un primer nivel problemático, en relación a un necesario Encuadre Teórico: *¿qué factores pueden identificarse en la conformación y sostenimiento del dispositivo de la locura?*

Procesos Vivenciales

A partir de aquí, las líneas de fuga han de ir dirigiéndonos al análisis de una práctica que se encontró inmersa en ese entramado, funcionando como un factor de resistencia contra estas tentativas de control social y de producción de subjetividad.

A la luz de toda la teoría indagada en torno al dispositivo de la locura, la práctica realizada y el archivo de las mismas, se presta a ser investigada. Tener la posibilidad de coordinar un espacio dentro de una institución manicomial, y querer evitar formar parte de un grupo opresor, obliga a buscar los intersticios, las islas liberadas, desde donde empezar a (no me atrevo decir romper, porque el muro es muy alto) fisurar y generar movimientos. Por esto podemos identificar un segundo nivel problemático, buscando su respuesta en el plano de los procesos vivenciales: *¿cuáles fueron -desde la Musicoterapia como propuesta- los procesos de búsqueda de una praxis de intervención en salud mental que escapara de las morales hegemónicas, con las condiciones de posibilidad dadas?*

Parada Epistemológica

Habiendo hecho un análisis (y un meta-análisis respecto a una práctica que ya había sido sometida a un análisis), encontramos algunos puntos en común que evidentemente hablan de una posición epistemológica.

Ya adentrándonos en el tercer plano, que pretende la formalización de una posible parada epistemológica, podríamos finalmente preguntarnos: *¿qué podríamos abducir, luego de un recorrido teórico-práctico, como variables conformantes de una parada epistemológica desde la Musicoterapia en Salud Mental?*

2.3 Hipótesis

Para seguir con la lógica propuesta que identifica una situación problemática respecto a cada plano de análisis, las hipótesis a su vez, se desplegarán en cada uno de los mismos.

En el tránsito por Instituciones Manicomiales, fue fácil identificar que muchos de los cuerpos que las habitan han sufrido el poder, y que la institucionalización ha dejado ya sus marcas en los mismos. También la diversidad encontrada en el relacionarse con estos sujetos, me hizo pensar cómo es que todos están revestidos por la etiqueta de la locura, y diferenciados solamente por la otra etiqueta, la del diagnóstico.

El saber hegemónico del médico es el que clasifica las diferencias de numerosas personas, tomando como relieve de dichas diferencias una sintomatología que puede ser acuñada en una enfermedad.

La existencia de cinco ediciones, actualizadas cada determinado tiempo, de un *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, con clasificaciones inauditas llenas de subclasificaciones a su vez, me genera una inquietud, cierta desesperación frente a tanta *cientificidad*, donde hasta el insomnio, la timidez, y las conductas adolescentes pueden ser catalogados como cuadros patológicos. A pesar de la inimaginable cantidad de información catalogada como científica al respecto, aún nadie puede decir claramente qué es la locura.

Todo esto nos acerca a una primera inevitable hipótesis, relacionada con los procesos constitutivos de la locura, que serán analizados y descriptos en el **encuadre teórico**: *La locura es una construcción multifactorial, un concepto vacío, indefinible, donde lo social funciona como demandante y lo científico como validante de dicha demanda. A su vez, esta validación condensada en el diagnóstico, es constitutiva de la enfermedad en Salud Mental.*

Por otro lado, en tanto los **procesos vivenciales** que fueron conformando una praxis de intervención, pensando los espacios propuestos desde una dinámica que resulte de las relaciones construidas en horizontalidad, podríamos proponer como hipótesis que *las alternativas al sistema dominante, que implican dejar de lado las jerarquías como forma de organización, y la apelación a la legitimidad y la construcción con el otro hicieron a la conformación de una praxis de intervención en salud mental.*

Esta hipótesis está directamente relacionada a la que respecta al plano de la **parada epistemológica**: antes de encaminarnos en una búsqueda un tanto más exhaustiva, podríamos suponer que *la ética es una de las variables abducidas identificable en la posición epistemológica a formalizar*.

2.4 Objetivos

Dentro de los **objetivos generales** de la presente tesis nos proponemos a *recorrer, analizar e identificar los procesos de búsqueda de una praxis reconocida como alternativa a las morales hegemónicas impuestas.*

Cronológicamente hablando, este primer objetivo nos direccionará a otro objetivo general que tiene que ver con *desarrollar una posición desde la Musicoterapia, fundamentada en un paradigma ético, que manifieste la posibilidad de una praxis no subordinada al mandato moralizador hegemónico*

En tanto **objetivos específicos** que viabilicen el cumplimiento de los generales, nos proponemos construir un enquadre teórico con las siguientes metas: *1) hacer un recorrido histórico sintético de la genealogía de la locura (en occidente en general y en Latinoamérica/Argentina) y de las lógicas manicomiales y sus instituciones. Describir el rol de la moral en dicha historia; 2) dar cuenta del estigma social y la opresión ejercida sobre el loco, y las morales hegemónicas aún vigentes; 3) sintetizar el marco legal actual acerca de la Salud Mental.*

Dentro de los procesos vivenciales, nos proponemos a: *1) contextualizar la institución Centro Cultural Gomecito y las condiciones de posibilidad con las que nos encontramos al enfrentar la práctica; 2) describir, fundamentar y analizar el desarrollo del taller a cargo dentro del Centro Cultural Gomecito; 2) hacer un meta-análisis de lo ya analizada con el fin de identificar puntos estratégicos concretos en la búsqueda de una praxis de intervención;*

Finalmente, dentro de una posible parada epistemológica: *1) conceptualizar y teorizar en torno a la clínica Musicoterapéutica en el ámbito de la Salud Mental; 2) en base a dichas concepciones, formalizar una parada epistemológica.*

3. PLANO 1: ENCUADRE TEÓRICO

3.1 Historia de la Locura

Poder hacer un cuestionamiento y pretender trabajar desde nuevos lugares en Salud Mental, implica necesariamente conocer la genealogía de la institución de la locura.

En este capítulo, se pretende apelar sintéticamente a lo histórico, y frente a esto hacer una evaluación sobre la evolución de los conceptos y lógicas que hasta hoy en día están vigentes en el ámbito de la Salud Mental.

Comenzando por Europa, se hará un recorrido histórico, que marque las premisas básicas, y las reformas que se dieron (o se proyectaron) luego de la Segunda Guerra Mundial, para luego apuntar sobre la historia de la locura particularmente en la Argentina.

3.1.1 Surgimiento de la Institución Psiquiátrica: Occidente y la Época Clásica

Siguiendo a Foucault (1964) en su recorrido por la Historia de la Locura, abordaremos esta etapa, empezando desde antes de la segunda mitad del siglo XV, cuando el loco estaba relacionado directamente con la muerte. Es decir, quien padecía la locura, era considerado una persona muerta. La lepra, por entonces, desaparece del mundo occidental. Sin embargo, los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso, se reencarnan con su sentido de *exclusión*.

Un nuevo foco de temor y terror nace entre los siglos XVI y XVII. Incluso los mismos lugares y estructuras destinadas a la lepra, dos o tres siglos más tarde, amontonará pobres, vagabundos, chicos de correccional y alienados. Las formas subsisten, especialmente la forma de la separación rigurosa, la exclusión social, con una aparente “reintegración espiritual”.

El *pensamiento cristiano* ejerce la principal influencia de la época, con su moralismo de exclusión. En el siglo XVII, la locura y las enfermedades venéreas compartían este *espacio moral* de exclusión, del cual el médico aún no se apropia.

Este proceso debió esperar hasta el siglo XIX para que la locura se transformara en "enfermedad mental".

La locura se halló anudada a todas las grandes experiencias del Renacimiento. Una de sus figuras más simbólica, fue la *Nave de los Locos*, que aparece en el mundo de Occidente a finales del siglo XV. La Nave de los Locos se llamaba a los barcos que transportaban de una ciudad a otra, durante esa época, cargamentos de “insensatos”. Hasta esas fechas, las ciudades se hacían cargo de ellos, los alimentaban, les daban cobijo y vestido, siempre y cuando no aumentase desmedidamente su número; sólo se expulsaba en la Nave a los locos extraños, a aquellos que por una razón u otra habían llegado a una ciudad que no les pertenecía por nacimiento. Cada ciudad aceptaba encargarse exclusivamente de sus propios insensatos, no de los ajenos. De esta manera, los extraños eran encargados a los mercaderes y marineros, quienes comenzaron a transportar locos en número considerable, y muchos de ellos se perdían. Comenzó entonces a circular una población errante de locos confiados a marineros y mercaderes, quienes los sacaban de las ciudades que los expulsaban, para finalmente embarcarlos y dejarlos a la deriva en el mar. (Foucault, 1964)

Pero, ¿cómo era considerada la locura? Desde tiempos remotos, el ser humano tuvo la necesidad de pensar en términos disyuntivos, de alternancia, lo Uno y lo Otro, que toma sentido sólo en relación a lo otro (la moral de turno siempre se encargó de que estas disyuntivas funcionaran en la sociedad). Por lo tanto, la locura no tiene valor más que en el *campo mismo de la razón*, es decir, es una de sus formas o recursos. Locura y razón se reafirman y niegan la una por la otra.

Foucault (1964) considera que es en este momento (principios del siglo XVII) que nace la experiencia clásica de la locura. El embarco por el encierro, la nave por el hospital, la locura en las calles y en el arte, y la figura familiar del loco en la sociedad.

La problemática de la locura se modifica, la disyuntiva pasa a ser entre la Razón y la Sinrazón, y a mediados del siglo XVII ya comienza a guiarse la locura hacia el encierro.

En 1575, Inglaterra prescribe la construcción de “*houses of correction*”, sosteniéndose las mismas con un impuesto. Este sistema casi no fue aplicado, por lo que

años más tarde, deciden autorizar a la iniciativa privada: no es necesario obtener un permiso oficial para abrir un hospital o una correccional.

En 1656, en París, el rey establece entre la policía y la justicia un tercer orden de *represión*. Se establece un decreto que modifica las funciones del Hospital General, que pasa a ser una instancia de orden, y no ya un establecimiento médico. Principalmente, su función, es hospedar pobres y marginados. Aparece la figura del director como autoridad total.

Veinte años más tarde se extiende la red de Hospitales Generales por toda Francia. Tras los viejos muros del leproso, ahora reside una amalgama abusiva de elementos heterogéneos (condenados de derecho común, gente que turbaba la tranquilidad de las familias, vagabundos, insensatos, etc). Casi todos los Hospitales Generales contaban con celdas de detención. Se confunden la *obligación moral* con la *ley civil*.

Todo este movimiento está principalmente avalado por el sentimiento de caridad, que toma fuerza por la competencia y complicidad de tres grandes *poderes*: la monarquía absoluta; la burguesía, y el renacimiento católico (en épocas de la Contrarreforma).

Entonces, la asistencia a los pobres y ritos de hospitalidad propios de la Iglesia Católica se suman al afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria: el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir; el deber de caridad y el deseo de castigar. (Foucault, 1964)

También, el confinamiento, es una de las respuestas dadas por el siglo XVII a una crisis económica que afecta a todo el occidente. Durante mucho tiempo, la correccional y los Hospitales Generales servirán para guardar a los desocupados y a los vagabundos. Pero fuera de las épocas de crisis, adquiere otro sentido. A su función de represión se agrega la exigencia moral del trabajo. Es decir, todos los internos deben trabajar para la prosperidad general.

Dichas casas de internamiento desaparecen casi en toda Europa, a principios del siglo XIX. Este remedio transitorio resultó ineficaz, fue una precaución social mal formulada en vistas de la industrialización naciente. De todas maneras, la relación entre la

práctica de la internación y las exigencias del trabajo no está definida, ni mucho menos, por las exigencias de la economía. Una visión moral la sostiene y anima.

Ya a esta altura de la historia, no hay diferenciación entre las diversas formas de la sinrazón, todo se reduce al cuestionamiento que implica a la moral y a la familia; y por supuesto, a la economía mercantilista. Esto señala un acontecimiento decisivo en la historia de la locura: comienzan a asimilarse los problemas sociales, de pobreza y de incapacidad de trabajo con la locura.

Toda esta nueva organización, de reformas sociales y éticas, con nuevas separaciones entre el bien y el mal, dan el sentido a lo que hoy conocemos como *alienación mental*, encerrando en un mundo “homogéneo” a todo ser que sea asocial. La percepción médica incluso, está subordinada a esta intuición “ética”.

Por esta visión moralista, los locos son sometidos a trabajo obligatorio: se pretende “corregir” esta ausencia de moral, cuanto más se trabaje, la garantía moral aumenta. El prisionero que quiere y puede trabajar, es liberado: una especie de “pacto ético”.

Poco a poco, todo este “inmoralismo” se va perfeccionando en una conciencia médica, llamando “enfermedad” a lo que antes era reconocido como malestar social. Este es un gesto creador de alienación, uniformando el mundo de la sinrazón. En otras palabras, la medicina y la moral se hacen cómplices, ya que el médico diagnostica subordinado a la misma. Ergo, la Psiquiatría reposa implícitamente sobre la constitución anterior de experiencias “éticas”.

A partir del siglo XVII, la sinrazón toma el aspecto de un hecho humano, la sociedad reconoce y aísla a esos personajes, y comienza a medirse la locura según cierto apartamiento de la *norma social*. Es decir, es la misma sociedad la que condena.

La coacción humana ayuda a la “justicia divina”, y la represión adquiere una eficacia doble: la curación de los cuerpos y la purificación de las almas. El internamiento hace posibles los remedios morales (castigos y terapéuticos).

La locura ha sido bruscamente investida en un mundo social, donde encuentra ahora su lugar privilegiado y casi exclusivo de aparición, en menos de 50 años en toda Europa, un dominio limitado donde cualquiera puede reconocerla y denunciarla. Es absurdo buscar la causa del internamiento: es él, con extrañas modalidades, el que señala dichas experiencias como si estuvieran constituyéndose.

Junto a la constitución del médico como agente central, no sólo en el control de las enfermedades, sino en la producción de individuos sanos, se introduce un aparato de *medicalización*⁷ colectiva como el hospital – ya no en el sentido del lugar confuso del encierro del que difícilmente se saldría, sino como lugar de asepsia, de distinción y visibilidad de los cuerpos, de sometimiento a la autoridad médica, con la expectativa de la cura y mecanismos específicos de administración de la salud.

Por otra parte, se comienza a constituir lo que será luego el campo de la salud, que incluye la administración del espacio: el *higienismo*. Foucault (1980) plantea que los médicos del siglo XVII y XVIII “*eran, en cierta medida los especialistas del espacio. Planteaban cuatro problemas fundamentales: el de los emplazamientos, el de las coexistencias, el de las residencias y el de los desplazamientos. Los médicos han sido, con los militares, los primeros gestores del espacio colectivo (...)* “. La noción de higiene pública se instala como el refinamiento del modelo médico, distribuyendo los sujetos, aislando y vigilándolos en un espacio ordenado, dividido, que los hace visibles e individualizables. El higienismo, a su vez, se complota con lo que será el *alienismo*.

A fin del siglo XVIII, y de la mano de **Pinel**, comienza una reforma de las instituciones de internamiento y comienza la constitución definitiva del alienismo. Esta reforma tuvo que ver con la eliminación de métodos como el uso de cadenas, sangrías, y otras prácticas que sólo debilitaban a los enfermos.

Surge la observación metódica y el seguimiento cuidadoso de la evolución, el tiempo se vuelve un recurso valioso: se espera que la locura despliegue sus formas en un espacio que va acondicionándose para *objetivarla*. Así se esboza el nacimiento de la clínica.

⁷ El término “medicalización”, acuñado por Foucault, hace referencia a este proceso que se caracteriza por la función política de la medicina y por la extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico.

Se pierde el énfasis en el organismo y se lo pone en la percepción y la sanción moral de la locura. Esta mirada clínica extiende su vigilancia indefinidamente.

El aporte nosológico de Pinel ayuda a determinar los valores del alienismo: el *síntoma*, que se resuelve en ésta clasificación nosográfica, y el *tratamiento*, que está encarnado en el manicomio y sus estructuras. Con esto también se generan cambios en el campo de las representaciones de la locura.

A la par del surgimiento del alienismo, se va produciendo y definiendo el personaje del alienista, que adquiere poder más por su posición social y moral que por su saber científico: el alienista es juez, policía, padre, director de conciencia, etc. Es figura de *autoridad*.

También comienza a reforzarse una herramienta mucho más directa para los tratamientos morales: la figura del propio alienista.

La locura se afianza estrechamente con la moral, de tal manera que el loco es aquel que transgrede con sus dos elementos básicos: la *conciencia ética del trabajo* (la felicidad y la salud sólo serán alcanzadas por el trabajo), y la *moral familiar*, que exige una sexualidad marcada por la reproducción. Por lo tanto, no es peligroso sólo para sí y su medio, sino también para el mantenimiento del Estado en su conjunto.

Surge el chaleco de fuerza como herramienta central y signo de un cambio radical en las técnicas de sujeción, e inaugura las lógicas del alienismo. A su vez, es el primer medio de prevención. El chaleco permite, a diferencia de las cadenas, llevar al loco a la luz, para ser estudiado. El mismo Pinel sostenía que ser alienista era *gobernar* a los locos, y el chaleco permitía dominarlos, oscilando entre la imposición y la persuasión. La amenaza de apretar las cinchas abre paso al *poder que adquiere la palabra* del alienista, que adquiere particular importancia. Se instrumenta el poder sugestivo. El orden y su preservación son importantes para el asilo, y los tratamientos morales sancionan al trabajo como una prescripción terapéutica (Vezzetti, 1985).

El *tratamiento moral* es difícil de definir, ya que no tiene reglas: se puede afirmar que incluye compasión y rigor; comprensión y castigo; persuasión y represión física. Más bien se trata de una *orientación* general, una intención modificadora de la conducta y un

modo de plantear la autoridad del alienista, que es la condición de la eficacia. El eje fundamental es el trabajo. El siglo XVIII se ve marcado por el descubrimiento esencial de la relación riqueza/trabajo, y por ende, se modifica el status social del desposeído (por lo tanto, improductivo).

Como síntesis, el alienista encarna la ley y su autoridad es el resultado de una sustitución: las cadenas dejan su lugar a un *sujetamiento moral*. La obra de Pinel representa el primer y más importante paso histórico para la medicalización del hospital, transformándolo en **institución médica**.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, la psiquiatría (y otros saberes del campo social) pasan a ser un imperativo de ordenación de los sujetos. En ese contexto, la psiquiatría seguirá la orientación de las demás ciencias naturales, asumiendo una matiz eminentemente positivista (Amarante, 2006). En las postrimerías del siglo XIX y durante las primeras décadas del XX, el asilo psiquiátrico continuó siendo el principal recurso social frente a la enfermedad psiquiátrica, aumentando progresivamente el número de internos.

3.1.2 Pos-guerra y proyectos de Reformas Psiquiátricas en la Modernidad.

Tomando prestada la reseña de Paulo Amarante descrita en su libro “*Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*”, revisaremos los movimientos reformistas de la psiquiatría, ubicados en algunos puntos de Europa y en los Estados Unidos, para completar un panorama sobre la Institución del dispositivo de la locura a niveles globales hasta fines del siglo XX.

El período de pos-guerra se vuelve escenario para el proyecto de reformas psiquiátricas. Las primeras críticas se dirigen al carácter cerrado y autoritario de la institución manicomial y consolidan un primer momento de reforma a la tradición pineliana: *la colonia de alienados*. Este modelo tiene por objetivo reformular el carácter cerrado del asilo, trabajando en régimen de puertas abiertas o de “más libertad”. Las colonias, entonces, acualizan el papel de la psiquiatría emergente con la realidad del contexto socio-histórico de la modernidad, aunque con el transcurso de los años, pese a su principio de libertad y de reforma, las colonias no se diferencian de los asilos pinelianos.

Durante la segunda guerra mundial se incrementó notablemente el porcentaje de bajas por causas psiquiátricas, por ejemplo el 40% de los soldados estadounidenses, lo que obligó a un replanteamiento de las formas de asistencia. En el frente se crearon unidades de intervención en crisis basadas en la asistencia “in situ” y la pronta reinserción, mientras, en la retaguardia, la falta de personal y el ambiente de solidaridad en las instituciones favoreció el desarrollo experimental de nuevas formas de gestión, tales como las reuniones de grupo, la comunidad terapéutica y la terapia institucional.

La pedagogía de la Sociabilidad: Comunidad Terapéutica y Psicoterapia Institucional.

En 1946, Main denomina **comunidad terapéutica** al trabajo que venía desarrollando en compañía de Bion y Reichman, en el Monthield Hospital en Birmingham. En 1959, en Inglaterra, Maxwell Jones delimita el término como una serie de experiencias en un hospital psiquiátrico, caracterizadas por un proceso de reformas institucionales predominantemente *restrictas al hospital psiquiátrico* y marcada por la adopción de medidas administrativas democráticas, participativas y colectivas, objetivando la transformación de la dinámica institucional asilar. La organización propuesta objetiva el involucramiento del sujeto con su propia terapia y con la de los demás, haciendo de la *función terapéutica una tarea de todos*. Una comunidad es vista como terapéutica porque es entendida como conteniendo en sí misma principios que llevan a una actitud común, no limitándose al poder jerárquico de la Institución. (Amarante, 2006)

En el contexto de pos-guerra, toda especie de violencia a los derechos humanos era repudiada y reprimida por el tejido social. Al mismo tiempo, delante del proyecto de reconstrucción nacional, factores de orden económico-sociales hacen imprescindible la recuperación de la mano de obra invalidada por la guerra. Este cuadro da lugar a propuestas de reformulación del espacio asilar, como por ejemplo la de la *terapia ocupacional*, fundada por Hermann Simon, ante la necesidad de mano de obra. El trabajo sigue siendo pensado como la forma básica para la transformación de los enfermos, “estableciendo así a un sujeto marcado por la sociabilidad de la producción” (Birman, 1992).

La estructura del trabajo incluye mayor contacto por parte del equipo técnico con los problemas en el propio escenario de la comunidad en que el sujeto vive, la reforma

sanitaria inglesa está marcada por el trabajo que Jones inaugura, marcando una nueva relación entre el hospital psiquiátrico y la sociedad. (Amarante, 2006)

Toda esta experiencia de la comunidad terapéutica, según Franco Rotelli (1994) “*no consiguió colocar en la raíz el problema de la exclusión, problema que fundamenta el propio hospital psiquiátrico y que, por lo tanto, no podía ir más allá del hospital psiquiátrico*”.

La denominación **psicoterapia institucional** es utilizada por Daumezon y Koechelin, en 1952, para caracterizar el trabajo que años antes había realizado Francois Tosquelles en el Hospital Saint Alban, en Francia. Tosquelles postula que en un hospital reformado, eficiente, dedicado a la terapéutica, la cura de la enfermedad mental puede ser alcanzada y el enfermo devuelto a la sociedad. El carácter novedoso traído por la psicoterapia institucional está en el hecho de considerar que las propias instituciones tienen características enfermas y que deben ser tratadas: crítica al poder del médico y la verticalidad de las relaciones inter-institucionales. El objeto se refiere al *colectivo* de los pacientes y técnicos de todas las categorías, en oposición al modelo tradicional jerárquico y vertical.

Para Birman (1992) este proyecto encontró su límite en la imposibilidad de dialectizar la relación entre el adentro y el afuera, de encontrar una forma posible de inserción de la locura en el espacio social.

El ideal de Salud Mental: Psiquiatría de Sector y Psiquiatría Preventiva.

La **psiquiatría de sector** se presenta como movimiento contestatario de la psiquiatría asilar, y está inspirado en las ideas de Bonnafé y de un grupo de psiquiatras considerados progresistas que en la pos-guerra entran en contacto con los manicomios de Francia y reivindican su inmediata transformación. Así surge la idea de llevar la psiquiatría a la población, evitando la segregación y el aislamiento del enfermo, es decir una terapia in situ: el sujeto será tratado dentro de su *propio medio* social, y el pasaje por el hospital no será más que una etapa transitoria del tratamiento. Al restringir la internación, el principal momento ocurre en la comunidad. (Amarante, 2006)

Para Castel (1980), el sector consiste en transferir hacia la comunidad el dispositivo de atención de los enfermos mentales, antiguamente, exclusividad del hospital psiquiátrico. A partir de los años 60 es incorporada como política oficial, constituyendo sectores geográficos de no más de 70 mil habitantes, contando cada uno de ellos con un equipo de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y un arsenal de instituciones, que tienen la función de asegurar el tratamiento, la prevención y la pos-cura de las enfermedades mentales.

El desencadenamiento de varias problemáticas mentales en la pos-guerra precipita un proceso de demandas al saber psiquiátrico que amplía sus funciones de control social y normatización, presentándose como hábil y eficaz instrumento de control de las grandes poblaciones. (Amarante, 2006)

La **psiquiatría preventiva o comunitaria** surge en el contexto de la crisis del organicismo mecanicista y se sitúa en la intersección de la psiquiatría de sector y de la socioterapia inglesa. En su versión contemporánea, nace en Estados Unidos promoviendo como estrategia de intervención en las causas o en el surgimiento de las enfermedades mentales, abarcando así no sólo la prevención de las mismas, sino fundamentalmente *promoviendo la salud mental*. Esto representa la demarcación de un nuevo territorio para la psiquiatría donde la terapéutica de las enfermedades mentales da lugar a un nuevo objeto: la ***salud mental***.

Kennedy firma un decreto en 1963 que redirecciona los objetivos de la psiquiatría que, de ahora en más incluirá la reducción de la enfermedad mental en las comunidades. El contexto en el que se da incluye la guerra de Vietnam, un brusco aumento en el uso de drogas, el movimiento beatnik, etc.

Este proyecto marca la adopción del *preventivismo* no sólo en los EEUU, sino también por las organizaciones sanitarias internacionales, y en consecuencia, por inúmeros países de lo denominado Tercer Mundo. Se instaura la creencia que todas las enfermedades mentales pueden ser prevenidas si no detectadas precozmente, de lo cual, luego, si la enfermedad mental significa disturbio, desvío, marginalidad, se pueden prevenir y erradicar los males de la sociedad. (Amarante, 2006)

Tomamos como referencia a Birman y Costa (1994) y sus niveles propuestos de prevención:

- 1- Prevención Primaria: Intervención en las condiciones posibles de formación de la enfermedad mental, condiciones etiológicas que pueden ser de origen individual y (o) del medio;
- 2- Prevención Secundaria: Intervención que busca la realización del diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad mental;
- 3- Prevención Terciaria: que se define por la búsqueda de la re-adaptación del paciente a la vida social después de su mejoría.

Siguiendo a Amarante (2006), el concepto-llave que permite la posibilidad de intervención preventiva es el de *crisis*, establecido a través de los conceptos de adaptación y desadaptación social, provenientes de la sociología.

En resumidas cuentas, este modelo preventivista que busca instituirse como alternativa, propone: un nuevo objeto: la **salud mental**; un nuevo objetivo: la **prevención** de la enfermedad mental; un nuevo sujeto de tratamiento: la **colectividad**; un nuevo agente profesional: los **equipos comunitarios**; un nuevo espacio de tratamiento: la **comunidad**; una nueva concepción de personalidad: la **unidad bio-psico-social**.

Este arsenal de servicios alternativos ofrecidos por la reforma preventivista se sitúa en el terreno de la contraposición al proceso de alienación y exclusión social de los individuos (Amarante, 2006).

La Antipsiquiatría: Deconstruyendo el Saber Médico sobre la Locura.

La **antipsiquiatría** surge en la década de 1960, en Inglaterra con un grupo de psiquiatras, entre los cuales se destacan Roland Laing, David Cooper y Aaron Esterson. Abordan la inadaptación del saber y de las prácticas psiquiatras con el trato con la locura, desautorizándolo al considerar específicamente la esquizofrenia como una enfermedad, como objeto dentro de los parámetros científicos (ya que en el tratamiento de esa patología el fracaso es mayor).

La antipsiquiatría procura romper con el modelo asistencial vigente, buscando destituir definitivamente el valor del saber médico. Se comienzan a preguntar acerca de la constitución de la enfermedad mental en la experiencia social, y qué lugar ocupa la institución psiquiátrica en estos procesos, denunciando los valores y la práctica psiquiátrica vigente.

En esta década se crean, tanto en EEUU como en Inglaterra, distintas organizaciones e instituciones y se llevan a cabo congresos para tratar y divulgar dichas ideas. Hay cambios significativos en cuanto al concepto de locura, incorporando críticas oriundas de las ciencias sociales respecto de las normas sociales, y pudiendo divisarla no dentro si no entre los hombres.

El *método terapéutico* no prevee tratamiento químico o físico y se valoriza el análisis del discurso, siendo acompañado el sujeto sin reprimir las crisis. Este movimiento inicia un proceso de ruptura del saber psiquiátrico, trayendo importantes contribuciones para la transformación práctico-teórica del concepto de desinstitucionalización como deconstrucción (Amarante, 2006).

Deconstrucción de los Paradigmas Psiquiátricos: Basaglia y la Psiquiatría Democrática Italiana.

De acuerdo con Denise Dias Barros podemos situar la experiencia italiana como *“una confrontación con el hospital psiquiátrico, con el modelo de la comunidad terapéutica inglesa y la política de sector francesa, aunque conserve de estas el principio de democratización de las relaciones entre los actores institucionales y la idea de territorialidad”* (Barros, 1994).

Cada una de estas experiencias de reformulación de las prácticas psiquiátricas ocurridas en distintos puntos de Europa, y en Estados Unidos, están marcadas por singularidades, mereciendo lecturas particulares que esta tesis no tiene por objeto. Sin embargo, como postula Amarante (2006), podemos *“atribuir a la historia una potencia demarcadora de diferencia y con eso, tenerla como instrumento de reconstrucción de los dispositivos institucionales percibidos como a-históricas y por lo tanto, eternos, espontáneamente producidos e inmutables”*.

La tradición basagliana trae en su interior la necesidad de un análisis histórico-crítico con respecto a la sociedad, siendo ante todo un *movimiento político* centrándose en la organización de las relaciones económicas y sociales, atribuyendo un lugar concreto a los actores sociales que perpetúan el escenario institucional.

Esta práctica tiene inicio en la década de 1960 en el manicomio de Gorizia, donde **Basaglia** desencadena un trabajo de humanización. El modelo de la comunidad terapéutica ideado por Jones en Inglaterra, es utilizado como estrategia inicial, pudiendo también a partir de esta experiencia reflexionar sobre los riesgos inherentes al modelo de comunidad terapéutica: la relación médico/paciente sigue siendo instituyente de las relaciones de objeto y saber/práctica (Amarante, 2006).

El movimiento de la **Psiquiatría Democrática**, fundado en Bolonia en 1973, trae al escenario político la revelación de la imposibilidad de transformar la asistencia sin reinventar el territorio entre ciudadanía y justicia. El objetivo del movimiento es construir *bases sociales* cada vez más amplias para la viabilización de la reforma psiquiátrica en la tradición basagliana en todo el territorio italiano. En la medida en que el trabajo y el pensamiento de Basaglia posibilitan este debate, se presenta un proyecto de ley inspirada en sus ideas, y termina siendo identificada por su nombre. La Ley Basaglia es aprobada el 13 de Mayo de 1978, entre los avances más importantes de esta ley podemos hacer referencia a la prohibición de la construcción de nuevos manicomios, así como se exige a las administraciones provinciales un gradual proceso de altas de los internados, el tratamiento pasa a ser un derecho del paciente (Amarante, 2006).

A partir de este *hecho político*, Basaglia se empeña en la efectiva implantación, trabajando por la desinstitutionalización (entendiéndolo en sentido dinámico y necesariamente complejo de las prácticas y saberes que producen determinadas formas de percibir, entender y relacionarse con los fenómenos sociales e históricos). En 1980 muere Franco Basaglia en uno de sus momentos más productivos, mientras realizaba investigaciones en las provincias ante la necesidad de denunciar la no aplicación de las reformas.

3.1.3 Historia de la locura en Argentina

Volviendo algunos años en el tiempo, reseñaremos algunos puntos importantes en los procesos históricos relacionados con el surgimiento de la locura en Argentina. Los mismos se ven determinados por otros procesos histórico-sociales y políticos que nos resulta necesario incluir para seguir complejizando esta problemática.

Siguiendo a Vezzetti (1985), diremos que el primer fantasma de la locura colectiva se identifica en la *barbarie*. Imaginemos un país donde todas las transformaciones acompañan el proyecto de conformación de un *sujeto socio-moral colectivo*: los valores de la burguesía europea tienen una evidente presencia en los dirigentes del país, que sostienen y reorganizan las políticas en base a una descalificación notoria de las condiciones morales y raciales de la población nativa.

El proyecto fundacional tiene como componentes ideológicos centrales al *positivismo* y al *laicismo*, que acentúan una ética del trabajo como equilibrio ordenado de la sociedad. Es por esto que los funcionarios de la medicina pública se integran a una función *técnico política* y conciben a la economía y al trabajo como criterios esenciales para la salud, tanto colectiva como individual, y en base a la combinación de objetivos económicos con la utopía de una gigantesca empresa de moralización, se despliega el discurso y las instituciones de la locura. (Vezzetti, 1985)

Rivadavia (presidente entre el 8 de febrero de 1826 y el 27 de junio de 1827) profundiza la organización de la medicina pública iniciada por el Virrey Vértiz, reduciendo drásticamente la intervención religiosa. Dichas reformas anticipaba ya la lógica elemental de una primera intervención del poder estatal sobre la marginalidad en la que locura y otras formas de “ociosidad” comienzan a ser definidas como desorden público. Incluso años antes del gobierno de Rivadavia, en 1815, se proclama la “Ley de Vagos”, en una intensa campaña que busca moralizar las costumbres laborales del gaucho, dejando en evidencia un núcleo estratégico esencial en la empresa de *asistencia y moralización de las masas*.

En 1856 se funda el “Asilo de Mendigos”, para suprimir el escándalo de la mendicidad en la vía pública, pero al poco tiempo se queda sin recursos y apela a las donaciones y la caridad privada para su mantenimiento.

Se puede leer, en esta incipiente historia, un proyecto de país en el cual chocan dos lógicas: *la reforma del sujeto social, y la exclusión de la desviación*.

Si bien desde el gobierno de Rivadavia se pensaba en la creación de manicomios, recién luego de la caída de Rosas (1852), de la mano de Tomasa Velez Sarsfield y Ventura Bosch comienza la creación de los primeros hospicios destinados a los locos.

El primero data de 1854, destinado a mujeres (hoy Braulio A. Moyano), con una práctica religiosa destacada, y ya con el trabajo como medio moral (se les hacía coser a las internas las ropas para el ejército), a cambio de recompensas como salidas, vestidos, mate y cigarrillos. Por esta época, y durante 15 años aproximadamente, queda eclipsada la función médica.

A diferencia del manicomio de mujeres, para el manicomio de hombres se construye un edificio nuevo y especialmente diseñado para esto. Se inaugura en 1863, con más internos de los permitidos según su capacidad.

En 1876, **Lucio Meléndez** se hace cargo de la dirección, e instala las doctrinas y la tecnología del alienismo, inspirada en Pinel y Esquirol. Se realizan ampliaciones debido al incremento de internos, con mano de obra de ellos mismos.

Nacen los primeros establecimientos privados: en 1880, con dirección de José M. Ramos Mejía, se inaugura el Instituto Frenopático.

Se acuña la noción de enfermedad mental, por la intervención del médico, y se transforma el marco inicial filantrópico en un ordenamiento positivista que derivará en la tecnología alienista. Comienza un período de aprendizaje, donde el espacio manicomial es banco de prueba, y donde la locura es observada y comienza a ser objetivada. La relación *Médico-Paciente* va dibujándose y problematizándose.

Estratégicamente asociados, Meléndez (considerado el primer alienista argentino) y Emilio Coni (higienista) delinean una *medicina mental política*. Anteriormente, Rawson y

Wilde, ambos figuras argentinas del político médico, marcan el nacimiento del médico social, y sostienen esa función que busca el bienestar general como el modo visible del bien común. En este sentido, la “medicina del espíritu”, es desde un comienzo, plenamente *social*. Este movimiento se sitúa en el marco de la lucha contra la barbarie, ya sea nativa o inmigrante, bajo los modelos europeos. La vocación higienista es por definición devota del estado, y eso contamina cualquier propensión a interpretar los desórdenes colectivos desde algún otro interés.

La experiencia médica amplía su jurisdicción, se liga al estado y asume una tarea nacional: la transformación radical del estatuto institucional de la enfermedad. La clínica *estratifica* el abordaje de la enfermedad: un sistema teórico, una capa profesional, una burocracia psiquiátrica y criminológica que crece y se especializa en las *instituciones del Estado*. El médico encuentra en el requerimiento del poder una oportunidad de ascenso social. El valor de la salud es la categoría que organiza el nuevo *discurso y experiencia médica*, que incluye la especialización social de la enfermedad: de este modo, la salud tiende casi a coincidir con un *programa moral de existencia colectiva*. El discurso médico va dibujando, a partir de sus figuras negativas, un ideal de sociedad, de allí que el humanismo asuma más o menos explícitamente la matriz de esa figura del médico filántropo, que a su competencia sobre el cuerpo aúna su vocación por una pedagogía social de las costumbres. (Vezzetti, 1985)

Este personaje deviene un modelo, a la vez que se construyen a su alrededor hospitales, dispensarios, reglamentos, y una red de prácticas anudadas alrededor de su presencia vigilante y normativa: el higienismo y el alienismo comparten una raíz moral común. El alienismo es una proyección del higienismo a la lucha contra las “tinieblas del atraso”. No son solo los originarios de los manicomios, sino también de una percepción de los síntomas de la locura bajo el marco de un ideario de la asistencia pública. (Vezzetti, 1985)

Domingo Cabred sucede a Lucio Meléndez. Inaugura el laboratorio de Psicología Experimental, que encuentra su piedra angular en el Interrogatorio. Es el iniciador del Sistema Psiquiátrico de puertas abiertas, que alcanza su consagración con la inauguración de la Colonia Nacional de Alienados “Open Door” en 1889, y en 1899 se reúne con Roca, y juntos inauguran la Colonia de Luján. Este sistema pretende dar a los internos una real

“ilusión de libertad”. Establece el peculio, que entre el mismo y el salario existe la misma distancia que entre un sujeto jurídico pleno, contractualmente hablando, y un **cuasi sujeto afectado por una condición de minoridad que le rescinde todo derecho**.

Los patrones de la naciente psiquiatría son los valores burgueses: la moderación y el equilibrio como criterios básicos de *salud y normalidad*. Se proclama la necesidad de la estabilidad a la vez que toma partido por la necesidad de un cambio radical en los caracteres de la población argentina.

Las *causas morales* son múltiples, ya que todo lo que trastorna el equilibrio puede ser causa de la locura: el alcohol, la vagancia, los vicios. Las *causas físicas* no son mucho más precisas.

Esta concepción de la locura que **debe cargar con los valores de un proyecto de nación**, adquiere la forma de una insistente moralización: se recomienda el matrimonio, la vida en familia, obviamente el trabajo.

La *educación* es concebida como una herramienta fundamental en la constitución de la sociedad argentina, no solo opuesta al atraso e ignorancia, si no como condición y garantía de buenos hábitos, equivalentes directos de la cordura. En Sarmiento pervive esa raíz ideal, con la reiterada configuración del personaje salvador.

En la década de 1930, se proponen nuevos proyectos para el tratamiento de los alienados. De la mano de **Fernando Gorriti**, nace la Liga de Higiene Mental. Este proyecto se inscribe fuera de las fronteras de nuestro país en el interés de seguir los lineamientos de la “Psiquiatría moderna” en la atención de la enfermedad mental. Luego de su función primordial centrada en la profilaxis de las enfermedades mentales, uno de los objetivos más importantes fue desarrollar, con recursos ya implantados en Alemania y Francia, la asistencia psiquiátrica abierta, en oposición al modelo asilar, cerrado o de internación. Si bien existía desde hacía unos años el pre proyecto de la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, su fundación se concreta en 1929, bajo la dirección de Gonzalo Bosch y comienza a funcionar con sus Consultorios Externos en el Hospicio de las Mercedes, en 1931. Una de las funciones más importantes de la Liga habría sido crear los

Servicios de Higiene Mental acompañados por el Servicio de Asistentes Sociales para aquellos pacientes que revistieran menor gravedad.

La asistencia social comprendería actividades orientadas a combatir las causas de la miseria, la indigencia y el pauperismo y destinadas a prevenir la invalidez, la falta de recursos, de alimentos o de alojamiento. Con este espíritu se inician las primeras carreras terciarias de visitadoras y asistentes sociales para comenzar a formar a estos nuevos profesionales – diferenciados en sus tareas de las actividades del personal de enfermería. Los servicios de asistentes sociales, la apertura de consultorios externos y las actividades mismas de las visitadoras coinciden con los objetivos generales de las prácticas asistenciales abiertas. La tarea asistencial desde este momento abre nuevas perspectivas en el trato con los pacientes.

A partir de 1946, se produce un cambio importante en materia de salud pues comienza a prevalecer la idea de estado prestador a la vez que planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de salud. Esta tendencia se venía gestando desde 1943, cuando a nivel del Gobierno Nacional se crea la Dirección Nacional de Salud Pública, dependiente del Ministerio del Interior.

Ya con Europa y Estados Unidos trabajando en las reformas ya mencionadas luego de la segunda guerra mundial, en la Argentina estas políticas coincidieron con la imposición del desarrollismo como estrategia económica, política y social en el período tecnocrático del gobierno de Arturo Frondizi y durante la dictadura de Onganía. El 11 de octubre de 1957 se crea el **Instituto Nacional de Salud Mental (INSM)** dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, sumado a las nuevas carreras de Psicología en Rosario abierta en 1954 y, en 1957 en la Universidad de Buenos Aires junto con Antropología, Sociología y Ciencias de la Educación. Por último, el primer Servicio de Psicopatología en un Hospital General, ganado por concurso por Mauricio **Goldenberg** en Lanús, Provincia de Buenos Aires.

Todos estos hechos tenían como objetivo el descentramiento de la psiquiatría y los manicomios como únicos actores en la enfermedad mental. De ahí la configuración de un nuevo campo: la Salud Mental, que abarcaba distintos actores e instituciones. La mayoría

de los psiquiatras apoyaron parcialmente este tránsito, porque en definitiva, les sacaba parte del poder hegemónico de la enfermedad mental.

El término “Higiene Mental” es reemplazado por el de **Salud Mental**, más cercano a las nuevas propuestas. Los procesos de salud y enfermedad serán abordados como fenómenos sociales y colectivos. Paulatinamente comienza a imponerse un criterio multidisciplinario que recoge experiencias y perspectivas valiosas para trabajar en contra del encierro impuesto por la ya “cuestionada” psiquiatría manicomial. Se cambia la mentalidad combinando la medicina tradicional con una sociología. Toda vez que la demanda de salud es concebida como una necesidad de la población general y los equipos logran insertarse en la comunidad (Centros de Salud Mental, Consultorios periféricos, Hospital de día) se pone en marcha una concepción diferente de la Salud Mental. La meta ya no será sólo asistencialista sino que se propone como programa de salud.

En 1959 en el marco de la III Conferencia de Asistencia Psiquiátrica se creó la **Federación Argentina de Psiquiatras (FAP)**, con objeto de resistir ante estas nuevas propuestas, ya que el monopolio psiquiátrico de los tratamientos estaba siendo cuestionado por la influencia que comenzaba a tener el psicoanálisis y por las nacientes Carreras de Psicología del país. En un relato oficial, la **FAP** alerta sobre los riesgos “frente a la invasión de actores extraños a la medicina, dispuestos a desvirtuar toda su historia, su técnica y sus penosas conquistas terapéuticas”. Las conclusiones de la Conferencia siguieron la línea del relato oficial: “deben ejercer la psicoterapia únicamente los médicos”. Sin embargo, por contradicciones internas que nunca supieron resolver, la **FAP** quedó, hasta fines de la década del '60, como una organización que no tuvo poder efectivo.

En la década del 60 podríamos pensar en dos tipos de psiquiatras: los “manicomiales” y los “reformistas”. El grupo de psiquiatras reformistas estaba heterogéneamente compuesto: convivían psicoanalistas como **Enrique Pichón Rivière, Raúl Usandivaras, Horacio Etchegoyen, Jorge García Badaracco**; psiquiatras dinámicos como **Mauricio Goldenberg y Guillermo Vidal**; y reflexólogos como **Gregorio Bermann y Gervasio Paz**. Las contradicciones, entre ellos, no les permitían encontrar el camino más adecuado para salir de la vieja psiquiatría. Las diferencias eran teóricas, en cuanto al abordaje de la Salud Mental, pero sobre todo ideológicas y políticas (abarcaban el arco que iba desde el radicalismo hasta el comunismo pasando por el

socialismo). Esto dificultaba acuerdos básicos entre ellos. Además, el poder seguía estando en mano de los psiquiatras manicomiales, que ocupaban los directorios de los manicomios, y tampoco se habían implementado reformas significativas en el Sistema de Salud Mental, con lo cual el manicomio siguió siendo el eje de la Psiquiatría.

A pesar de la creación del **I.N.S.M.**, durante años nada cambió, ya que el poder de las cátedras de Psiquiatría de las facultades de medicina y los Directores de los grandes establecimientos neutralizaron la reforma, pero gracias al desarrollo del Psicoanálisis y las carreras de Psicología, el debate pudo abrirse.

Cuando en el 66 el nuevo dictador de turno, Juan Carlos Onganía, nombró al Coronel Julio Ricardo Estevez interventor del **I.N.S.M.**, se produjo un hecho inesperado: en nombre de la dictadura militar se lanzaba la reforma democrática de la psiquiatría. Este proceso no pudo ser homogéneo debido a la convergencia de psiquiatras conocidos por sus posiciones fascistas, especialistas en Comunidad Terapéutica, psiquiatras dinámicos de prestigio como demócratas, y la **APA**, así como el Ejército Argentino cedía cuarteles al **I.N.S.M.** y facilitaba transporte a los pacientes. Al mismo tiempo se modificaba la legislación sobre las internaciones, se propusieron dos proyectos de Ley para la internación de enfermos mentales, las cuales expresaban la *incapacidad de expresión u oposición* por parte del enfermo a la internación, por lo que era obligatoria.

Los dos puntos esenciales de esta reforma lo constituían el proyecto de privilegiar las **Comunidades Terapéuticas** en los hospitales psiquiátricos y el **Plan Goldemberg** para la Capital Federal, que incluía la creación de Servicios de Psicopatología en Hosp. Gral. Y centros periféricos de Salud Mental. Los efectos de la Comunidad Terapéutica se agotaron rápidamente sin lograr alcanzar el cambio al sistema asilar. El Plan Goldemberg logró una reformulación parcial, sin redefinir en profundidad las nuevas relaciones entre aparato psiquiátrico-modelo de medicina general.

A fines de 1966, comenzaron las transformaciones institucionales en la **FAP**, hasta el momento sin mayor influencia, al ser elegida una nueva Comisión Directiva presidida por Guillermo Vidal. Esta surge a partir de una alianza de los psiquiatras reformistas del interior con los de Buenos Aires. La unidad buscada en la **FAP** también estaba en sus actividades científicas que se intentaban abiertas y convocantes.

En 1968 surge “La Gaceta Psiquiátrica”, boletín oficial, y se cambian los Estatutos de funcionamiento. La siguiente generación de psiquiatras reformistas (muchos de ellos ligados al psicoanálisis y a la izquierda) comenzó a tener una participación efectiva en la dirección de la **FAP**, lo cual permitió ir incorporando a la psiquiatría en el campo de la Salud Mental.

De esta forma, la mayor parte de los psiquiatras reformistas llegaban a ciertos consensos para ubicar a la **FAP** como una organización que podía ayudar a la transformación de la situación de los psiquiatras y de la Salud Mental. Pero la misma no sólo era entendida como una lucha científica y gremial sino también política. En este sentido, algunos psicoanalistas que expresaban su descontento en la **Asociación Psicoanalítica Argentina** comenzaron a nuclearse en la **FAP**. Es así como **Emilio Rodrigué, José Bleger, Emiliano Galende** y **Marie Langer** trabajaron en la dirección de la **FAP** en los años siguientes.

Comenzaba la década del 70 y la **FAP** realizaba sus actividades en todo el país. Se inició la experiencia de la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental con el Centro de Docencia e Investigación (CDI), proyecto novedoso de formación interdisciplinaria. Pero la represión ejercida por grupos de derecha, como la Triple A y luego la dictadura militar eliminó las organizaciones profesionales y gremiales. La **FAP** llegó hasta el final de la dictadura, cerrando sus puertas “*conscientes de que se abría un nuevo tiempo histórico y que éste requería de nuevas ideas y nueva organización*”, según el propio Galende.

Con la llegada del gobierno democrático a fines del 83, volvían a reunirse muchos de los propulsores del plan del 66. Algunas de estas consignas lograron plasmarse en proyectos, sin lograr compensar estos esfuerzos y vocaciones hasta finales de 2010, cuando se sanciona en nuestro país (no sin grandes resistencias) la ley N° 26657, “**Ley Nacional de Salud Mental**”. (Ver Marco Legal)

3.2 Marco Legal en la Argentina

“(…) la ley no es ni un estado de paz ni el resultado de una guerra ganada: es la guerra, la estrategia de esa guerra en acto, de la misma manera que el poder no es una propiedad adquirida de la clase dominante, son un ejercicio actual de su estrategia”

(Deleuze, 2015, p.56).

Para completar esta contextualización que comenzó en la Edad Media en Europa, sucesivamente nos parece pertinente abarcar en este apartado un nivel que contemple el ámbito jurídico, y que nos acerque un poco más a la realidad del país en materia de políticas en Salud Mental. Como postula Galende (2006), el problema del poder, la dimensión moral y la relación con el derecho son intrínsecas a la práctica de la psiquiatría, y sólo estableciendo regulaciones externas que preserven los derechos de los pacientes es posible un control social sobre las consecuencias de este poder y esta moral correccional. La importancia de la legislación específica en Salud Mental radica en establecer claramente, y con *eje en los Derechos Humanos*, los lineamientos para la protección de todos los derechos, tanto civiles, como socio-políticos y culturales de los sujetos con padecimientos mentales.

También es importante aclarar que la ley es lo que marca la diferencia entre lo permitido y lo prohibido, y que no deja de ser *otra institución de poder*, a veces bastante inadecuada, irreal y abstracta. Como hemos dado cuenta, las relaciones de poder en verdad son mucho más complejas, y lo extrajurídico pesa sobre los sujetos, y atraviesa y afecta de igual modo al cuerpo social.

Por citar un ejemplo, un psiquiatra puede imponer una internación y un tratamiento, y con esto un estatus, que no es el de un ciudadano de derecho con todas la de la ley, incluso cuando algunos de sus actos estén protegidos por la misma, o a la inversa (la estrecha relación entre el aparato judicial y la medicina circula en ambas direcciones, por ejemplo, cuando la ley no sabe qué hacer con un “criminal” lo remite a una pericia psiquiátrica para comprobar o no su *normalidad*).

Según datos preliminares del Programa Nacional de Epidemiología en Salud Mental (PRONESAM) del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2001 existían en Argentina 54 instituciones con internamiento crónico: 42 hospitales monovalentes provinciales, 11

colonias provinciales y 1 colonia nacional, con un total de 21000 personas internadas en estas instituciones: 14000 en hospitales monovalentes y 7000 en colonias.⁸

En el sector privado de salud un número importante de clínicas psiquiátricas reproduce por lo general el abordaje hegemónico, bajo modelos tradicionales de atención bajo internación y consultorio externo, sin que el Estado cumpla sus funciones elementales de regulación y control sobre estos sitios y su población.

En el año 2007, un grupo de trabajadores del ámbito de la Salud Mental llevó a cabo un estudio que muestra un diagnóstico evaluativo sobre políticas, planes y servicios que brindan cuidados en salud mental en Argentina. Se trabajó sobre seis áreas geográficas que ya contaban con legislación para salud mental en 2007: Río Negro, Córdoba, Entre Ríos, San Juan, Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su objetivo fue producir conocimientos que contribuyeran a estimular el debate y a priorizar la salud mental en la agenda de las políticas sanitarias.

Para la elaboración de los datos se incorporó un conjunto de herramientas de carácter cuanti-cualitativas, que permitió atender y percibir dinámicas, estructuras, acciones de los sujetos, indicadores y relaciones entre lo micro y lo macro de los diferentes contextos evaluados. Para el análisis del marco legislativo y las políticas y/o planes de salud mental, se realizaron entrevistas individuales y grupales a los representantes de los niveles político-gubernamental, de gestión y de coordinación de áreas y programas en cada contexto particular. Además, se analizaron normativas legislativas y político-programáticas, documentos técnicos de planes y programas e informes de cada área institucional.

Esta tarea permitió alcanzar una construcción interpretativa del conjunto de los componentes indagados, con una visión integral de la situación de las políticas, los planes y los servicios de salud mental en el ámbito nacional.

En Argentina, la década de los noventa se caracterizó por la sanción de algunas leyes provinciales que orientaron transformaciones de las políticas y las prácticas de salud mental en el nivel local. A comienzos de 2007, sólo seis jurisdicciones de todo el país contaban ya con leyes sobre salud mental, todas ellas sancionadas entre 1991 y 2000.

⁸ Informe Anual 2012 de la Comisión Provincial por la Memoria, Dirección general de promoción y protección de derechos.

El conjunto de las leyes enfatiza el respeto por los derechos humanos de los pacientes. Las leyes de Santa Fe y Córdoba contemplan garantizar el derecho al tratamiento y al cuidado de la integridad psíquica y física durante la internación psiquiátrica, mientras que las restantes jurisdicciones agregan otros derechos, siendo a ley de Río Negro la única que reconoce la ineficacia terapéutica del encierro de las personas en el hospital monovalente y prohíbe la construcción de éstos en los sectores público o privado. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Entre Ríos promueven la desinstitucionalización progresiva y el traspaso de la asistencia a centros de salud mental territoriales. En Santa Fe, la reglamentación de su ley dispone la reconversión institucional bajo el nombre de Hospital Interdisciplinario de Salud Mental, aunque mantiene su carácter monovalente. San Juan mantiene el formato monovalente tradicional y la ley de Córdoba no hace referencia a su transformación ni a su sustitución por otras formas de cuidado. A pesar de estas diferencias, en casi todas las normas está presente la necesidad de incorporar la salud mental en la estrategia de atención primaria de la salud.

Un dato interesante obtenido por esta investigación es que en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, San Juan, Córdoba y Entre Ríos existían salas o camas exclusivas para las internaciones causadas por problemas de salud mental, señalando la persistencia del modelo asilar. Sólo el 10% del total de camas destinadas a la asistencia de salud mental se ubicaban en establecimientos polivalentes. No fue posible establecer el número total de personas que se encontraban internadas en los hospitales monovalentes de las cinco jurisdicciones investigadas.

Dicha evaluación identificó tanto un conjunto de transformaciones y avances logrados como las limitaciones y deudas pendientes para el cuidado de la salud mental de la población, lo que daría un puntapié para los avances en políticas de Salud Mental a nivel nacional.

Algunos años más tarde, en el año 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N 26657, que significa un cambio de paradigma en las nociones de la Salud Mental, y un impulso a los procesos de desmanicomialización. A pesar de que fue reglamentada en el año 2013, su aplicación no es efectiva, y existen diversas resistencias corporativas a su instrumentación. En Julio del corriente año, una resolución del Ministerio de Salud de la Nación (N°1003/2016) fue publicada en el Boletín Oficial, dejando sin efecto a la N° 1484,

de Septiembre de 2015, la cual fijaba las “normas mínimas” para la habilitación de los establecimientos, que debían aplicarse con un plazo máximo fijado para el 10 de Septiembre de este año.

Al derogar la resolución 1484, el Ministerio de Salud dispuso ahora la creación de una Comisión ad hoc que tendrá a su cargo “la elaboración de normas de habilitación de los establecimientos de Salud Mental y Adicciones”. La facultad para convocar a los integrantes de esa comisión fue delegada en el director nacional de Salud Mental, Andrew Santiago Blake, declarado opositor a la Ley Nacional de Salud Mental y a la Ley 448 vigente en la Ciudad de Buenos Aires.

Más allá de esta lamentable situación, es importante trabajar en la difusión de dicha ley y su conocimiento, extendiéndolo principalmente a los usuarios del sistema de salud mental, para que pueda hacerse válida, desde la exigencia de su aplicación.

A continuación, las premisas básicas de la ley Nacional de Salud Mental, organizadas en cuatro ejes centrales que constituyen un punto de partida para la intervención en Salud Mental:

1) Sobre su objeto y definición

ART 1º.- La presente ley tiene por **objeto** asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional (...)

ART 3º.- En el marco de la presente ley **se reconoce a la salud mental** como un *proceso* determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la **presunción de capacidad** de todas las personas (...)

ART 5º.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental **no autoriza** en ningún caso a **presumir riesgo de daño o incapacidad**, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación *interdisciplinaria* de cada situación particular en un momento determinado.

2) Sobre los derechos y el consentimiento informado

A lo largo del **ART 7º**, se describen los derechos que el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre ellos:

Derecho a recibir atención sanitaria y social **integral y humanizada**, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; derecho a conocer y preservar su **identidad**; derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a **principios éticos**; derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que **menos restrinja sus derechos y libertades**, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; derecho a **ser informado** de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento; derecho a **poder tomar decisiones** relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, **siendo reconocido siempre como sujeto de derecho**, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; derecho a que el padecimiento mental **no sea considerado un estado inmodificable**.

ART 10º.- Por principio rige el **consentimiento informado** para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

3) Sobre las internaciones

ART 14º.- La internación es considerada como un recurso terapéutico **de carácter restrictivo**, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (...)

ART 15º.- La internación debe ser **lo más breve posible**, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ART 18°.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento **decidir por sí misma** el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez (...)

ART 20°.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como **recurso terapéutico excepcional** en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (...)

ART 22°.- La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación (...)

ART 23°.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez (...)

ART 24°.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ART 27°.- **Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios**, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (...)

4) Sobre la modalidad de abordaje y el ámbito de aplicación.

ART 8°.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un **equipo interdisciplinario** integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores

capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ART 12°.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las **necesidades fundamentales** de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

ART 13°.- Los profesionales con título de grado están **en igualdad de condiciones** para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental (...)

3.3 Institución Disciplinaria

“En tanto que figura intersticial, la institución será el lugar eminente donde el ejercicio del poder es condición de posibilidad de un saber, y donde el ejercicio del saber se convierte en instrumento del poder”

(Deleuze, 2015, p.18).

Hemos ya recorrido históricamente el nacimiento del dispositivo de la locura, y de sus establecimientos. A principios del siglo XIX, la institucionalización de la psiquiatría se hace efectiva mediante una serie de instituciones, entre las cuales, el asilo es su forma más importante. Es el eje vertebrador de la disciplina.

Es preciso, habiendo ya recapitulado sobre su surgimiento, dar espacio a un nivel de análisis del manicomio que nos permita vislumbrar *qué rol juega* la fase institucional en la construcción de la noción de enfermedad mental. Es decir, no seguir insistiendo en la Institución con sus regularidades y sus reglas, y más bien dejar en evidencia que el internamiento es quien constituye las experiencias de la locura, ya que significa la primera alienación. Hay que hablar necesariamente de las disposiciones tácticas que atraviesan el manicomio, y de algo esencial que es entender que dichas disposiciones son constitutivas, tanto de las singularidades como de las colectividades.

También llegando a este punto de la investigación, hemos dado cuenta del papel determinante que tiene la sociedad como concesionaria del poder, y que, mediante una violencia (institucionalmente) aprobada, expulsa al improductivo y se lo confía al médico y a una nueva violencia: el manicomio.

Es importante pensar en éste análisis como operando sobre una institución anacrónica, ya que sus lógicas no han cambiado a lo largo de la historia.

Nos encontramos frente a una impenetrabilidad estructural, que remite a mecanismos ajenos determinados por un sistema social, político y económico que los determina.

Como primera dinámica opresiva, tenemos que citar al **encierro**. La locura representa una libertad no tolerada, por lo tanto, hay que encerrar al enfermo con la violenta suposición de que necesita ser curado. Evidentemente, la primera forma de asistencia frente al padecimiento mental, tiene que ver con una función represiva, antes que terapéutica. A

partir de esta relación impuesta, con la institución y sus funcionarios del poder, comienza un *proceso de pérdida* de la identidad, y la confección de una nueva según los parámetros que determina la institucionalización: invasión sistemática del espacio personal, libertad vivida como un acto prohibido, reducción a la más estricta dependencia, medicación, diagnóstico, etc. Todos estos rasgos del poder institucional determinan y constituyen, aún en el año 2016, a la locura y al loco.

El **poder del médico**, dentro y fuera del manicomio, queda evidenciado en los procesos de *medicalización* que sigue su curso, después de siglos de historia. La medicalización, entre muchas otras conquistas, ha constituido a la locura. El poder del médico en la sociedad hizo posible el establecimiento de un dispositivo de poder como el manicomio, que a su vez se volvió instancia productora de la práctica discursiva: la experiencia del manicomio dio origen a múltiples nuevos discursos de poder, revestido por la ciencia, y con la exigencia del orden social como respaldo. El manicomio es una estructura autoritaria y coercitiva, que reproduce el orden jerárquico capitalista, organizado según las “capacidades” en torno a normas producidas por los discursos médicos. Justamente, es el lugar de la *exclusión*, donde el médico psiquiatra juega el papel del *excluyente* y es figura de poder, lo que inhibe inevitablemente una reciprocidad posible en el encuentro con el internado, que es el *excluido*.

Ya hemos hablado de la relación entre saber/poder, pero es interesante lo que plantea Foucault (2005), “*el efecto de poder complementario dado, no por el contenido de un saber, sino por la marca del saber, aplicada con fuerza de ley. En otras palabras, el poder médico va a funcionar dentro del asilo, como poder necesariamente médico, por las marcas que designan en él la existencia de un saber, y sólo por ese juego de marcas, cualquiera sea el contenido efectivo del saber*” (p. 187). Este cuerpo de conocimientos y medios prácticos es lo que lo erige al médico como autoridad, y lo que justifica su accionar. La normalidad opera como fuerza legitimadora. El psiquiatra proyecta todo esto que se ve reflejado en quien padece mentalmente, y tal como postula Foucault, lo esencial en todo poder es que su punto de aplicación, siempre, en última instancia, es el cuerpo. (2005)

A lo largo de la historia, el poder del médico ha ido tomando distintas formas, y sustituyendo algunas herramientas por otras. Algunas de ellas significan el eje central de todo “tratamiento”, como lo son los **fármacos**, que vienen a relevar al chaleco de fuerza,

pero su lógica sigue siendo la misma: las drogas actúan simultáneamente sobre la ansiedad del sujeto, tanto como sobre la de quien lo “cuida”. Es decir, la enfermedad no es una condición objetiva sobre la cuál actúan los medicamentos, sino más bien hacen su efecto en la relación con el médico que la codifica (y la sociedad que la niega).

La sobre-medicación y la mala administración de las mismas abunda en gran parte de los hospitales psiquiátricos, y los “avances científicos” y sus nuevas drogas, solo refuerzan el poder del psiquiatra. Esta situación forma parte de la lógica misma del sistema, inclusive el “enfermo” sirve a la sociedad económica, moral y política que vive del consumo de productos farmacéuticos.

Otra herramienta de poder es el **diagnóstico**, que se reviste bajo la apariencia de un juicio técnico especializado, pero que tiene el valor de una etiqueta, con una significación que va más allá del biologicismo. Esta etiqueta confirma la validez del concepto de norma que está establecida en la sociedad, por esto es necesario cuestionar la objetividad del diagnóstico.

A esta altura de la investigación, podemos dar cuenta de que el problema no reside en la *enfermedad* (dictaminada por el diagnóstico), sino más bien la relación que se establece con ella, y la triangulación que codifica: médico-enfermedad-enfermo. El diagnóstico en Salud Mental es una ocasión determinante en las formas del desarrollo de la misma enfermedad, fundamentando y sosteniendo la relación de poder entre el médico y el sujeto, que queda revestido de una pasividad que no siempre tiene que ver con lo patológico.

La cualidad determinante de todos estos factores, implica que inevitablemente, la **aproximación** al “enfermo” sea **de tipo objetivante**, porque no es más que eso, un cuerpo vivido como cuerpo enfermo, tanto por la institución como por el psiquiatra. Estas formas influyen directamente sobre las percepciones de quien ha sido diagnosticado, que por ser centro de toda esta opresión, termina posicionado en un rol pasivo, a la espera de su curación.

3.4 Sociedad disciplinaria

“En lo que tiene de general, de abstracto y hasta de violento, la estructura del Estado no lograría sujetar así, continuamente y como quien no quiere la cosa, a todos los individuos, si no se enraizara, si no utilizara, como una especie de gran estrategia, la totalidad de las pequeñas tácticas locales e individuales que envuelven a cada uno de nosotros”

(Michael Foucault, 2012, p.76)

Después de recorrer la historia e identificar ciertos aspectos respecto a la institución disciplinaria que surge como solución a las problemáticas que acarrea la locura, queda evidenciado que durante años se fue configurando un sistema de exclusión en torno a la misma, donde el moralismo que la envuelve encuentra su lugar en gran parte de los miembros de la sociedad.

En toda sociedad existe un estatuto general del loco, sin siquiera haber ingresado alguna vez a un manicomio. Esta distinción de “loco”, hereda muchas de las características medievales basadas en morales de distintas genealogías: religiosas, sociales, científicas, etc.

Guattari (1986), en su libro *Micropolítica*, aborda temáticas relacionadas a la cultura de masas, tomando a la misma como elemento fundamental de la *producción de subjetividad capitalística*. Dicha cultura de masas produce individuos normalizados, articulados unos con otros según sistemas jerárquicos, sistemas de sumisión. Esta producción no es solamente de subjetividad individuada, sino una producción de subjetividad social que se puede encontrar en todos los niveles de la producción y del consumo, y que pretende garantizar una función hegemónica en todos los campos. Foucault habla de *efectos de verdad*, que la misma sociedad produce a cada instante, y las mismas no pueden dissociarse del poder y sus mecanismos, ya que estos últimos los hacen posibles, e inducen esas producciones. A su vez, estas mismas tienen efectos de poder. (Foucault, 1977).

En el campo de la Salud Mental y la discapacidad, dichas funciones hegemónicas, y sus efectos de poder, son innegables. Haciendo uso de otro concepto de Guattari (1986), diremos que estamos sujetos a numerosos *equipamientos colectivos*, mediante los cuales

estamos provistos de una conciencia situada socialmente, sexualmente, racialmente. Incluso atraviesan nuestras percepciones y deseos.

El contexto cultural es de destacada importancia en la interpretación del estar enfermo, ya que la enfermedad, es ante todo, un proceso social. De acuerdo a esta concepción, la enfermedad es una desviación social caracterizada por el fracaso o la incapacidad de una persona de desempeñar su rol habitual, acorde a las expectativas de los demás (expectativas que están institucionalizadas socialmente, equipadas colectivamente).

A través de los procesos de socialización, la gente asume y acata las morales, que son la base de todo comportamiento, ya sea individual o colectivo. Ante la dificultad de las ciencias, las creencias adquieren valor. Frente a este esquema, y con el capitalismo mundial produciendo subjetividades, frecuentemente no hay campo para los *procesos de singularización*, o para un razonamiento más amplio. La inconsciencia de estas creencias se da a menudo.

La experiencia social, conocimiento aproximado, sería de la misma naturaleza que el conocimiento mismo, y ya va en camino a su perfección. Un ejemplo claro y conciso, es la rápida identificación (y la ilusión de capacidad) al momento de definir quién es normal y quién no.

Vivimos en una sociedad, en la que la presencia de lo diferente genera una exclusión automática, dado que lo “normal” hace al *funcionamiento social requerido*. El vistazo general sobre la historia de la locura nos muestra que, sumado a los requerimientos del capitalismo, el poder de los discursos médicos y jurídicos ha penetrado en la sociedad, sin darle mucho lugar al cuestionamiento, y se ha conformado un discurso cotidiano. Todas estas “verdades” instaladas, funcionan como *procedimientos externos de control*⁹. Se desempeñan debido al valor que se le otorga a ese *saber* en sociedad, e incluso, al valor de las morales.

Dijimos que estos efectos de verdad, traen aparejados efectos de poder. Como por ejemplo, cuando devienen los *prejuicios*, a los cuales se llega antes de tener la información adecuada, y a partir de esto se sostienen en razones que pueden construirse sobre la base de la imaginación, o de la misma moral. Incluyen la asignación de valores, responden a

⁹ En toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad. (Foucault, 2012).

estereotipos (que no son más que imágenes mentales simplificadas y compartidas por un gran número de personas), funcionan bajo principios de generalización y simplificación, y surgen de procesos de categorización. Toda esta construcción multifactorial le da una orientación y una carga.

3.4.1 Estigma y marginalidad

La importancia de esto, considero, reside en el problema del *estigma*. El estigma es un atributo que vuelve a una persona diferente a los demás, y es necesario que se entienda no de un modo esencial, si no *relacional*. La identidad del estigmatizado no está marcada positivamente por la condición particular que lo diferencia del resto, si no por su pretensión de normalidad. Es el medio social el que establece las categorías de personas que en él se encuentran.

El estigma como conducta, no necesariamente es una reacción basada en el miedo, dado que la estabilidad de su continuidad da cuenta de que su mecanismo de armado es complejo y no estrictamente emocional, tanto como la construcción del prejuicio es de índole mental.

Esta forma de opresión enquistada en la sociedad da cuenta de que es la forma de organización social la que incapacita a las personas.

Todas estas tentativas de *nivelación de subjetividad*, que se afirman a través de la manipulación de la subjetividad colectiva, se corresponden con la sociedad disciplinaria, cuyo dominio se sostiene en un entramado de dispositivos y aparatos que producen y registran un determinado tipo de sujeto, a la vez que le dan forma al terreno social.

Los *procesos de marginalización social* se agudizan a medida en que la sociedad se vuelve más totalitaria, con el fin de definir cierto tipo de subjetividad dominante, a la que necesariamente uno debe adecuarse. Considerando que los marginales son las víctimas de una discriminación, que pretenden ser controladas, vigiladas y asistidas en las sociedades (paradójicamente en las “desarrolladas”), es claro que los locos son “*personas-margen*” (Guattari, 1986).

Al no entrar en las normas dominantes, es encuadrado en espacios particulares, en clasificaciones cada vez más sutiles, soportadas en el diagnóstico.

Identificar y desligar la moral, es un paso necesario en el proceso para poder enfrentarnos con el estigma, ya que allí reside su origen. No es posible intervenir pasivamente ante la problemática, ya que una respuesta pasiva es una no respuesta a la violencia.

Esta investigación pretende exponer situaciones en torno al dispositivo de la locura, donde el abuso de poder es el modo operativo, para problematizar complejamente dichas situaciones y abrir las posibilidades de intervención, no solo puertas adentro del manicomio. Porque es la sociedad la que avala y exige instituciones totales, que no son más que el reflejo de la violencia generalizada de nuestro sistema social. Hemos depositado en manos de los médicos el tratamiento de quienes padecen mentalmente, y la información es insuficiente sobre la realidad de los trastornos mentales y sobre quienes las padecen. Hemos encerrado al loco, y no a la psiquiatría.

Sobre estas instituciones violentas se basa nuestra sociedad, y dicha violencia es ejercida por quienes están de parte del sistema sobre quienes, irremediabilmente, están bajo su dominio. La concesión del poder tiene que necesariamente ser extendida, para que el sistema no se vuelva contra sí mismo: por esto es determinante el papel de la sociedad.

La omnipotencia de la producción de subjetividad con prácticas y referencias arcaicas, como el manicomio, sostienen y difunden una visión *maniqueísta*¹⁰ en torno a la problemática de la locura, y expanden e instalan dicha visión en el medio social. Estos criterios hegemónicos, que aparecen como únicos e incuestionables, son fruto de ciertas relaciones de desigualdad que permitieron instalarlos.

¹⁰ Actitud o interpretación de la realidad que tiende a valorar las cosas como buenas o como malas, sin términos medios

4. PLANO 2: PROCESOS VIVENCIALES

4.1 Contextualización: Centro Cultural “Gomecito”

El Centro Cultural “Gomecito”, es un espacio perteneciente al hospital psiquiátrico “Dr. Agudo Ávila”, ubicado en Suipacha al 600 en la ciudad de Rosario.

El Centro Cultural (a partir de ahora, CCG) cuenta con un espacio físico conectado directamente al patio del resto del edificio (pabellones, guardia y zonas administrativas), y tiene una entrada propia por calle San Lorenzo al 2900.

Inicialmente este espacio funcionaba como una biblioteca pública, pero no cumplía activamente con su función sino que por lo general permanecía cerrada y los internos no tenían acceso a la misma.

El CCG nació de la mano de un grupo de trabajadores (entre ellos psicólogos y trabajadores sociales), que comenzaron a proponer alternativas a las lógicas imperantes y así lograron apropiarse de la coordinación y fundación del CCG como tal.

Anteriormente, en el hospital funcionaba un programa llamado “Asistencia en talleres”, el cual se desempeñaba en los sectores de pabellones y guardia. Los mismos surgieron como una modalidad de abordaje clínico ofertando en ámbitos colectivos e individuales.

A su vez, se llevaban a cabo las “Instancias Colectivas”. Todas estas actividades, que incluían talleres de distinto tipo y Asamblea de Usuarios, comenzaron a fusionarse y a apropiarse de los espacios del CCG con estas actividades alternativas, del orden de lo artístico, lo recreativo, y lo humano. Las mañanas eran colmadas con estos espacios, hasta que finalmente el lugar fue destinado por completo para ello en el año 2010.

Posteriormente esto permitió una apertura de los talleres a la comunidad: identificar como problemática lo social-comunitario permitió dar cuenta de la necesidad de acompañar la inclusión de los sujetos en la trama social a partir de intereses, que pudieran incluso surgir y ser promovidos desde los espacios de taller.

También queda a disposición un espacio abierto para todos, incluso quienes han sido externados y quieren continuar con los talleres. De este modo el Centro Cultural funciona

como un espacio que abre las posibilidades de intercambio comunitario entre el adentro y el afuera del hospital.

La biblioteca aún se conserva, y está a disposición de quien quiera acceder a sus libros, también funcionando dicho espacio como salón para otras actividades, sala de computación, talleres, etc.

La denominación de “Centro Cultural” emerge de la idea de los espacios que allí se generaban, y el reconocimiento de las actividades como culturales, de interacción, vínculos, creatividad, encuentros, presencia en la comunidad, etc. Dando cuenta de este espacio como lugar propio, intrínseco a la vida de quienes allí concurren, el nombre del centro responde al reconocimiento a la historia de vida de un interno y fue elegido a partir de la votación colectiva de los participantes y usuarios. El “Gomecito” fue el primer ámbito hospitalario de Salud Mental en el cual la denominación no fuera el nombre de un médico.

Es importante distinguir que los usuarios del Hospital Agudo Ávila que acuden al CCG no lo hacen como parte de su tratamiento general. Es decir, desde el equipo del Hospital hay muy poca comunicación e intercambio con lo que se trabaja desde el CCG. Que si bien se trata de talleres y actividades artísticas y recreativas, también ofrecen la posibilidad de una mirada clínica y de carácter terapéutico.

Evidentemente, en ambos lugares se trabaja con lógicas diferentes y esto lleva a desperdiciar el trabajo complementario y estratégico entre una institución manicomial y totalitaria, y otra (que paradójicamente está a su servicio) que trabaja en pos de la desmanicomialización y la inclusión de las personas con problemáticas subjetivas a la comunidad. También, el recambio permanente de personal dentro del hospital impide la generación de un grupo de profesionales que trabajen en pos de la externación de los usuarios.

Algunos de los talleres funcionando actualmente son: Huerta, Panificación, Radio, Infusiones Cullturales, Revista, etc.

4.1.1 Musicoterapia en la Institución

El principio de la Musicoterapia en el Hospital fue con la llegada de la Musicoterapeuta María José Bennardis. En aquel momento el CCG aún no existía, y era en el hospital que se ofrecía un espacio de Musicoterapia. Luego del pasaje de Bennardis, ingresó en su reemplazo la Musicoterapeuta María Victoria Vivas, hasta la llegada de Daniela Gianoni en el año 2008.

La dinámica de trabajo era grupal, y en el espacio propuesto se sostenía el formato de cantar canciones. Dicho taller estaba coordinado por la musicoterapeuta y una psicóloga. Cuando el taller logró tener una identidad propia, Gianoni lo sostuvo como única coordinadora, leyendo cuestiones de lo individual y comenzando a trabajar con quienes así creía pertinente de manera singular. Durante un tiempo, desde la guardia hacían derivaciones a este espacio. Por otra parte, la psicóloga comenzó a trabajar en otras cuestiones que hicieran posible ese taller desde lo externo.

Este trabajo transdisciplinar es el que sostiene y fundamenta el funcionamiento del CCG, que una vez abierto en el año 2010, condensó allí las actividades artístico-terapéuticas que la dirección del hospital descartó como partes válidas de los tratamientos, quedando los pabellones sin servicio de Musicoterapia hasta el día de hoy.

Actualmente, Gianoni sigue trabajando en el lugar desde la coordinación con el equipo de talleres y espacios, sin un espacio específico de Musicoterapia.

4.2 Entrecruce de demandas y condiciones de posibilidad: surgimiento de una práctica.

Este proceso de prácticas se organizó desde el inicio del último año lectivo de la carrera de la Lic. en Musicoterapia, alrededor del mes de Abril del año 2015.

Ante el deseo de recorrer prácticas en el ámbito de la Salud Mental, el Gomecito asomaba como una propuesta para el trabajo con los procesos de preparación para la presentación de los ya reconocidos “Cantantes del Gomecito” en el marco del Festival de la Chaveta (trabajo ya realizado por practicantes de años anteriores). En total fuimos tres las practicantes en dicha Institución en el año 2015.

Al ir por primera vez a hablar con los coordinadores del lugar nos informaron que por cuestiones exentas a la Institución, el Festival no se realizaría dicho año. La propuesta sucesiva fue la realización de un festival organizado y gestado en el mismo Gomecito, a nivel local y con una participación especial de los “Cantantes”.

Este espacio que nosotras deberíamos coordinar, ya tenía un nombre y un encuadre propuesto desde la Institución: “Cantando por cantar” funcionaba como un espacio específico para cantar con equipos de audio con los que la Institución cuenta: Micrófonos, proyector, parlantes.

Este taller, el cual según los mismos coordinadores aludía a las demandas de los usuarios de cantar en karaoke, estaba en pausa desde el anterior Festival de la Chaveta, realizado a fines del 2014.

El funcionamiento de los talleres se vio determinados por cuestiones institucionales, con una disposición horaria limitada y un solo salón con equipos de karaoke. A su vez, la Universidad plantea requerimientos de duración mínima para las prácticas pre-profesionales, lo que fue exigiendo soluciones alternativas dadas las condiciones de posibilidad con las que se contaba en el CCG.

Por esta situación, la forma del taller se fue enmarcando en un trabajo de permanente interacción entre las coordinadoras y los participantes de los encuentros dados en simultaneidad.

Los procesos de búsqueda que nos proponemos identificar en esta tesis, entonces, se iniciaron trabajando sobre una reorganización de estos espacios de talleres.

Todas estas encrucijadas institucionales se vieron traducidas en un trabajo en equipo, entre las coordinadoras y también entre los participantes de los talleres que comenzaron a proponer nuevas formas de trabajo que podrían sumarse y conformar nuevas alternativas a la dinámica ya instalada respecto al uso del karaoke

4.3 Formalización del taller

4.3.1 Buscando revoluciones moleculares: Objetivos de la práctica.

Planteando la búsqueda de favorecer procesos de singularización y el desencadenamiento de revoluciones moleculares, el taller contaba con ciertos objetivos, organizados según lo que propone Guattari respecto a que la idea de revolución molecular habla sincrónicamente de todos los niveles (2013).

Objetivos infrapersonales: referido a aquello que está en juego en los procesos de creación, de relación con la materia artística, en el entrecruce con las herramientas de producción que comprende el arte.

- Considerando que el deseo sólo puede ser vivenciado en vectores de singularización: *Generar un espacio que fomente dichos procesos de singularización, desde la creación, el canto, las elecciones, etc; activando las propias raíces productivas* (que son los puntos mismos de singularidad).

- Contextualizando el taller en un dispositivo dependiente de un psiquiátrico, que recibe a quienes quedan por debajo de las escalas de normalidad, valores, utilidad, belleza, etc; dominantes:

Favorecer un espacio para el trabajo y la afirmación de nuevas escalas, mediante procesos singulares de creación y subjetivación.

Objetivos personales: referido a las relaciones de auto-denominación, de relación con uno mismo, de auto-conocimiento y reconocimiento.

- *Habilitar un espacio que favorezca el desencadenamiento de microprocesos revolucionarios (que no necesariamente tienen que ver con el orden de las relaciones sociales).*

- *Trabajar nuevas formas de relación con la música y el arte, en pos de desencadenar nuevos procesos de percepción y sensibilidad.*

- *Abrir un terreno de función a la autonomía, favorecer procesos de automodelaje sin constante dependencia del poder.*
- *Posibilitar nuevos modos de creación.*

Objetivos interpersonales: referido a la invención de nuevas formas de sociabilidad y relación. Este nivel se ve favorecido por el entrecruzamiento y articulación con los otros espacios de taller, y por el mismo Centro Cultural y sus actividades.

- *Trabajar las posiciones singulares y su afirmación, y favorecer la articulación con otros procesos de singularización, en pos de resistir a las tentativas de nivelación de subjetividad que proponen los mecanismos institucionales/sociales/culturales del dispositivo de la locura.*
- *Trabajar en el reconocimiento de la posición que cada uno ocupa, y en la capacidad de movimiento de las mismas, favoreciendo lecturas de las situaciones particulares, abducibles también por fuera del espacio de taller.*

4.3.2 Los participantes

Este taller se sostuvo y fundamentó en la idea de que las vías de acceso a transformaciones están en todos los niveles, inclusive y sobre todo en quienes participan, hacen uso, y también padecen, la institución locura y sus lógicas violentas. A lo largo del desarrollo de este espacio, se fue consolidando su encuadre, tomando las propuestas y demandas de los usuarios, generándose un nuevo territorio, un *agenciamiento*¹¹ desde el cual se trabajaron las singularidades, y se abrió paso a los devenires diferenciales, usando como punto de partida la multiplicidad de voluntades (no solo la de participar del taller, sino también desde el vivir, el sobrevivir, crear, amar, cantar, bailar, etc).

Por ello, en este apartado vamos a presentar a quienes participaron/construyeron el taller en conjunto conmigo, que cumplía el rol de coordinadora en base principalmente a los deseos de todos los que allí nos encontrábamos.

Flecha Zen, un joven amante del rock pesado y el metal, participe desde los inicios del taller. Pudieron leerse algunos cambios de posición respecto al intercambio con los

¹¹ Noción más amplia que la de estructura, sistema, forma o proceso. Acarrea componentes heterogéneos de orden biológico, social, maquínico, imaginario, etc. Es *desde donde* se “agencia”, desde donde el Yo es. Un complejo de líneas, una relación que hace co-funcionar los elementos de tal o cual manera. (Guattari, 2013).

otros participantes. En los primeros encuentros, estaba presente cuando tenía la posibilidad de cantar pero se retiraba momentos después, cuando era el turno de otro usuario. Esto pudo ser dialogado y, a pesar de no compartir los gustos musicales con el resto, se dieron momentos de relación, no solo desde el canto y algunos dúos propuestos por ellos mismos, sino también desde el diálogo y compartir un encuentro con el otro.

Cisne, una chica que se presentaba diciendo que no sabía cantar y le daba vergüenza, también participó desde el inicio, continuamente hasta fin de año. Muchas veces nos encontrábamos solo nosotras dos, si *Flecha Zen* no asistía o se iba del salón, y esos momentos eran de un intenso trabajo de lo vocal, de grabaciones y escuchas. Este trabajo permitió también el reconocimiento de cómo se escuchaba su propia voz, y fue desencadenando un trabajo en torno a su vergüenza y los nervios de cantar frente a otros, y en la preparación para la presentación en público. Incluso la escucha fue trabajada en su relación discursiva individual con las pistas de karaoke. El reconocimiento de otros trabajadores o usuarios del CCG sobre sus mejoras parecían animarla a seguir trabajando.

Ambos fueron participantes continuos a lo largo de todo el año. Sus particularidades, que a su vez marcaban grandes diferencias entre ambos, fueron bordando las singularidades del taller que oscilaba entre Almafuerte y Thalía.

Dedos de mimbre comenzó a participar de este espacio de taller casi a mitad de año. Anteriormente asistía al taller que se realizaba más temprano, donde no había sostenido una continuidad. Decidió, luego de hablar conmigo comenzar a acudir a este horario, al que se sumó con una participación constante. A diferencia de *Flecha Zen* y *Cisne*, *Dedos de Mimbre* estaba internado en el Agudo Ávila. Sus producciones se daban desde el micrófono cantando cumbia, y era el primero en llegar y el último en irse. Su incorporación al grupo favoreció las interacciones al agrandarse el grupo, y al incorporar la cumbia, el baile se manifestaba como otra forma para expresarse.

4.4 Análisis general de la práctica.

Los primeros encuentros de los talleres se vieron caracterizados por un trabajo sobre el encuadre del mismo, ya que los usuarios querían participar de todos. También fue necesario comunicarles que el Festival de la Chaveta no se realizaría ese año (ya que de la Institución todavía no se los habían informado), y contarles la propuesta que proporcionó la Institución de hacer otro festival.

Haciendo una meta-lectura de la práctica completa, se pueden identificar dos zonas¹²:

Zona 1

La primera, entre el inicio de los talleres (dos de estos dándose en simultáneo) y hasta la liberación de otro día para la descompresión de los mismos, caracterizada por la búsqueda de alternativas dadas las condiciones de posibilidad.

Esta primer etapa de trabajo permitió hacer lectura de algunos movimientos dados en los grupos participantes de los talleres. En un principio, había cierta resistencia a trabajar sin los equipos de audio, por lo que algunos de los participantes sólo estaban presentes en los momentos en que tenían dicha posibilidad.

Sin embargo, la introducción de la guitarra (primero como instrumento ejecutado por la coordinadora acompañando las producciones, pero luego despertando otros intereses como el de producir con la guitarra y querer aprender a tocarla) significó un cambio de posiciones en tanto que el karaoke ya no era la única opción, y si bien era un momento esperado el turno de cantar con los micrófonos, los participantes del taller permanecían en el lugar y produciendo desde nuevas plataformas.

El grupo participante del taller, que mutó de ser “Cantando por cantar” a un taller donde no sólo el cantar era forma de expresión, comenzó con cuatro participantes. Toda esta primer etapa fue de conocimiento, movimientos, de charlas sobre gustos, escuchar música, y también cantar, a la par del refuerzo del encuadre.

La organización posible resultó a pesar del desacuerdo de muchos de los participantes que querían “cantar en karaoke”, haciendo uso del salón donde se encontraban los equipos durante media hora, mientras el otro grupo se desenvolvía en la biblioteca con la incorporación de la guitarra y otros instrumentos. Transcurrido ese lapso, intercambiábamos los lugares físicos para seguir trabajando.

Después de este período de tiempo, compartiendo los materiales y moviéndonos entre la biblioteca y el salón, se pudo mover de día el taller a cargo de mi compañera por la

¹²Designamos como zona a un período espacio/temporal durante el cual pudo leerse una forma de trabajo, que la caracteriza y define en tanto relieve. La diferencia en dichas formas inaugura una nueva zona y finaliza la anterior.

liberación de otro horario, organizando y estabilizando el funcionamiento de los talleres, contando así con todos los materiales de trabajo en un espacio propio.

Esta situación implicó un trabajo entre todos los que participábamos de los espacios, y permitió una apertura de posibilidades a lo que antes significaba un enfoque directo en el karaoke. La incorporación de la guitarra abrió las posibilidades de interrelación discursivas desde las producciones sonoras. El entrecruce de materiales permitió una fusión entre todas las herramientas con las que se contaba, complejizando así el trabajo y abriendo a la simultaneidad de discursos, que a su vez mostraban nuevas formas de interacción como el trabajo con guitarra y micrófono, acompañamiento percusivo sobre las pistas de karaoke, y una multiplicidad de opciones frente al festival que se visualizaba como objetivo, y para el cual ya contábamos con numerosas opciones más además de cantar en karaoke.

Otro tipo de producción frecuente, tanto en esta zona como en la siguiente, se daba desde lo corporal. Desde la coordinación se proponía comenzar los talleres haciendo estiramientos, elongaciones, reconocimiento de la respiración y del estado del cuerpo. También, y esto como propuesta de los participantes, el baile era una forma de expresión donde el tejido relacional adquiría mayor importancia. Inclusive se practicaban posibles coreografías para acompañar el canto.

En el análisis de esta primer zona podemos dar cuenta del rol conformante que cumple cada uno de los participantes del taller, y cómo según los deseos de todos se fue moldeando un espacio con multiplicidad de discursos.

Las aperturas de posibilidades se mostraron como relevantes de esta primer zona, caracterizando la dinámica de trabajo que adquirió el taller. Este trabajo fue posibilitado por el entrecruce de materia proveniente de distintas fuentes y formas, haciendo así que las mismas se multipliquen. Aquí identificamos procesos de búsqueda que fueron acarreado múltiples otros, proyectando líneas de fuga a partir de las condiciones de posibilidad con las que iniciamos el taller (institucionalmente hablando), pero también, y sobre todo con las de los propios participantes (que mediante los procesos dados se ampliaban cada vez más).

-Flecha Zen: Hay una canción de Metallica que dice “Tú me rotulaste, yo te rotularé”, pero no me acuerdo cómo se llama.

-Valentina: Podemos buscarla en internet. Y si te animás podés cantarla.

-Flecha Zen: No, porque está en inglés y yo no sé inglés, tampoco quiero hacer el ridículo, como los que salen en la tele que cantan en inglés y se nota que no saben.

-Valentina: Bueno, podemos escucharla si tenés ganas entonces.

Ese día, buscamos la canción, la escuchamos, y los tres (Cisne también estaba presente) estuvimos de acuerdo en que era una linda canción.

Dado el anterior encuentro, se me ocurre llevar la letra de la canción de Metallica que habíamos escuchado escrita en fonemas para facilitar la dicción del inglés. Recordándole que podía elegirla para la muestra final, le propongo a Flecha Zen cantarla, quien estuvo de acuerdo, y micrófono en mano, cantó la canción hasta el final.

Al terminar la canción, se acerca y comenta, estirándome una mano:

*- ¡Gracias! Gracias, si yo cantaba esta canción iba a poder recibir la insignia de Metallica, y ahora la tengo. Anoche me miraba el brazo y veía como la insignia subía por acá *se señala el brazo*, y ahora ya la tengo.*

Buscamos en internet la insignia a la que hacía alusión, y agrega:

- Pero prefiero cantar Almafuerte.

Consideramos que esta forma aporta al trabajo en ámbitos manicomiales, ya que añadir nuevas posibilidades implica sumar más opciones ante la elección, tan importantes en el trabajo por la autonomía (sobre todo en ámbitos de Salud Mental).

Zona 2

Esta zona se inicia ante la posibilidad de usar el salón y los equipos de karaoke durante toda la duración del taller. A esta altura, ya se habían podido generar numerosas nuevas posibilidades, que se mantuvieron activas a pesar de poder contar con los micrófonos.

Durante esta zona se suma *Dedos de Mimbres* al taller.

Las huellas que dejó el trabajo durante la primer etapa, marcada por las simultaneidades forzadas por las condiciones de posibilidad, podían leerse en las redes tejidas con los participantes del otro taller.

Por un lado se aprovechaba contar con los equipos para ensayar las canciones elegidas para el festival, (aunque igual la guitarra seguía presente para practicar algunos temas), y por otro se organizaban encuentros mensuales con quienes habían compartido inicialmente los horarios de taller. Esto por expreso pedido de los participantes, que ya se habían organizado para cantar dúos, y los cuales ensayaban en estos encuentros generales.

Podemos decir que lo relevante aquí reside en el nivel de las relaciones, que llevó a que desde la coordinación organizáramos encuentros mensuales para favorecer este tipo de producción que se había gestado en una primer zona, incluso en relaciones de desencuentro entre los participantes por el deseo de usar los equipos de audio. Estas relaciones se proyectaban incluso por fuera del taller, como dijimos anteriormente, favorecidas por el trabajo en general del CCG. Muchas veces llegábamos al lugar y los participantes ya habían estado planeando y poniéndose de acuerdo para alguna temática referida al festival, y nos la comunicaban a nosotras que desde la coordinación intentábamos seguir habilitando espacios para este tipo de tejidos relacionales.

4.4.1 Meta-análisis de la práctica.

Haciendo una meta-lectura de todos estos procesos vivenciales, y un nuevo recorrido por sus objetivos y vivencias, podemos comenzar a marcar algunos puntos estratégicos que fueron haciendo a esta práctica, intentando siempre dejar de lado las posiciones de poder hegemónicas.

Hemos dejado evidenciado cómo las condiciones de posibilidad con las que nos encontramos en el momento de entrar a la Institución significaron un trabajo de búsqueda de nuevas posibilidades, con los participantes como protagonistas de dicha búsqueda, y nosotras en el rol de coordinadoras facilitando algunas herramientas para que estas posibilidades se multipliquen. Todo esto da cuenta de los movimientos que se fueron dando, y los procesos de cada uno de los participantes que se fueron posicionando respecto a estas condiciones de posibilidad, y respecto a sus compañeros y coordinadores.

Si hay algo que podemos afirmar, es que este espacio de taller se construyó *con* quienes participaban del mismo, prestando atención a sus demandas y buscando las formas de poder llevarlas a cabo.

Respecto a los objetivos, creo que los referentes a la **creación** fueron cumplimentados, trabajando sobre todo la *validez* de lo que cada uno producía: constantemente se utilizaban frases del tipo “yo canto mal”, por lo que había una insistencia desde la coordinación en alentarnos a cantar desde nuestras posibilidades, compartiendo esa experiencia con el otro y tratando de paliar las inseguridades frente al juicio de ese otro.

Poder elegir, cómo, qué, con quién, es un trabajo funcional a la libertad y la autonomía, y por ende a los procesos ligados con la salud, sobre todo bajo las determinantes disposiciones del dispositivo de la locura.

Sobre los objetivos de **relación**, los procesos referidos a los mismos dados en el taller fueron muy interesantes en tanto la construcción de dichas relaciones desde las diferencias. Como ya narramos antes, era habitual a principio de año que *Flecha Zen* dejara el salón cuando *Cisne* se disponía a cantar.

Además de la *legitimidad* que marcábamos antes como punto de trabajo con el otro, podemos señalar que el trabajo en Salud Mental implica escudriñar la mayor cantidad de posibilidades para una misma situación, metiéndose en estos espacios para trabajar en pos de las libertades.

Hablar sobre esto, sobre el escuchar al otro, registrarlo, darle mi opinión, fue necesario, porque justamente en el diálogo se encontró una forma de relacionarse con el otro. Y la instancia de hablar entre los tres (hasta que llegó *Dedos de mimbre*) se volvió importante para construir desde allí. Sobre todo escuchábamos música y opinábamos qué nos parecía, o si surgía alguna idea para el festival, apuntábamos para tenerlo en cuenta.

El trabajo relacional también se vio favorecido por el entrecruce con el taller que hasta mitad de año se dio en simultáneo. Cada un par de semanas, nos juntábamos todos en el salón para compartir lo que se venía trabajando, cantando canciones entre varios, y el resto haciendo las veces de público, a modo de ensayo para el festival. Algunos dúos surgidos en este encuentro también se presentaron el día de la fiesta.

Por último, y como desencadenante de algunas reflexiones finales, los objetivos **personales**: si se presta atención, la mayoría hablan sobre *procesos*. Haciendo este meta-análisis general, no podríamos decir si fueron o no cumplimentados, pero sí podemos afirmar que en todo el transcurso de la práctica, los *procesos* (dados en cualquier nivel) tuvieron un papel protagónico. El festival programado era un objetivo para el cual se trabajó durante todo el año, pero todo lo que nos llevó hasta ese momento fue lo realmente constitutivo de la práctica.

El papel que jugó el festival fue interesante en tanto evento en la comunidad: la apertura de los portones y la música invitando a pasar a quien caminaba por la calle, para escuchar a *los cantantes* era todo un acontecimiento, teniendo en cuenta la significancia que había adquirido el festival de La Chaveta y su suspensión dicho año.

Los encuentros sucesivos, por pedido de la Institución, fueron llevados a cabo entre las tres coordinadoras y todos los participantes, y tuvieron un carácter festivo y de despedida de todo un año de trabajo.

5. PLANO 3 : PARADA EPISTEMOLÓGICA

5.1 Ética y Musicoterapia: un paradigma de intervención.

Investigar las problemáticas de lo humano, como es el caso del sufrimiento mental, significa estar inmerso en el mismo escenario (social, cultural, político) donde la Salud Mental adquiere su mayor complejidad, por lo que nos involucra directamente, y es precisa una reflexión singular de frente al trabajo en éste ámbito.

El accionar en Salud Mental también tiene que ser problematizado si se pretende operar desde un lugar distinto al de las morales hegemónicas: plantear una filosofía de intervención, es asumir una postura.

El principio de dicha postura es comprender que tras esta estructura moral impuesta, existe una *libertad posible*, desde una nueva perspectiva, que no tiene que ver con la sustitución de una moralidad por otra, sino que nace cuestionando el valor de la moralidad como tal: la *Ética*.

La *Ética*, como disciplina de la Filosofía, es la reflexión acerca de las morales. Por lo tanto, se vislumbra la principal diferencia: La *ética* es una reflexión, no una *imposición*. Es un *proceso* que al no ser impuesto, se elige. Esta elección nos deja frente a la *libertad*, que al despojarse de las sujeciones morales genera *angustia*: la angustia es la realidad de la libertad como posibilidad.

Hablar sobre libertad en contextos manicomiales resulta paradójico e inquietante, y por ello trabajar por la libertad dentro de dichos contextos conllevan una *responsabilidad* y una continua reflexión de las formas de intervención, para evitar caer en las formas hegemónicas imperantes.

Los procesos formativos relacionados a la Musicoterapia han funcionado como un lugar desde-dónde inventar una praxis, de manera de ir generando fisuras en un sistema de subjetividad dominante tan poderoso como el de una institución totalitaria.

Podemos afirmar, después de este recorrido de teoría y vivencias, que este paradigma de intervención tiene su apoyo en la *ética*, que empieza en el accionar desde la *legitimidad* del otro y de lo que produce. El trabajo ético en salud mental, considero, exige el rechazo de cualquier modo de operar que tienda a paliar las reacciones del oprimido frente a quien ha ejercido la opresión, evitando todo aquello que pueda conducir al sujeto a

instalarse en su exclusión. Su condición de enfermo lo ha ubicado en una pasividad, la cual hay que superar, aunque muchas veces signifique generar una tensión.

Desenmascarar la violencia seguramente despierte un sentimiento de oposición al poder que lo ha determinado e institucionalizado como enfermo mental. Estas fuerzas de oposición son las que tienen que ser estimuladas, antes que reprimidas.

Frente a todo esto, que sería lo que yo considero el viraje paradigmático, enfocado a la ética, es desde donde comienza una praxis de *búsqueda de la libertad*.

Esta encrucijada fundamental, la de trabajar por la libertad en una institución totalitaria, implica encontrar los intersticios para poner a trabajar los *procesos de singularización* mediante los *agenciamientos* que se puedan poner a funcionar dentro de dichas instituciones.

La *horizontalidad* como modo de intercambio, dentro de los agenciamientos propuestos, tienen que ver con dejar de lado la idea de considerarse depositario de un saber, dejando sin efecto una posible posición de refuerzo de los sistemas de producción de subjetividad dominante. Construir y posibilitar procesos desde lo sensible, lo perceptivo, lo memorial, lo relacional, etc. *con* el otro, y no para o por el otro.

Hasta aquí hacemos referencia a lo que consideramos parte de una ética constitutiva de nuestras formas de intervención, que encuentra una posible plataforma de trabajo en la Musicoterapia. Hay numerosas definiciones propuestas sobre qué es o en qué reside la especificidad del hacer musicoterapéutico. No es nuestro objetivo en esta tesis detenernos demasiado en esto, pero si entendemos como necesario expresar nuestra propia postura sobre qué es la Musicoterapia.

Queda evidenciado en el título de este apartado que consideramos que la Musicoterapia está estrechamente ligada a un paradigma de intervención. Ahora, ¿qué es lo que implica que dicho paradigma esté ligado a la Musicoterapia?

La musicoterapia aporta, como raíz troncal de su especificidad, los *procesos artísticos* como conformantes de una praxis, que han de desencadenar innumerables distintos procesos en relación a las *vivencias* que los posibilitan. Utilizamos el concepto de *procesos artísticos* justamente para hacer hincapié en la importancia del tránsito por dichos procesos, como una secuencia continua de hechos o de operaciones que pueden conducir a

otras secuencias de hechos y operaciones. Podemos decir entonces, que el hacer musicoterapéutico trabaja, fomenta, busca, intenta *habilitar el desencadenamiento de procesos artísticos* que permitan la *ruptura permanente* de equilibrios establecidos. Si no ha quedado claro hasta aquí, insistiremos en que no estamos de acuerdo en la cristalización establecida en ciertos lugares, en tanto que consideramos que el trabajo del musicoterapeuta en pos de la liberación de procesos singularizantes, mediante el uso de herramientas del orden de la producción artística, (particularmente relacionados a lo sonoro-musical) tiene que ver con que pensamos a la Musicoterapia, (desde su formación y ejercicio), contemplando a la Salud como un *proceso*, que no es antagónico al concepto de enfermedad, si no que *se compone de movimientos* que se generan en todos los niveles que atraviesan la vida de un sujeto.

Por esto, el musicoterapeuta lee, escucha, analiza lo que va sucediendo en el entrecruce de discursos, que van tejiendo una red que muestra posiciones, formas, lugares posibles desde-dónde participar. Este análisis permite animar mediante distintas intervenciones los movimientos, hablando aquí particularmente en planos de materia sonora, pero que entendemos que como *formas* son abducibles y portables al resto de las redes en las cuales estamos inmersos, donde dichos movimientos son a los cuales nos referimos como constitutivos de los procesos de salud.

La vivencia del arte, tanto de su producción, como de su apreciación y el compartir dicha experiencia con otros, puede ser pensada como un primer momento de libertad *potencial* dentro de un sistema opresivo, y como dijimos anteriormente, la salud se compone de movimientos, y ¿qué es la libertad si no la posibilidad de moverse?

Según una lectura posible, podemos identificar un paralelismo entre el arte y su infinitud, con los procesos constitutivos de la salud mental.

El principio puramente formal que usualmente se propone es dividir las artes de acuerdo con la materia sensible que organice: visual en el caso de las artes plásticas, auditivo en el caso de la música, etc. A estas divisiones se les puede objetar que son contingentes e insuficientes, proceden de una enumeración de los diferentes sentidos, sin trabajar en los intersticios entre uno y otro, perdiendo el enriquecimiento que la interacción de todos los sentidos permite. La aplicación del arte en tanto el *hacer musicoterapéutico*

trasciende estos límites, partiendo desde la consideración de que el arte proviene de *materia sensible*, que es de por sí inclasificable.

En paralelo, el saber médico y la ciencia insisten en clasificar cada vez más meticulosamente los diagnósticos, habiendo desarrollado extensos libros de nosografía psiquiátrica, a los cuales se acude para proceder frente a ese dictamen. También podemos objetar aquí un simplismo exagerado sobre lo que realmente significan los *procesos* que intervienen en la salud mental de cada sujeto.

Por esto insisto, en que en los procesos artísticos en el ámbito clínico, pensándolos desde esta concepción que se aleja del parcelamiento y la etiqueta, hay una posible libertad.

Este acercamiento a un momento de libertad desde el arte, resulta sumamente importante teniendo en cuenta que el proceso terapéutico en ámbitos manicomiales tiene que tender *siempre* a cooperar con el retorno a la libertad, en la medida de lo posible, de aquel que ha sido oprimido.

Los procesos de singularización encuentran su lugar más fácilmente en los procesos artísticos, ya que ofrece una nueva materia e infinitas formas de expresión de la misma, desde donde construir *nuevos modos* de sensibilidad, de relación con el otro, de producir y crear, todo aquello que suma a la producción de una subjetividad singular.

Estos procesos, que pueden ser considerados revolucionarios por las condiciones en las que son liberados, pueden ser un primer paso antes de empezar a desencadenarse en el orden de las relaciones sociales, donde un opresor irremediablemente ejerce su poder sobre un oprimido.

La relación de un sujeto con la música, los sonidos, los colores, y toda materia artística, puede acarrear procesos de percepción y sensibilidad completamente nuevos.

Estos devenires diferenciales, funcionan rechazando la subjetivación capitalística, y abren las posibilidades a identificar los *deseos*, ya que los mismos sólo pueden ser vividos en vectores de singularización (Guattari, 1986).

Todo esto va esbozando una praxis en la que el *conocimiento* y *reconocimiento* de la necesidad de luchar por esa libertad tienen que ser protagonistas. Como operador en Salud Mental, el musicoterapeuta va guiando esa praxis de búsqueda, trabajando *con*, y no por, quien ha sido institucionalizado.

Por la pasividad que ha sido revestido, el sujeto diagnosticado/institucionalizado, ha perdido entre otras cosas, su *autonomía*. Siguiendo a Guattari (1986), la pérdida de la autonomía significa que se ha perdido la capacidad de operar los procesos propios de semiotización, cartografía, quedando el *devenir* trabado por un difícil acceso a los deseos singulares y originales. Esto se relaciona directamente con los procesos de singularización, ya que los mismos se caracterizan por ser automodeladores: hay que transmitirle al sujeto institucionalizado que le es urgente moverse de la posición constante de dependencia con respecto al poder (en forma de saber, de hacer, de segregación, de status, etc.) A partir del momento en que esto ocurre, se habilita la capacidad de leer su propia situación y lo que pasa alrededor. Esto podría conformar un puntapié para que la desmanicomialización sea visible y comience a ser viable desde el *deseo de que suceda*.

Es necesario habilitar y habitar espacios para desencadenar procesos de diferenciación, para poder preservar (o recuperar) ese carácter de autonomía tan importante para quien ha sido institucionalizado. Estos procesos, a los que Guattari llamó *revolución molecular*, se dan sincrónicamente en todos los niveles, infrapersonal, personal e interpersonal, y consisten en producir las condiciones, tanto propias, como las de una vida colectiva, y modos de subjetivación originales, por lo que es interesante aplicar dicho concepto en las formas de *resistencia* frente a los dispositivos de la locura, que actúan en todos los estratos de la sociedad.

Toda emergencia de singularidad puede provocar dos tipos de respuesta micropolítica: la que tienda a normalizar, o por el contrario, la que busque encaminar la singularidad **hacia la construcción de un proceso que pueda cambiar la situación**.

6. CONCLUSIONES

El ejercicio de la escritura, como formalización de procesos en los que interviene lo teórico, lo vivencial, lo investigativo y reflexivo, entre otros, nos ha exigido también, un exhaustivo estudio y selección del *lenguaje*.

Dentro de estas conclusiones, nos parece necesario hablar sobre la importancia del mismo, en tanto constitutivo de todo lo que nos rodea. Este trabajo, y cada una de las palabras elegidas que lo componen, significan una propuesta de reflexión, por lo que arribamos a las conclusiones pensando que es el lenguaje, como construcción cultural, el que dictamina y compone todo lo demás.

Hemos recorrido el poder de la palabra del médico, y revisado el orden del discurso que sostiene y anima la nivelación de las subjetividades, desde planos mundiales, hasta las singularidades constitutivas de cada uno de nosotros.

Es necesario entender el significado y la implicancia que tiene el lenguaje, en todos los ámbitos, pero aquí particularmente hablando en la problemática que nos convoca: desde aquí es desde donde enfermamos al enfermo, lo enloquecemos, lo encerramos y condenamos a la opresión que nos ha habilitado el orden del discurso.

Después de transitar la historia de cómo se forjó el dispositivo de la locura, creemos haber dado cuenta de que a pesar de que muchos años han pasado, son muchas las lógicas que siguen determinando hoy en día las problemáticas en Salud Mental: se han reemplazado los chalecos de fuerza por chalecos farmacológicos, se ha revestido de una mentirosa humanidad al manicomio, y se ha perfeccionado la clasificación nosográfica en la psiquiatría. Todo esto funciona como una pantalla para la sociedad, que aplaude los avances científicos y la apertura de manicomios, y sigue exigiendo y avalando el abuso de poder de los médicos sobre los más oprimidos: los locos.

De esta forma, son funcionales a los distintos planos que conforman esta lógica alineada al poder hegemónico, enterrando y resistiendo a armas estratégicas en esta lucha, como lo es la Ley nacional N 26.657 que por proponer cambios direccionados verdaderamente a la humanidad de las personas, atenta contra los saberes hegemónicos que tanto veneran. Y por eso mismo, apenas sube al poder (aún más arriba del saber/poder) un

negligente, puede volver atrás e invalidar avances que, según nosotros consideramos, apuntan a lo humano.

Por todo esto hemos intentado en esta tesis vaciar el concepto de la locura, un concepto que entre las hipótesis ya postulábamos como vacío, y lo hemos vuelto a rellenar tratando de complejizarlo para comprender la importancia de la problemática.

Esta complejidad nos ha atravesado al momento de encontrarnos en una práctica, que se vio movilizada por una urgente búsqueda de alternativas, para que nuestro recorrido por estas instituciones encontrara intersticios desde donde operar sin caer en las lógicas que propone el dispositivo de la locura.

Volviendo la mirada a las hipótesis postuladas en la presente tesis, entonces, podemos decir que la palabra proyectada en el diagnóstico tiene un rol fundamental en los procesos de enfermedad ligados a la salud mental, siendo parte constitutiva y determinante de los mismos.

Vislumbrar el poder de la palabra, y su muy factible prestación al ejercicio del poder mismo nos atraviesa al momento de enfrentarnos a cualquier práctica, aún más evidenciable en contextos manicomiales. Correrse de la concesión de un poder que fácilmente encuentra su lugar en estas lógicas violentas fue un primer paso para ir buscando modos de operar desde la legitimización del otro: de lo que dice, de lo que siente, de lo que piensa y de lo que desea. Escuchar al otro es apuntar al poder (usado aquí en el sentido de posibilidad) de su palabra y su legitimidad en relación a todos los otros discursos. Proponemos desde la Musicoterapia la escucha de todo lo que se desee expresar, desde distintas materias que viabilicen nuevas formas de creación, y también la posibilidad de dejar por momentos la palabra de lado, y comunicarnos desde nuevos lugares.

Volver a transitar estos procesos con-formativos de una práctica en Salud Mental, y buscar las palabras y las metodologías para plasmarlo y poder compartirlo, ha permitido un ejercicio de tejido entre praxis-teoría, dando origen a una posible parada epistemológica de intervención en Salud Mental. Como ya postulamos anteriormente, la intervención implica, entre otras cosas, asumir una postura, y creemos que hemos podido encontrar puntos estratégicos en esta posición propuesta: el trabajo con el otro, con-formando espacios, desde el respeto, la búsqueda de la libertad, el trabajo desde las más pequeñas islas liberadas, la *ética*.

La musicoterapia como plataforma *desde-donde*, (en el sentido de las posibilidades que nos brinda el hacer musicoterapéutico, como lugar paradigmático desde-donde intervenir) nos brinda la materia sensible donde todos estos procesos con-formativos se desencadenan en múltiples e ilimitadas formas, abriendo este rizoma por fuera de lo propuesto hegemoníicamente hacia nuevos y distintos territorios desde donde seguir buscando la libertad. Y a pesar de que muchas veces los intersticios sean mínimos, tenemos la convicción de que los procesos acarrear y facilitan otros, desde donde seguir construyendo *singularidad* y buscar *otro mundo de posibles*.

En las últimas líneas de este trabajo, debemos decir que hemos finalizado la formalización de dicha investigación, pero la exploración siempre seguirá en funcionamiento: *buscamos la libertad y su identificación micropolítica*, para **desencadenar más revoluciones moleculares, en pos de revoluciones molares**.

7. BIBLIOGRAFÍA

A.A.V.V. (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Alberdi, J.M. (2003). *Reformas y Contrarreformas, Políticas de Salud Mental En La Argentina*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.

Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Editorial Madres de Plaza de Mayo.

Basaglia, F. (1970). *La Institución Negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral editores S.A.

Deleuze, G. (2015). *Foucault*. Buenos Aires: Paidós.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2002). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pretextos.

Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Bogotá, Colombia: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Foucault, M. (2012). *El poder, una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Galende, E y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental: El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2013). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Stern, Fernando. (2005) *El estigma y la discriminación. Ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas*. Buenos Aires: Noveduc.

Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

FUENTES CONSULTADAS

Brienzo, M. (2013). *Musicoterapia y discursos de la anormalidad*. Tesis de Grado de la Lic. en Musicoterapia. Rosario: Universidad Abierta Interamericana.

Carpintero, E. y Vainer, A. (Marzo 2000). *La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras (FAP)*. Revista Topía. En: <https://www.topia.com.ar/articulos/la-historia-de-la-desaparecida-federaci%C3%B3n-argentina-de-psiquiatras-fap-0>

Falcone, R. (Sin Fecha). *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. UBA. Facultad de Psicología. En: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf

Fornero, P. (2010) *Un espacio colectivo para la expresión*. Página/12. Sección Sociedad. 6 de Septiembre, Rosario. En

Galende, E. (1989) *Modernidad y modelos de asistencia de Salud Mental en Argentina*.

Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús. En:

<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf>

García Fanlo, L. (Marzo 2011). *¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben*. A

Parte Rei Revista de Filosofía N° 74. En: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/fanlo74.pdf>

Gerlero y Col. (2010) *Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina*. Revista Argentina de Salud Pública, 1(2), 24-29.

Lipovich, P. (2010) *Un cambio de paradigma en la salud mental*. Página/12. Sección

Sociedad. 26 de Noviembre, Rosario. En: [http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-](http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-157578-2010-11-26.html)

[157578-2010-11-26.html](http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-157578-2010-11-26.html)

Rozin, M. (2014) *Habitar los intersticios: Una intervención desde la Musicoterapia. Un*

mapeo tras las rejas. Tesis de Grado de la Lic. en Musicoterapia. Rosario: Universidad

Abierta Interamericana.

8. AGRADECIMIENTOS

Sería extenso y pretensioso nombrar
a cada persona que fue parte del recorrido,
formativo y formalizado:

entre quienes aportaron información,

devenida charlas, debates, libros, cuestionamientos y certezas;

quienes cebaron mate y acompañaron
con melodías, paciencia y tolerancia este largo recorrido;

los que desde lejos llamaban

y hacían llegar las energías y los abrazos;

los que estuvieron dispuestos a leerme,
señalando qué se podía mejorar, sinceramente y con verdadero interés;

la familia de allá, y la familia de acá;

especialmente a los usuarios de servicios de Salud Mental.

Favoreciendo mis propios procesos de singularización,
y juntos buscando más revoluciones moleculares.