

INCLUSIÓN MENTAL

Políticas públicas con enfoque de derechos

(Por la superación del dogma manicomial)



YAGO DI NELLA

Presentan: Dr. Juan Sylvestre Begnis - Lic. Mercedes Rattagan

*Participan: Lidia Calvillo - Martín de Lellis - Lorena Negro - Andrea Paz -
Lucía Pomares - Miriam Sola - Sofía Venesio - Romina Urios - Martín Yacachury*

serie psicosocial 7

INCLUSIÓN MENTAL

**Políticas públicas con enfoque de derechos
(Por la superación del dogma manicomial)**

**Autor:
YAGO DI NELLA**

**Presentan:
DR. JUAN SYLVESTRE BEGNIS - LIC. MERCEDES RATTAGAN**

**Participan:
LIDIA CALVILLO - MARTÍN DE LELLIS - LORENA NEGRO -
ANDREA PAZ - LUCÍA POMARES - MIRIAM SOLA - SOFÍA
VENESIO - ROMINA URIOS - MARTÍN YACACHURY**

CAPÍTULO 2

MODELOS DE EXTERNACIÓN: DEL *ALTA MÉDICA* A LA *INCLUSIÓN SOCIAL*⁹

⁹ Texto basado en clases dictadas en el marco de la Capacitación de operadores psicosociales en revinculación de personas con padecimiento mental internadas crónicamente. El proyecto de Extensión Universitaria del que surge la formación de estos practicantes fue subsidiado por el Programa de Voluntariado Universitario desde 2006 hasta el año 2009, mediante concursos de propuestas desarrolladas desde la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación. El proyecto fue implementado mediante acuerdos con los Hospitales de: a) Colonia Nacional Montes de Oca de Torres, Luján; b) Monovalente de Mujeres Esteves de Témperey; y c) Neuropsiquiátrico A. Korn de Melchor Romero.

Principio 7
Importancia de la comunidad y de la cultura

1. *Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.*
2. *Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos, y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.*
3. *Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.*

Principio 8
Normas de la atención

1. *Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.*
2. *Se protegerá a todo paciente de cualquier daño, incluyendo la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.*

Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Naciones Unidas 1991.

I- CULTURA ASILAR: LO MANICOMIAL

Desde mediados del siglo XIX, el proyecto asilar caracterizó las políticas de salud mental no sólo de la Argentina, sino de la sociedad occidental casi en su totalidad. Fue impulsado por el positivismo, en tanto corriente ideológico-epistemológica.

Como ya hemos visto a lo largo de este libro, el proyecto manicomial llega a la Argentina al menos un siglo después de su surgimiento en Europa. Los primeros hospicios, pensados como asilos para enfermos (degenerados) mentales y para “idiotas”, son desarrollados por la llamada *generación del ochenta*. Sin embargo, podemos caracterizar lo *manicomial* desde múltiples vías o ejes de análisis, los cuales veremos a continuación, para luego de su

análisis crítico poder abocarnos a pensar otros modos de situar la tarea de atención no manicomial del padecimiento mental. La primera parte de este capítulo complementa desde otro eje de análisis lo ya planteado sobre el rol del Estado en la configuración del campo de la Salud Mental.

1.1- EL PROYECTO POSITIVISTA DEL AISLACIONISMO

En el espacio y tiempo de fines del siglo XIX, la locura no tenía un tratamiento especial que permitiera asumirla como un núcleo temático específico; simplemente se la ubicaba en el campo de la exclusión social total. Este reunía situaciones personales totalmente diversas. Tanto es así que el principal hospital del país, al menos cuantitativamente hablando, el hospicio de la localidad de Melchor Romero, fue creado como un leprosario, al cual después, con el paso del tiempo, iría a parar toda otra serie de problemáticas que no tenían ese origen –el de la lepra–, sino otras enfermedades infecto-contagiosas y, luego, algunas otras enfermedades que eran asumidas como contagiosas (aunque no lo fueran) como diversas formas de padecimientos incluidas en la nomenclatura de la época como formas de *la locura*.

Este *error* no es tan azaroso como pareciera ser mencionado a veces en los textos historiográficos. Ya en la antigüedad se consideraba a la locura como contagiosa. Esta es una teoría que dominó durante décadas y que sobrevive aún en la cultura popular: la *conducta desviada* se contagia: “una manzana podrida pudre a todo el cajón”.

Lo manicomial se constituye en ese período a partir de la introducción, como lo plantea Vezzetti en *La locura en Argentina*, del pensamiento europeo. Es decir, el pensamiento manicomial en la Argentina se desarrolla a fines del siglo XIX, no por una conducción propia sino por la importación del modelo europeo, sobre todo francés, de la *cultura manicomial*: la construcción de espacios de aislamiento basados en el trabajo forzado y el control moral total como forma de atención del padecimiento mental. La Argentina, hasta ese momento, tenía otras formas de atención de la locura, basadas en la acción inclusiva comunitaria.

La locura se funde con la idea del paradigma bio-médico del *contagio* y toma el modelo de las enfermedades contagiosas y la cuarentena como modelo de tratamiento, como forma de atención también para este tipo de situaciones. Por ejemplo, las últimas construcciones que han quedado del antiguo macro hospicio del Melchor Romero (actualmente denominado Hospital Alejandro Korn) son las llamadas “barracas” (construcciones de madera, construidas de ese material en forma voluntaria para luego ser quemadas periódicamente, para evitar el *contagio*). Las vías del ferrocarril pasaban por adentro del hospital, porque el sistema que se utilizaba para llevar los alimentos y los artículos de primera necesidad al

hospicio era a través del tren, en el cual se mantenía a las personas a una cierta distancia, se tiraban las cosas desde el vagón, sin tener contacto con los internos. El tren seguía su camino, y una vez que se alejaba, la gente recogía los artículos.

Lo que se buscaba era sostener el aislamiento incluso cuando lo único que había en el hospital eran pacientes con *locura* –al menos como era definida en ese momento–. Aun en ese período, el método de interacción era ese. Los que quedaban allí trabajando eran personal vinculado a la Iglesia (en el caso de las internas mujeres, monjas; mientras que los internos varones eran atendidos por sacerdotes). Por esto el hospital siempre estuvo separado en dos partes, con una división en el medio, la ruta: de un lado las mujeres, del otro lado los varones. Esto tiene que ver también con la cuestión de quién se encargaba del cuidado.

Esta construcción del hospicio como espacio de atención tiene por detrás la idea de que el aislamiento cura (esto también lo plantea Vezzetti cuando postula qué es lo *manicomial*, pero también lo plantea Ulloa y Bauleo pensando lo *manicomial hoy*). La idea base “aislar cura” será el más grave escollo de todo el manicomialismo, por cuanto si algo se ha demostrado en estos 100 años de asilo es nada menos que lo contrario.

I.2- EL ORDEN NATURAL

En segundo lugar, se proponía que ese aislamiento debía ser sostenido por un *orden* que replica el orden de lo *natural*. De aquí que los hospicios, en el margen latinoamericano, se hayan constituido como aldeas agrícolas, en lo posible autosustentables.

No es que se pensara en la autonomía total respecto del mundo ciudadano, pues el personal y buena parte de los insumos no podían producirse desde adentro. Pero sí existía el objetivo de una organización convivencial que no requiriera recursos económicos del Estado, sino sólo en términos del sostenimiento del personal. El excedente productivo equilibraría las cuentas negativas por los insumos. Esta era la idea directriz.

El trabajo agrícola, en consecuencia, era considerado un ordenador subjetivo primario, insustituible. La idea que primaba era que el mundo entero tiene un orden natural, y el orden humano de algún modo replicaba o era una forma superior del orden natural. Por lo tanto, el desorden subjetivo era una *alteración* de ese orden natural de las cosas. El acercamiento del *desviado* a ese mundo naturalmente ordenado, propiciaba u operaba como tratamiento, como posibilidad de encausar esa subjetividad desordenada.

I.3- LA ENCERRONA TRÁGICA

En tercer lugar, ya más a nivel simbólico, lo *manicomial* tiene una

tercera forma de ser pensado. Nos referimos a lo que Fernando Ulloa (1995) llama la *encerrona trágica*. Esto es, que en una situación dada –de aislamiento, de encierro– la persona que está ubicada en posición desventaja o sumisión en realidad está sobredeterminada por su posición en tanto víctima de un proceso sin derecho de apelación. En ese caso, si no hay un tercero de apelación, se crea una dependencia total, pues no hay posibilidad de solicitar o reclamar por una instancia tercera a la cual se pueda acudir, ya sea concreta judicialmente o simbólicamente.

Ulloa plantea que el escenario más trágico e inapelable, en el cual esto se ve de forma clara es la mesa de tortura.

Justamente, el vínculo de dependencia total es posible porque no hay un tercero que regule esa interacción. Salvando las diferencias, el espacio manicomial se caracteriza, sin llegar a ser una mesa de torturas, por la misma lógica, toda vez que la situación de internación (involuntaria y de escasa garantías de derechos) se vuelve inapelable, como suele ser en una institución total.

El hospicio tiende a producir, por su propia lógica aislacionista y abandonica, escenarios de encerronas trágicas, más allá de sus discursos rehabilitatorios y las garantías legales supuestas, que tienden a ser potenciales y poco logrables.

1.4- LA DOBLE MORAL: REHABILITACIÓN EN EL ENCIERRO INDEFINIDO

En cuarto lugar, otro aspecto desde el cual podemos pensar lo *manicomial*, se puede ver en la ya conocida lógica de *doble moral* de la práctica psiquiátrica clásica. En efecto, la práctica manicomial propia del modelo positivista psiquiátrico tiene un *discurso de rehabilitación* y una *práctica de asilamiento* extremo. Esta doble moral consiste en que si uno le pregunta, en general, a un profesional de una sala psiquiátrica de *crónicos* cuál es su función, dirá que se dedica a la rehabilitación de los pacientes, pero si se le pregunta cuándo fue la última vez que dio un alta médica, en la mayoría de los casos hablarán de varios meses o años. Su actividad es absolutamente ineficaz y reconocidamente inoperante, pero no hay pensamiento elaborativo que busque profundizar aquello que pasa, que le ocurre en su propia práctica en sí.

En este sentido, parte de lo *manicomial* está en esa falta de adecuación entre el discurso de la praxis y su eficacia, sus resultados, sus productos. Las tintas de discurso de justificación se cargan entonces en la familia (a la que casi no se la ve o se la desconoce, directamente), a la política del Estado en la materia (del cual se participa con la praxis misma), a la falta de recursos, etcétera.

El discurso manicomial se caracteriza por esta idea *rehabilitadora*,

la cual, en cambio, en la realidad observable de los hospicios, se constituye en un internamiento asilado indefinido sin plan de trabajo claro y predecible para la vuelta a la vida en comunidad del paciente abordado. Es decir, el episodio de la internación se constituye en un cuadro de permanente prognosis deteriorante y, sobre todo, aislacionista. Si no se configura un mínimo plan de internamiento (no desvinculante del entorno socio-relacional inmediato), de carácter integral, mucho menos se lo debe esperar para la vuelta a la comunidad. Las historias clínicas se llenan con el famoso “sin novedad”, y los pacientes pasan años con informes de sus profesionales que consisten en esa frase. En realidad, la “falta de novedad” habla más del modelo de atención y de los profesionales intervinientes que del pobre paciente, abandonado allí a su propia suerte, incluso y sobre todo, por ellos.

La única novedad esperable es otra, puesto que lo que comúnmente sucede es el deterioro psicofísico de ese paciente: puede ser una afección respiratoria o que deje de caminar o de hablar. Es decir, es el deterioro, en todo caso, lo que se informa, pues en ese modelo prestacional es la única novedad posible. Cualquier otra “novedad” será tomada como *milagro*.

Este cuarto punto para pensar lo *manicomial* es el que nos sirve a la hora del diagnóstico, ya que cuando uno concurre a un hospicio, lo primero que debe tener en cuenta es qué nivel de consonancia o disonancia existe entre lo que se dice y lo que se hace. Esto es tomado desde el paradigma de los derechos humanos en otros términos, es decir, en qué medida el paciente accede al derecho de tratamiento y en qué medida se cumplen sus derechos en torno a la vida comunitaria o al menos a la llamada rehabilitación para la vida comunitaria.

El concepto de *rehabilitación* es más que engañoso, sobre todo en relación al tema de la doble moral, por la falta de cuestionamiento sobre si se condice o no con la práctica de la rehabilitación; pero también es engañoso en tanto concepto: cuando uno propone rehabilitar a alguien, siguiendo el vocablo *re-habilitar*, está haciendo dos suposiciones, por un lado, se está suponiendo que esa persona estuvo habilitada, aunque uno puede preguntarse habilitada para qué. Por otro lado, el concepto de *estar habilitado* es en sí complicado: si se pretende rehabilitar a alguien tomando como tal que ese estado es el de estar *asintomático*, es decir, no tener más los síntomas que llevaron a la internación, la *rehabilitación* pasa a ser algo que es enteramente distinto al sentido original que se le había dado al término. Si, en cambio, llamamos rehabilitación a la idea de que una persona vuelva a estar en condiciones de estar en la comunidad, entonces el término no sería rehabilitación, porque la persona siempre está habilitada a vivir en comunidad, la diferencia es con qué sostén. Desde ese punto de vista es equívoco y engañoso, pues desnuda el aspecto conservador con el que se enfoca el tema.

1.5- EL SUJETO DE INTERVENCIÓN

En todo caso, habría que pensar en la *rehabilitación* de los grupos de contención y no de la persona, puesto que lo que lleva a una persona a una internación, la crónica sobre todo, no es la crisis, sino el no tener un aparato de contención durante esta, a no ser que la crisis sea tan grande que el aparato de contención no se organice; pero, en todo caso, esto sería hasta que el aparato de contención se reorganice, hasta que adquieran los saberes que permiten integrar a la persona en su post-crisis a la vida comunitaria.

Entonces, el engaño que propone el término *rehabilitación* en el espacio del discurso manicomial es el de creer que esta debe darse en la persona internada. Al asignarse la locura exclusivamente a la persona se produce una primera trampa, y es acompañada, justamente, por una segunda al asignarle a la persona padeciente *la rehabilitación*, como si la condición de internación estuviera dada sólo en el síntoma o en la patología de ese sujeto.

Si uno cree que la rehabilitación debe darse en el sujeto posicionado en el lugar de *enfermo*, entonces nunca va a darse esa supuesta *rehabilitación* como tal. Puede ocurrir que la persona se fortalezca tanto que no requiera de ese aparato de contención que tenía previamente, que por sus propios recursos psicosociales logre una fortaleza tal que no requiera de ese aparato de contención; pero tampoco sería una rehabilitación. Esto es lo que se hace comúnmente con las casas de medio camino y los hogares de convivencia, lo cual es sin duda un gran paso adelante, pero tengamos cuidado de considerar esto una integración social, pues bien puede ser un paso del macro hospicio al mini hospicio con el mismo aislamiento vincular y la misma estigmatización social. Nos ocuparemos de este tema más adelante.

Podría decirse que cuando uno invoca el concepto de rehabilitación trae por detrás la lógica individualista del pensamiento médico hegemónico que sostiene que el que se enferma es el individuo. Tanto aísla a la persona que trata como aislada es la concepción de la enfermedad. Por lo tanto, en la lógica manicomial, el tratamiento consiste en *descontaminar* a la persona de aquello que la ha enfermado. De ello resulta que el entorno del sujeto tratado (pues sólo a este se lo trata) es demonizado: el entorno no es aquello con lo que se debe trabajar para producir la supuesta *rehabilitación*, sino que es aquello que lo ha enfermado. La enfermedad es del sujeto, y lo *enfermante* es su entorno, por lo tanto el aislamiento no sólo opera anulando la posibilidad de trabajo para la contención comunitaria, sino que, además, contrapone al sujeto con su aparato de contención. Este doble error conlleva por lo general más confinamiento.

1.6- LA SUSPENSIÓN DEL TIEMPO

Las instituciones de encierro (cárceles, regimientos, instituciones

de *menores*, etc.), en general, tienen una característica: su *predictibilidad temporal*. Se puede establecer la fecha de salida del interno. Esto no puede ser sostenido en cambio en lo atinente al espacio manicomial. Una persona internada en un manicomio no tiene la posibilidad de saber en qué momento saldrá, hasta cuándo ni bajo qué circunstancias se lo considerará *rehabilitado*. Tampoco tiene, en general, derecho a apelar las decisiones que sobre él se toman o a desacordar al respecto (Kraut, 2005).

El preso sabe cuál es su *rehabilitación*, existen claras consignas, coordinadas, reglamentos, etc., que le indican lo esperable, y en consecuencia procede o no en ese sentido. En el espacio manicomial, este restablecimiento en el estado de salud de la persona no determina la *rehabilitación* ni el período por el cual va a estar internada. Es decir que una persona puede estar asintomática, tener una *perfecta conducta* en el manicomio y eso en nada permite pensar que el sujeto va a ser externado; no conlleva necesariamente la externación. Este problema ha generado ya varios fallos por inconstitucionalidad y ha sido tratado por el derecho internacional (Kraut, 2005).

I.7- ESTIGMA

El *etiquetamiento* –el rótulo que se le asigna en tanto padeciente mental, sea cual fuere– que sufre la persona que está internada *es eficiente* y aparece en el orden de lo manicomial como la forma particular que toma el control social en el espacio del pensamiento y abordaje de la locura. En este sentido, la disposición del dispositivo manicomial toma el etiquetamiento como su forma más preciada, de ahí que sean claves las nosografías para organizar el espacio interno del asilo.

La etiqueta constituye, de este modo, el arma primera del control social que utiliza la ciencia para con él, un arma científica que se construye en el mundo positivista y cuyo objeto tiene que ver con legitimar –desde el *neutral* mundo de la ciencia– la práctica del control que se realiza sobre todo un cúmulo de personas que no encajan con el sistema social imperante (Domínguez Lostaló y Di Nella, 2007). La nosología del *sujeto enfermo* como aparato de control contribuye a que la institucionalización del padecimiento mental se articule y se fundamente de manera perfecta con la pérdida del derecho a vivir en comunidad.

II- HUMANISMO CIENTÍFICO: NO AL MANICOMIO

De los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* (Naciones Unidas, 1991):

Principio 1: Libertades fundamentales y derechos básicos

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social. 2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana. 3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante. 4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por discriminación se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas. 5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión. 6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trate no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá esta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá

representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior. 7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

Principio 3: La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

El modelo manicomial estalla en su propia impericia en la práctica operante y por sus conocidas aberraciones de guerra (Navarro, 2009). En los años sesenta, surge el movimiento “antimanicomial”, que procede de distintas fuentes: del socioanálisis, del existencialismo –sobre todo del grupo de Sartre–, del freudomarxismo de la escuela de Frankfurt, de la antipsiquiatría británica, etc. En Latinoamérica, surge de un sector del movimiento psicoanalítico argentino, sobre todo de lo que serían después el grupo Plataforma y el Grupo Documento, primordialmente a partir de las ideas de Pichon Rivière y sus principales discípulos en este tema.

La llegada del movimiento antimanicomial se da paralelamente en diversas latitudes, con diferentes marcos epistemológicos y disciplinarios. En un principio era muy desordenado y se vio simplemente como una crítica al modelo psiquiátrico tradicional. Se asienta sobre la crítica a los espacios de poder, como espacios de represión o como espacios autoritarios. Se centra en cómo el espacio manicomial reflejaba lo peor que la ciencia médica positivista había creado, incluso planteando este tipo de prácticas en términos de involución del humanismo científico en expansión y consolidación.

Este movimiento también denuncia la articulación, la alianza entre el mundo psiquiátrico y el mundo del derecho (sobre todo, Michael Foucault). Es decir, cómo el discurso psiquiátrico organiza al mundo del dere-

cho positivo en un discurso que le permite legitimar su práctica represiva. Esa alianza es lo que denuncia este movimiento multicéfalo, y lo hace de diversas formas. Pero recién adquiere una dimensión alternativa de praxis cuando organiza los primeros dispositivos de comunidad terapéutica.

En el marco de esta corriente, se diseñaron varios modelos de intervención sobre el campo de las instituciones asilares. Pichon Rivière, por ejemplo, organiza en la Argentina todo lo que tiene que ver con la teoría grupalista, es decir, la organización del trabajo en grupos como forma de organización de *la tarea*, Pichon *la inventa* justamente en el Hospicio de las Mercedes (Zito Lema, 1986). La idea de la crítica antimanicomial tenía en la escuela argentina todo el desarrollo de las comunidades terapéuticas basadas en la organización de los grupos operativos. De hecho la invención del dispositivo *grupo operativo* procuró organizar un espacio en el cual no había nada, a partir de la participación de los mismos *internos*.

Como vimos en el acápite anterior, desarmar lo manicomial constituye un trabajo que es, antes que nada, operar en lo simbólico. En los nuevos movimientos antimanicomiales de las décadas del sesenta y setenta se fueron creando nuevos dispositivos, todos alojables en la ideología de la comunidad terapéutica, es decir, en la idea de que si en un momento la persona debía ser separada de la comunidad, esta separación debía ser por el menor tiempo posible y en una forma de dispositivo cuyo funcionamiento fuese lo más parecido a la comunidad, como modelo de convivencia. En nuestro medio, la comunidad terapéutica piensa al *grupo operativo* como un espacio que de algún modo reposiciona al sujeto en un marco de vida en convivencia, mientras se sale de la crisis. Por lo tanto, desde este enfoque la internación sólo es necesaria hasta que remite la crisis: hasta que se trata y cede.

Pichon planteaba que el movimiento manicomial debe ser sumamente creativo y tener la máxima flexibilidad. De ahí el recurso óptimo dado en los grupos centrados en la tarea. La grupalidad requiere un arduo esfuerzo personal constituido básicamente por dos elementos: Primero, es un esfuerzo de *tolerancia*. Y luego, es un esfuerzo que requiere un nivel de *resignación* de las propias apetencias, una resignación de lo más narcisista de la individualidad, que es lo más difícil.

III- DEL ARTIFICIO AISLACIONISTA AL DISPOSITIVO DE REGRESO A LA COMUNIDAD

Principio 9: Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento

menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros. 2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado. 3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricas. 4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

La revisión de este modelo culmina en lo que se llamó en su momento *Salud Mental Comunitaria* (Levav, 1992). Desde este marco, se sostuvo que no hay tratamiento posible en el aislamiento relacional y vincular, primero, porque no es ya preeminente la idea del *individuo enfermo*. En segundo lugar, porque no hay tratamiento eficaz en el marco de un dispositivo cuyo centro es su *artificialidad*, es decir, donde el artificio constituye el modelo de atención. Si uno considera que el modo de tratamiento de un individuo es por medio de su internación, se está promoviendo o generando un ser aislado, no la posibilidad de alguien integrado a su comunidad.

En este marco, diagnosticar sólo al *sujeto padeciente* es plantear, de forma anticipada, que la patología está exclusivamente en ese sujeto. La concepción de sujeto como ser social cambia la idea del *individuo* y lleva a pensar en la *producción de padecimiento*, sea esta patologizante o no, como una producción social también. Por lo tanto, la intervención debe ser planificada y desarrollada en ese sentido, si no se quiere caer en la criticada doble moral discursiva de la psiquiatría clásica.

En un informe de junio del 2007, la OPS –siguiendo a la OMS– afirma que los servicios de salud mental comunitaria disminuirían la exclusión. Esto quiere decir que la atención de la salud mental en la comunidad puede incluso disminuir la exclusión, las negligencias y las violaciones de los derechos humanos que se encuentran a menudo en los hospitales psiquiátricos. Al respecto se propone:

1) Integrar la atención de la salud mental dentro del sistema de atención primaria de la salud.

- 2) Rehabilitar en la comunidad a los pacientes que han tenido una larga estadía en el hospital psiquiátrico.
- 3) Implementar programas *antiestigmas* en las comunidades (programas de difusión de los derechos de las personas).
- 4) Iniciar intervenciones preventivas y efectivas en la población.
- 5) Asegurar la participación total y la integración de personas con padecimientos mentales dentro de la comunidad.

Todas las propuestas de reintegración de las personas en sus comunidades lucen más humanas, el tema central es cómo se desarrollarían de forma adecuada, pues una cosa es plantearlo desde un escritorio y otra muy distinta instrumentar los mecanismos de su concreción desde la política pública.

Intentaremos ahora repensar el concepto de *externación* y, dada su polisemia, lo tomaremos en el sentido más usual, es decir, oponiéndolo al de *internación*.

En primera instancia, proponemos releer el uso del lenguaje en salud mental toda vez que se habla de estos términos. ¿De qué se habla concretamente al usarlos? Hoy en día, al proceso de quitar a alguien de su comunidad se le llama *internar*, mientras que al proceso por el cual una persona vuelve a la comunidad es denominado *externar*. Por lo tanto, el parámetro es la institución total, y no la comunidad. Externar termina siendo devolverlo a su grupo o procurar las condiciones para la vida en sociedad, en cuanto se lo quita del espacio de internación. No sólo es ilógico, es además hipócrita; y no sólo construye discursos, sino prácticas.

Consideramos que esos nombres son opuestos a lo que el proceso en realidad describe. Podría pensarse más coherentemente a la inversa: toda vez que se procede a llevarse a alguien de su casa o de la calle deberíamos hablar de *externarlo* de su comunidad, para someterlo a un tratamiento –pongamos por caso, pero ¿no se ve así el doble discurso más fácilmente?–, y veremos en el acto clínico de *internarlo* en su comunidad de origen al terminar el tratamieneto, su finalización o corolario.

Cuestionamos esta idea de que se llame *internar* a excluir a alguien de su comunidad y externar a que viva en ella, ya que, claramente, nos sitúa en la idea base de que su lugar, en definitiva, es la institución...

El modo con que se piensa y aborda la externación de los pacientes crónicos bien puede ser indicador del tipo de posición ideológica de quienes construyen las políticas públicas en Salud Mental en esa área o distrito. El siguiente cuadro refleja de forma muy esquemática 4 diversos modelos de abordar al sujeto en situación de internación prolongada. Lo hemos establecido observando los proyectos institucionales de distintos hospitales monovalentes, los cuales tenían, más allá de sus discursos, medidas superpuestas de estos modelos ideales (pues resultan una cons-

trucción analítica nuestra, aunque se puedan establecer indicadores por demás realistas y observables), aunque con clara predominancia de alguno de ellos. También pudimos observar que, por el hecho de tratarse de macro instituciones, podían verse en salas o “pabellones” (el lenguaje carcelario no es azaroso) distintos modelos de externación, conviviendo pacíficamente, ante la mirada contemplativa de las autoridades de la institución. En el cuadro se presentan cuatro distintos modelos para pensar la *externación*, a saber:

MODELO	ALTA	REINSERCIÓN	REINTEGRACIÓN	(RE) INCLUSIÓN (COBERTURA DE NECESIDADES)
_____	(Dar el...)	(Acción de insertar en...)	(vincular-se)	
Tópico				
Definición				
Foco en salud				
Objetivo				
Dispositivos				
Metodología (Técnicas)				
Disciplina preponderante				
Concepción de sujeto				
Salud/ enfermedad				

Conocer cómo se practican las llamadas externaciones da cuenta además del modelo de control social de una sociedad dada. ¿Sostiene al sistema y sostiene al sujeto? Conocer las formas posibles de externación implica entonces ver qué hace el Estado para devolver a la comunidad a sus miembros ubicados en el lugar del padecimiento tratable.

Un modelo de la llamada externación es lo que se considera *alta médica*; al segundo modelo (en el sentido de su aparición histórica) es lo que se llama *reinserción social*; en tercer lugar veremos el modelo de la *reintegración vincular*; y el cuarto y último, en consonancia con el enfoque de derechos, es el de la *(re)inclusión comunitaria*.

Veamos cada uno de ellos brevemente.

III.1- ALTA (MÉDICA)

“Orden que se comunica en una entrevista a quien se considera *curado* para que abandone el centro de salud, clínica u hospital”. En el modelo de **alta médica**, cuando se habla se dice todo: “dar” el alta. Es un poder que posee el médico; la persona no tiene ningún ejercicio ni posibilidad de participación en esta acción. Por definición, el *alta* es una orden que se comunica por parte del médico o –siguiendo ese modelo– el profesional tratante, en una entrevista o a través de un papel, a quien se considera que “se ha curado” (o que, al menos, *ha remitido su síntoma* en un mínimo que le permite la salida de la institución).

Desde el punto de vista de la concepción de salud, el foco de atención en este modelo es la *sintomatología* del individuo, lo cual supone que este proceso culmina cuando el individuo ha logrado disminuir en su sintomatología aquello por lo cual había ingresado.

El modelo de alta funciona con lo que se llama *la cama*, es decir, que aparece referenciado concreta y simbólicamente –a la vez– por el espacio de alojamiento del internado. El objetivo de este proceso de *alta*, por lo tanto, es *deshacer la cama*, dicho de otra forma: *liberar la cama* para otro paciente.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, desde este modelo no se cuentan personas, sino *camas*. Incluso la partida de dinero que otorgan los Ministerios de Salud o equivalentes es *por cama*, no por persona, lo cual implica el inconveniente de que cuando un sujeto es externado (aunque se trabaje desde cualquiera de los otros modelos), al no estar más dentro del hospicio, si la cama se elimina (y no se reemplaza el lugar con otro paciente nuevo) se pierde el dinero que se recibía por esa *persona-cama*, porque *la cama* ya no se ocupa más, y el dinero se le otorga al hospicio por *cama ocupada*. Así, un hospicio repleto es un hospicio rico, y un hospicio que vaya liberando camas se va volviendo pobre, todo un contrasentido lógico, pero de enorme eficacia para las acciones de resistencia institucional hacia modelos más avanzados de atención, con impulso en internaciones de carácter ambulatorio.

El dispositivo con el que trabaja el modelo del *alta* es la entrevista clínica con el paciente. En el caso de una técnica específica utilizará la tecnología, pero el dispositivo sigue siendo la entrevista clínica con el paciente, es decir, que se ubica claramente en el positivismo propio del capitalismo inicial de occidente, pues su objeto de atención es perfectamente definible: *el individuo enfermo*. Con respecto a la metodología por tratar, tiene que ver con la *diagnosic clínica*, la nosografía, desde la cual se establece si el síntoma remitió o no, si existen resabios, etc., o si de todos modos por *su seguridad y la de terceros* la persona debe seguir allí. Por lo tanto, se trata de “leer” los síntomas. La disciplina preponderante

es la medicina.

La concepción de sujeto es *el paciente*, como sujeto clínico, como un objeto de la clínica, aquello sobre lo cual se lee. No se necesita la dimensión subjetiva. Lo que se busca en el proceso de salud-enfermedad son los síntomas, no es preciso complicarse con el campo de la subjetividad y mucho menos aún con su entorno vital.

III.2- REINSERCIÓN (SOCIAL)

“Introducir una cosa en otra, implantar o incrustar un órgano u objeto en otro, adherirlo o fijarlo”. El segundo modelo que analizaremos es el de la **re-insercción**, término que se ha puesto de moda en el momento del furor del Estado de Bienestar (ver Cap. 1), pero que tuvo auge en la época de apertura liberal. Reinsertar a alguien es –aunque parezca repetitivo decirlo, vale la pena explicitarlo– volver a insertar en su lugar a una persona. La palabra *insertar* cuando hablamos de personas, no suena muy bien, claro. Es que se aplica a objetos, comúnmente, y no deja una buena sensación. Pero es que ese es el punto de la cuestión. Reinsertar a alguien con padecimientos mentales es entonces no más ni menos que acuñar al sujeto en un lugar, meterlo ahí como sea. Para quitarnos toda duda: la definición de diccionario al inicio de este punto es más que elocuente.

Se supone que el foco de un programa de reinsertión se asienta en la idea del *acompañamiento* de la persona internada en el regreso a su lugar de residencia. En vez de despedir a la persona en la puerta del hospicio (como en el modelo del alta), se lo acompaña hasta la puerta de su casa. Esto es el *alta* desde la *reinsertión*. Quizá incluso se le tramita un ingreso laboral o una pensión, puede que hasta se le retramite el DNI. Pero no más que eso. El objetivo de este proceso sería *enfriar la cama*, esto es, prevenir el reingreso casi inmediato o en un lapso breve, por incapacidad de autogestión o por devolución del paciente por parte del entorno. Se piensa que si se acerca al paciente a su lugar de residencia, la familia pueda tener más capacidad de retención, al menos por un tiempo. La visión sigue siendo médica, pero con un primer soporte básico de asistencia social.

Desde el punto de vista técnico, el dispositivo sigue siendo la entrevista clínica, pues poco cambia de lo planteado por el modelo médico inicial, pero se añade un acompañamiento del sujeto, por el llamado *servicio social*, a veces gestionado por religiosos, otras, por voluntarios y, en algunos casos, por enfermería.

Se pretende ayudar en el proceso del alta desde una *función social*, no obstante, muy general y tan precaria como su creación. No tiene especificidad alguna ni se remite al sujeto, sino a la función institucional antes mencionada: *enfriamiento de cama*. La metodología tiene que ver con la

asistencia puntual en la salida del hospicio. La disciplina preponderante es la psiquiatría, tal como fuera planteado en el modelo anterior, y aparece una suerte de asistencia social subordinada a ella, desde la visión de la caridad.

La concepción de sujeto sigue siendo objeto de la clínica, pero ahora es también objeto de la caridad. Se asume como elemento del proceso de salud enfermedad, el de la carencia y asistencia.

Así se supera el modelo anterior en el reconocimiento del aislamiento y del deterioro que produce la internación, con su consecuente pérdida de autonomía. Este es el avance. Se reconoce esta pérdida de autonomía de la persona y el deterioro de la persona por estar en la institución total. Se le delega el cuidado de la persona a la familia, no se los acompaña en el proceso, aunque más no sea hasta el lugar de alojamiento. No es mucho, pero es bastante más que el trato recibido desde el modelo médico clásico.

Estos dos modelos ya enunciados son previos al surgimiento del paradigma de los derechos humanos, anteriores por tanto al movimiento antimanicomial descrito páginas atrás. Los modelos que veremos a continuación son posteriores y ya incluyen en su mirada y abordaje al sujeto, en cuanto tal y en tanto parte de la trama social de la que es –ahora– parte inseparable.

III.3- REINTEGRACIÓN (VINCULAR)

“Para pensar es necesario ser varios”

Graffiti anónimo

Integración se llama a la acción de *componer un todo con sus partes integrantes*. Integrante es quien entra en la composición de un conjunto. Cuando hablamos de **reintegración vincular**, con el concepto de *integración* nos referimos a los lazos de la persona con su entorno vital inmediato. Esto supone que el trabajo del equipo interviniente consistirá en el fortalecimiento de la red de apoyo del sujeto en cuestión. Es hoy ya plenamente reconocido que no hay forma eficaz y eficiente de externar de forma duradera a una persona con padecimiento mental cronicado, sin procurar su integración con el entramado social que la sostenga. Ahora bien, esto conlleva pensar cómo ha de vincularse con los otros integrantes de su comunidad. Desde esta definición, integrar a alguien es lograr que participe en un circuito de vínculo con la comunidad en la que vive, al menos con quienes son parte de su sostenimiento cotidiano, teniendo así la posibilidad de acceder a la cobertura básica de sus necesidades en cuanto ser humano. El concepto de *vínculo* se vuelve preponderante entonces, porque es la llave conceptual para pensar en la *externación* desde el modelo humanista.

El enfoque está puesto en la contención afectiva del entorno vin-

cular en el cual se va a integrar la persona, como base de su atención sanitaria y social. El foco está puesto no sólo en la persona (tal como venía siendo pensado desde el positivismo médico), sino y sobre todo en la capacidad de su entorno para contenerlo. Pero para una adecuada, o mínima, contención del grupo de convivencia, el equipo debe dedicar su labor a su sostenimiento y no cerrar su abordaje en la intervención sobre el sujeto, exclusivamente.

Si se requiere un apoyo al grupo, es indispensable operar de forma comunitaria (no en dispositivos artificiales, que en nada representan los problemas concretos de la convivencia) para el mejoramiento de la llamada *capacidad vincular* del grupo de contención (Domínguez Lostaló y Di Nella, 2008), esto es, la idea de que todo grupo vincular puede *integrar* al sujeto en su núcleo de convivencia con las herramientas adecuadas para su cuidado.

El objetivo de trabajo será restablecer los vínculos del sujeto con su grupo primario y secundario y generar una buena recepción de los grupos de contención comunitarios al momento de la salida del hospicio o lugar de internación. Cuanto mayor sean los recursos de los grupos de contención, la situación será de menor vulnerabilidad psicosocial y, por tanto, el sujeto tendrá más opciones y recursos para sostenerse en la vida en comunidad.

En cuanto a los dispositivos de intervención, como adelantamos, el trabajo de integrar al sujeto en su comunidad se debe realizar en el territorio, no en el hospicio. No hay posible reintegración trabajando en el hospicio. El modelo del dispositivo de intervención es la entrevista, claro, pero en el hogar y en los espacios de inclusión, sean estos culturales, laborales o recreacionales. Las técnicas que se utilizarán se extraen de los mecanismos de intervención psicosocial, metodología que se utiliza en la psicología comunitaria.

La contención del sujeto está basada en el paradigma de los derechos humanos. La activación o el fortalecimiento de la capacidad vincular para la integración del sujeto de intervención se da entonces en el territorio, y no podría ser de otro modo. Tiene que objetivarse en el trabajo interdisciplinario para enriquecer los vínculos del sujeto, generando una implicación en lo que le sucede y promoviendo la mayor heterogeneidad posible de apoyaturas y lazos de sostén. Por lo tanto, las disciplinas preponderantes serán la psicología comunitaria, la psicología de los grupos, el trabajo social y el acompañamiento terapéutico, entre otras.

Desde este enfoque, la patología no es algo que sólo tiene que ver con el sujeto. La enfermedad no es de él, es portador de la enfermedad de su grupo. Claro está que esto no quiere decir que no tenga una realidad intrapsíquica (psicopatológica), sino que esta es una aportación simbólica de la cual resulta ser el miembro más vulnerable al sistema de captación,

al dispositivo de control social, en este caso por vía sanitaria (Domínguez Lostaló y Di Nella, 2007). Pero no por ello ha de ser considerado el único sobre quien se debiera intervenir. El portador de la enfermedad, de hecho, es el más fuerte del grupo, de acuerdo a las palabras de Pichon Riviére (1998). Es quien se hace cargo de la enfermedad del grupo. De hecho, quienes trabajamos asiduamente en este campo, hemos observado cómo la externación y el fortalecimiento de la persona internada suele producir la aparición de síntomas y eclosiones de todo tipo en el entorno familiar cercano, que luego deben ser atendidas, para un posterior reequilibrio del grupo en su conjunto.

En el proceso salud-enfermedad, lo que se sostiene es que la expresión polisintomática de la (psico) patología es un momento de crisis (Cohen y Natella, 1995), en el cual el sujeto porta un padecimiento de su grupo. Operar sobre el campo vincular tiene entonces la ventaja de incluir al sujeto en su trama, y poder así facilitarle el proceso de salida, más planificada y apoyada, de su vida intramuros, pero agrega la dificultad de requerir la ampliación de la mirada y el abordaje consecuente con todo su grupo.

III.4- REINCLUSIÓN (COMUNITARIA)

Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr su equitativa y apropiada distribución, en correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y al bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países.

OPS, Consenso de Panamá, octubre 2010

El último modelo que describiremos es el de la **inclusión**. Concepto con el que estamos hablando ya desde el ámbito de *lo social*, pues nos salimos del ámbito del sujeto y sus grupos de pertenencia-referencia. Según la definición de diccionario, se trata de *la habilidad o capacidad de un sujeto de procurarse o atenderse en sus necesidades básicas*. La posibilidad de que una sociedad cualquiera atienda las necesidades básicas de sus miembros se traduce hoy en día, y de acuerdo a nuestra Constitución Nacional, en que tenga acceso efectivo a sus derechos. En salud mental, hablamos de la posibilidad de que las personas tengan conocimiento y accedan a sus derechos a la atención más adecuada y menos invasiva posible.

Pero esto se vuelve más complejo a la hora de aplicarlo a una persona cronificada en un hospicio. La inclusión implica en estos casos el acceso a los derechos (y a denunciar su eventual violentación o cerceamiento) si es que han sido vulnerados por la internación o durante el tiempo en que esta transcurre. Esto ha generado graves dificultades procesales, en términos jurídicos, por el conflicto existente entre la idea de incapacidad (incluso para apelar ante las autoridades) y los derechos consagrados en la Constitución Nacional, como el del trato justo e igualitario, el derecho a un proceso para la privación de la libertad, al mejor trato disponible, a ser representado legalmente, a ser escuchado, etc. Así, en los últimos años se ha desarrollado importante jurisprudencia, incluso por parte del máximo tribunal del país y por organismos internacionales como la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Los modelos tradicionales, asentados en el positivismo más rancio, eliminan la categoría de *ciudadano* cuando hablan de paciente. A partir del momento mismo en que se aplica la categoría de paciente mental, se presume la desaparición del carácter ciudadano en él. Este modelo de la inclusión, en cambio, intenta reivindicar al sujeto como ciudadano en todo momento, incluso durante la crisis. Las salvedades que se requieren en cada caso no trastornan el principio general, pues introduce respaldos accesorios como la representación jurídica y la evaluación permanente de la capacidad de decisión plena por parte del sujeto. Es decir, por ejemplo, si en un momento la persona con padecimiento mental no puede decidir sobre su tratamiento o lo que fuere, eso no ha de significar que ya no podrá hacerlo nunca, mientras esté internada. Una vez superada la crisis debería recuperar la facultad de decidir sobre su salud.

La inclusión social parte de estas ideas y se sustenta en el paradigma de los Derechos Humanos (que en el ámbito de la Salud Mental tiene el documento básico muy instructivo que venimos citando (ONU, 1991) y que fuera incorporado al plexo normativo nacional mediante el Art. 2 de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Incluir a un sujeto en su sociedad es siempre –en última instancia– operar en una restitución de ciudadanía. Es reconocerlo como un sujeto de derecho y garantizarle el acceso a él, mediante intervenciones concretas psico-sociojurídicas (en la segunda parte de este libro expondremos un caso que desarrolla esta idea básica).

El objetivo de esta praxis, en consecuencia, es desarmar los procesos de estigmatización y restituir el carácter de ciudadano y de sujeto de pleno derecho a las personas internadas. El dispositivo tiene que ver con *la abogacía*, es decir, abogar por los derechos del otro; lo cual no es función de alguien en particular, sino que requiere y se fundamenta en la labor de todos los profesionales, sin distinción, aunque cada uno participe según su incumbencia técnica.

El trabajo se inicia con un diagnóstico de vulnerabilidad psicosocial¹⁰ que apunta al estudio de los motivos que impidieron su acceso a los derechos, así como a las dificultades para la cobertura de las necesidades básicas que le impiden la vida comunitaria (cuando el sujeto está internado o en riesgo de ser asilado). Para ello, se debe reconstruir la historia del sujeto, hacer un relevamiento psichistórico de su vida y su grupo de contención primaria, a fin de detectar cuáles fueron sus impedimentos en el acceso a derechos y cómo se constituyó la situación actual. La pregunta que nos guía es: ¿Cuál es su historia de vulneración de derechos?

Por otro lado, se indaga en su subjetividad: ¿Qué lo llevó a portar esta enfermedad en su núcleo de origen? ¿Qué lo llevó a posicionarse en ese lugar de padecimiento?

Juan Carlos Domínguez Lostaló (1999) caracteriza a *la clínica de la vulnerabilidad psicosocial* como un modelo de intervención psicosocial que opera desde la idea de reconstruir la historia de vida de la persona, la historia de sus vulneraciones, para partir de ahí en las acciones de reinclusión. El *tratamiento* (más allá de las acciones propias del abordaje del sujeto mismo y su entorno vincular) consiste además en restituir esos derechos vulnerados. La metodología es una intervención psico-socio-jurídica, pues se requerirán de todas estas dimensiones. Si no se actúa en la restitución de derechos, y sólo se hace una intervención “psi”, en el sentido de la operatoria sobre el sujeto, de un reposicionamiento del sujeto frente a esa historia de vida, la persona puede, casi seguro, toparse con la exclusión o la estigmatización de lo social, y terminar de todos modos aislado o vulnerable, retornando al hospicio y demostrando la profecía positivista –autocumplida– que señala que ese es su lugar en la vida: el encierro indefinido. Lo socio-jurídico es fundamental entonces, porque tiene que ver con la restitución de derechos para su pleno ejercicio en la vida comunitaria. La inclusión social se caracteriza por requerir el recurso de lo jurídico, muchas veces, por la necesidad de exigir al Estado la cobertura de necesidades psicosociales básicas mediante el reclamo jurídico directo, toda vez que la persona no accede, a los beneficios sociales que le correspondan, a la vivienda, al trabajo, a la adecuada atención sanitaria en el primer nivel, etc. Esto implica rever la formación de los profesionales de la Salud Mental, la cual tiene una impronta tradicionalmente positivista, mecanicista y por tanto monocausalista que hace de la clínica individual un refugio cuasi-fóbigeno, más que un instrumento (más) del bagaje de herramientas de intervención.

10 Para ampliar sobre este tema, ver Domínguez Lostaló y Di Nella, 2007 y 2009.

Cuadro resumen: Modelos de externación

Modelo	Alta	Reinserción	Reintegración	Reinclusión
_____	(Dar el...)	(Acción de insertar en...)	(vincular-se)	(cobertura de necesidades)
Tópico				
Definición	Orden que se comunica en una entrevista, a quien se considera “curado” para que abandone el centro.	Introducir una cosa en otra. Implantar o incrustar un órgano u objeto entre las partes de otro o adherirse a su superficie.	Componer un todo con sus partes integrantes. Integrante: que entra en la composición de un todo.	Capacidad o posibilidad de un sujeto de procurarse o atenderse en sus necesidades básicas (acceso a derechos) en su comunidad de pertenencia.
Foco en salud	Sintomatología del individuo.	Acompañamiento de la persona internada a su anterior residencia.	Contención afectiva del entorno vital. Apoyo para mejorar la capacidad vincular del grupo.	Cobertura institucional y pertenencia en la trama social. Restitución de ciudadanía (derecho universal a la salud).
Objetivo	(“Deshacer cama”) Liberar cama.	(“Enfriar cama”) Prevenir el reingreso en el más breve plazo. Asegurar la no ocupación de la cama, por devolución de paciente.	Restablecimiento de los vínculos del sujeto con sus grupos primarios y secundarios. Generar espacios receptivos en el campo comunitario.	Desarmar los componentes de discriminación y estigmatización del sujeto y abogar por el efectivo acceso a derechos.
Dispositivos	Entrevista clínica al “paciente”.	Entrevista clínica y acompañamiento social esporádico.	Trabajo en territorio (entrevista en el hogar o grupo de contención).	Abogacía. Relevamiento de psicohistórico de accesibilidad a derechos.
Metodología (técnicas)	Diagnóstico clínico (lectura de síntomas).	Diagnóstico y asistencia puntual para la salida de la institución.	Intervención psicosocial.	Intervención sociojurídica.
Disciplina Preponderante	Medicina (clínica). Psiquiatría tradicional.	Psiquiatría+ Asistencia social (caridad).	Psicología comunitaria + psicología de los grupos + acompañamiento terapéutico.	Interdisciplina: derecho social y constitucional, psicología forense, ambiental y comunitaria, trabajo social, psiquiatría, etc.

Concepción de sujeto	Paciente (objeto de la clínica).	Paciente (objeto de la asistencia caritativa).	Persona con padecimiento (en situación de vulnerabilidad psicosocial).	Sujeto de derechos (con necesidades especiales de protección y garantías).
Salud/ enfermedad	Síntoma/s.	Síntomas/ pobreza (carencias).	Momento de crisis en el proceso de S/F.	Derecho a ser garantido: principio de intervención mínima.

Este libro plantea desde la formación de grado, al reciclado cognitivo de los egresados en todas y cada una de las profesiones concurrentes, la convocatoria e información de las comunidades organizadas, lograr el convencimiento de las autoridades gubernamentales nacionales y jurisdiccionales; así como la progresiva habilitación de servicios de salud mental en establecimientos –con o sin internación- y profundiza en todo cuanto hay para hacer, obviamente. Es en este proceso que aparecen autores que suman en la difusión de los conocimientos, que apoyan este emprendimiento para una salud integral de alcance universal, equitativo y con niveles de calidad excelentes.

Lo que no es común es que los autores sean personas que hayan tenido la responsabilidad de la implementación y desarrollo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, que hayan vivido todas las adversidades posibles, entre ellas y lamentablemente las de sus autoridades y, aún así, dejar tanto realizado. No da para repetir a Churchill pero...cuanto se debe a estos pocos santos locos capaces de realizar tanto en tan poco tiempo. De allí el valor adicional de este escrito con visos técnicos psicológicos, aspectos jurídicos, políticos, sociales, institucionales y una racionalidad que abruma.

Juan Canchi Sylvestre Begnis

Yago Di Nella es psicólogo, egresado de la UNLP. Desarrolló tareas docentes desde 1991 hasta el 2010 en Psicología Social y en Psicología Forense, participando además de tareas de investigación y extensión en acciones comunitarias y psicojurídicas, así como en el campo de los Derechos Humanos. Se graduó en la Carrera de Especialización en Psicología Forense (Facultad de Psicología, UBA). Actualmente es docente investigador de la UBA y la U. de Barcelona, España.

Trabajó en el área de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación para la implementación del Plan Nacional de Prevención del Delito, desde 1999 hasta 2005, pasando a cumplir funciones en la Secretaría de Derechos Humanos. Allí se abocó a la problemática intersección entre Salud Mental, Justicia y DD.HH. A partir de su carrera académica y profesional fue convocado por la Presidencia de la Nación para hacerse cargo de la recientemente creada Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Decreto Nº 457/2010), dependiente del Ministerio de Salud, donde se desempeñara desde abril de 2010 hasta el 10 de diciembre de 2011.

Es autor de *Psicología de la Dictadura: el experimento argentino psico-militar*, y co-autor de dos libros *¿Es necesario encerrar? El derecho a vivir en comunidad*, y de *Desarrollo Humano en Comunidades Vulnerables: el método de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial*, con Juan Carlos Domínguez Lostaló, ambos publicados en Koyatun. Ha publicado como autor compilador 2 libros sobre *Psicología Forense y Derechos Humanos (Vol. 1: la práctica profesional psicojurídica ante el paradigma Jus-Humanista y Vol. 2: El Sujeto, la Ley y la Salud Mental)*. Más recientemente Koyatun dio a conocer su último libro: *"Dispositivos Congelados (Psicopolítica de la formación en psicología: construcciones de subjetividad profesional desde un enfoque de derechos)"* de amplia difusión en todo el país.