**Nombre y apellido:** Milagros Luján Oberti

**Afiliación institucional:** UBA; UBACYT

**Correo electrónico:** milagrosoberti@outlook.com

**Máximo título alcanzado:** Profesora en Nivel Medio y Superior en Ciencias de la Comunicación Social (graduada)

**Eje problemático propuesto:** EJE 2. Poder, dominación y violencia

**Eje problemático alternativo:** EJE 7. Corporalidades, emociones y producción de subjetividades

**Título:** *Fugas, fisuras y sedimentaciones en el Dispositivo de Salud Mental. Un análisis de la actual conformación del gobierno de lxs otrxs y de la dimensión de poder.*

**Palabras claves:** salud mental, derechos humanos, dispositivo, poder, manicomio

**1. Introducción**

**Pertinencia institucional.** El análisis que plantea la presente ponencia se realizó en el marco de la tesina de grado de la autora para la obtención de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA). La misma se titula “El Dispositivo de Salud Mental: Análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657/10”. Así mismo, la autora es integrante del Grupo de Estudios en Salud Mental y Derechos Humanos (GESMYDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani, de la Cátedra “Problemática de la Salud Mental en Argentina” de la carrera de Trabajo Social (FSOC-UBA) y del UBACYT denominado “Salud mental, infancias y derechos humanos. De trastornos mentales, saberes profesionales y manuales psiquiátricos: las infancias normalizadas en el siglo XXI”. Los tres espacios están encabezados y dirigidos por la Doctora Silvia Faraone y han funcionado como insumo teórico-analítico y lugar de reflexión para el avance de la investigación y futura profundización de la temática.

**Objetivo general.** El objetivo general de la investigación para la tesina de grado fue mapear y problematizar la configuración actual del campo de la salud mental en Argentina dado por el escenario a partir de la promulgación, en 2010, de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (LNSM), concebido en tanto dispositivo complejo atravesado por los vectores de saber, poder y subjetivación. Se consideraron especialmente las múltiples y diversas lógicas que conviven simultáneamente en este campo históricamente específico. En el presente trabajo, particularmente, nos dedicaremos a examinar las técnicas de gobierno y las lógicas de control que organizan las prácticas de lo que hemos denominado el Dispositivo de Salud Mental. En otras palabras, se examinarán, bajo la clave de lectura del vector poder, el orden y la redistribución de prácticas típicamente relacionadas con la esfera de la salud y la salud mental: el diagnóstico, la internación y el trabajo intersectorial.

**Descripción del tema-problema e ideas principales.** La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657/10 (LNSM) abrió un nuevo campo de disputas que patentiza la coalición de paradigmas que conviven actualmente y genera un mosaico de mixturas en lo que hace a discursos, nomenclaturas, prácticas y técnicas en salud mental. En un contexto general de crisis de las instituciones clásicas de la sociedad moderna, de pasajes de sociedades disciplinarias a sociedades de control (Deleuze, 1995), el manicomio detenta un rasgo específico: la posibilidad de hacer confluir una diversidad de elementos tan amplia y abarcativa como la propia historia de sus discursos y experiencias. Lejos de generar un quiebre paradigmático, las multi-complejidades y las sobre-determinaciones que hacen a su estado actual como dispositivo, nos permiten leerlo en clave de fugas, fisuras y sedimentaciones de regímenes de saber y de técnicas de control orientadas a educar la conducta de lxs usuarixs, lxs profesionales y de la sociedad.

La lógica manicomial genera una organización particular de la norma psicológica, instituyente de diferencias (enfermxs/sanxs, médicxs/pacientes, locx/no locx) y de relaciones específicas plasmadas en un tipo de establecimiento que ordena dichos elementos. Este vínculo genera prácticas violentas con efectos precisos, siendo el más pertinente la desubjetivación: la supresión de la condición de sujetx del locx. Estos mecanismos característicos de la práctica asilar reprimen y prohíben, pero también forjan nuevos modos de subjetivación productores de otros marcos referenciales. Entendemos que hay líneas de sedimentación pero también de fisuras, sea por intersticios subjetivantes que dialogan conflictivamente con las modulaciones hegemónicas, sea por la concepción de derechos humanos aparejada por la LNSM.

La perspectiva teórico-analítica se nutrió de un enfoque construido particularmente para el desarrollo metodológico de la tesina, conformado por las Ciencias de la Comunicación y la filosofía foucaultiana-deleuziana. Desde este abordaje, las relaciones de poder y dominación se volvieron cifras de análisis, ya que la sanción de la LNSM abrió una brecha que permite plantear tanto rupturas como continuidades con respecto a una forma clásica de codificación y organización de la salud mental propia de las tecnológicas históricas que la atraviesan, y configura un escenario en el cual conviven múltiples componentes de un modelo clásico y de otro emergente. Aquí daremos espacio a tres núcleos de conflicto presentados metodológicamente como una pareja en tensión, como polos opuestos que posibilitan un abanico de grises, conceptualizados en tanto técnicas de poder: i) el diagnóstico, entre la noción de peligrosidad y riesgo cierto e inminente; ii) el conflicto de la internación involuntaria, de la internación a la externación; y iii) las prácticas intersectoriales, desde el encierro hospitalario a la salida residencial. Finalmente, este recorrido nos llevará no solo a una comprensión más cercana de esta otra/nueva organización de lxs otrs a distancia, sino que también nos permitirá detectar dos problemáticas principales que hacen a la complejización del vector: la primera (i) es el efecto de open-door o “puerta giratoria”; la segunda, (ii) el riesgo de endogamia de los dispositivos.

Finalmente, los resultados de la investigación que expondremos a continuación pertenecen a un trabajo de campo ya concluido en diciembre de 2018 y presentados formalmente ante las autoridades académicas en febrero de 2019, que serán defendidos en septiembre de 2019.

**2. El Dispositivo de Salud Mental: el vector de poder, las técnicas de gobierno y la nueva organización de lxs otrxs a distancia**

La salud mental es una problemática que se relaciona, se produce y reproduce junto a una apertura de problemáticas que nos obliga a pensarla en términos de multi-complejidad. Como concepto, la salud mental debe ser analizarla de forma ampliada, no reducida a la falta de enfermedad sino al pleno goce de una multiplicidad de condiciones, y como campo, de forma multi-dimensional. Ante estas características, es la teorización como dispositivo la que se muestra fructífera para captar la heterogeneidad de este conjunto “que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (Foucault, 1985: 128).

En este entramado, comprendemos a la dimensión del poder entretejida en la inmanencia de los regímenes de saber y el vector de subjetivación, implicando asimismo fuerzas que penetran en los demás ingredientes de un dispositivo al informar positivamente los discursos y las prácticas (Deleuze, 1990). De esta forma, señalamos que “por poder hay que entender la multiplicidad de relaciones de fuerzas inmanentes y propias del domino en que se ejercen y son constitutivas de su organización” (Foucault, 1977: 112). Así, el poder antes que represivo, es productivo, tratándose de un campo de fuerzas donde las mismas se transforman, dislocan y refuerzan en juegos inmanentes. Esto nos acerca a la noción clave del análisis: las tecnologías de poder, concebidas como plurales y como relaciones dinámicas, que producen efectos de eficacia y amplitud. Son procedimientos con historia propia, técnicas desarrolladas sin cesar que “determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto” (Foucault, 1990: 48). Son matrices normativas de comportamiento, “las técnicas y los procedimientos por cuyo intermedio se pretende conducir la conducta de otros” (Foucault, 2010: 20). En articulación con las tecnologías del yo, las tecnologías de poder configuran el particular gobierno de lxs otrxs que examinamos en el caso puntual del Dispositivo de Salud Mental.

En la intersección de los vectores de saber, poder y subjetivación, utilizamos la noción de *gobierno de lxs otrxs*, el cual remite a la conducción de conductas, a la orientación de las personas y a la formación de modos de vida. Por otro lado, esta idea se conforma como una herramienta ineludible de análisis de la relación del yo consigo mismo y de las relaciones interpersonales privadas o las interacciones instituciones y sociales, etc., en la medida en que estas se involucran como patrones de guía o mecanismos de control (Gordon, 1991). Dicho esto, consideramos que las técnicas de gobierno trazan una duplicidad que designa formas de poder ejercidas tanto sobre las personas en su calidad de seres vivos –a nivel micro-, como sobre los sujetxs en su calidad de población –a nivel macro-.

La categoría de marco de referencia nos permitirá avanzar en algunas reflexiones desde un abordaje comunicacional. Retomado de la teoría de Erving Goffman, refiere a la organización de las premisas que estructuran la actividad de lxs actores, como las instrucciones necesarias para descifrar el flujo de los acontecimientos. Dentro de este marco se estipulan todas las acciones, no solo las comunicativas, y la implicación del sujetx en ellas. La relación entre actor y normas está vinculada a cada ocasión particular y concreta e incluye a la desviación como parte del orden social, de sus procesos reales y manifestaciones más significativas (Contursi, 2004).

Dicho esto, el desarrollo de este apartado se brindará a partir de tres pares enfrentados que presta atención a prácticas, técnicas y estrategias. No nos centramos especialmente en las instituciones de poder, las formas generales o institucionales de dominación, sino en las tecnologías de poder y los efectos de control que se presentan en el dispositivo y atraviesan dichas instituciones, generando una reorganización del gobierno de lxs otrxs a distancia. Finalmente, informamos que la sistematización del presente vector responde a una intención teórico-analítica de orden ya que las dimensiones de los dispositivos se atraviesan y sobredeterminan continuamente unas sobre otras, y el ejercicio de disgregación solo busca contribuir a la mejor comprensión de las mismas.

**2.1.** **Primer técnica de gobierno: el diagnóstico, entre la noción de peligrosidad y riesgo cierto e inminente.**

Uno de los puntos más novedosos y relevantes que trajo aparejado la LNSM fue el cambio de la noción de peligrosidad por la idea de riesgo cierto e inminente. Dichas categorías hoy generan efectos de poder entrecruzados, interpelan a diferentes actores e implican al dispositivo tanto de forma interna como externa. En este sentido, la noción de *peligrosidad* ordena de forma externa, a través de mecanismos estancos de desconocimiento y desinformación que se sustentan en el sentido común y las representaciones sociales que circulan en aquellos sectores de la sociedad no interpelados por la salud mental. Del otro lado del polo, la noción de *riesgo cierto e inminente* reorganiza de forma activa prácticas internas de los servicios y efectores de salud mental y, por ende, orienta las actitudes tanto de organismos y profesionales, como de usuarixs y sus familiares. Lejos de pretender un cuadro de doble entrada ante la descripción de estas nociones, comprendemos que dicha tensión de polos genera un movimiento dinámico en los elementos que hacen a la lógica asilar-manicomial. Aquí se encuentra el primer meollo de la cuestión al comprender al diagnóstico como una de las principales técnicas afectadas que encuentra fricciones en sus diferentes usos y muestra un novedoso carácter móvil.

Primero en principal, antes de desarrollar la categoría de diagnóstico, aclararemos cuestiones pertinentes a la de *peligrosidad,* la cual clásicamente implicaba un conjunto de aspectos biológicos y morales que, supuestamente, definían al sujetx en términos sociales y psicológicos. Dicho concepto fue argumento suficiente para el gobierno de las pasiones y la dirección de la conducta, convirtiéndose en el sustento primordial de la vigilancia científica, posible y continua de la locura. La peligrosidad permitía el examen y la disciplina permanente, pero fue el encierro la condición de posibilidad para estudiar la peligrosidad de las personas (Vezzetti, 1985; Goffman, 1961; Galende, 1990).

En este carácter vigilante radica el hecho de que lo peligroso tenga tanto que ver con el cuerpo individual como con el cuerpo social. Externamente condiciona la conducta de los otrxs-afuera a través de mecanismos de preservación y normalización, ya que desde el inicio de los tiempos modernos y la revolución industrial lxs locxs-peligrosxs fueron personas que perturbaron a la sociedad, y por ello debieron ser confinadxs a dispositivos de encierro y exclusión: “la cárcel protege a la sociedad del delincuente, el manicomio protege a la sociedad de la persona que también se desvía de la norma” (Basaglia, 1999: 16). En este sentido, el manicomio tiene un mandato primordial y oficial: proteger a la comunidad contra un peligro. Lxs locxs deben ser tratadxs según la molestia social que causan (Basaglia, 1999). Estos mecanismos finalmente condensan resultados pedagógicos ya que “representa una amenaza de encierro” (Basaglia, 1999: 20) y reproducen ideas y prácticas de invisibilización, desconocimiento, desinformación, alejamiento, discriminación y estigmatización.

Hasta la LNSM, la peligrosidad era argumento suficiente para impedir y bloquear el estatuto de ciudadanx a quien padecía mentalmente y justificaba la vulneración de sus derechos. Este fenómeno se vió y vivió en muchos países alrededor del mundo y tiempo antes de la ley nacional. Este enfoque del análisis nos redirige directamente hacia la noción de *riesgo cierto e inminente,* ya que en su condición de posibilidad amplia permite abrir otros espacios de formación de otras relaciones de poder, y, por ende, la reapertura de nuevas estrategias y formas de gobierno de lxs sujetxs. Dentro de lo que se comprende en la normativa, el concepto se relaciona con un elemento conflictivo particular, como lo es el diagnóstico, pertinente al entramado del dispositivo actual, pero también al paradigma manicomial. Entendemos que esta técnica se encuentra en un momento de reorganización de sus propios usos, ya que el modelo basado en el riesgo y no en la peligrosidad, apremia la posibilidad de modificación del padecimiento en el tiempo, de tratarse de una advertencia momentánea y no un hecho irrevocable desde el momento de diagnóstico y hasta el fin de los días del paciente, esté internadx o no. Esta articulación particular y la coexistencia de paradigmas de saber-poder estructuran las conductas de los organismos estatales o sociales, profesionales y usuarixs.

Como adelantamos, el *diagnóstico* forma parte de un conjunto de técnicas tradicionales de la práctica manicomial, derivada de la necesidad de diferenciar al sanx del enfermx. Se encarga de clasificar, evaluar, tipificar, nombrar y encuadrar las conductas, afectos, padecimientos, etc. Es por ello que resulta necesario abordar los usos y abusos del mismo, desentrañar las concepciones que entrama para lxs profesionales, en este caso, y las potencialidades que presenta en la coyuntura del pasaje de paradigmas. Aquí entendemos al diagnóstico como un acto de la enunciación (Benveniste, 1977) con efectos de poder, siendo uno de los que aquí nos interpela: la posibilidad de que lxs usuarixs produzcan *marcos de referencia*. En efecto, los mismos aportan la posibilidad de comprender contextualmente los acontecimientos, la reproducción de cierto orden social y la confección de un universo normado (Contursi, 2004).

En la vigencia plena del paradigma manicomial, el diagnóstico funcionaba como una técnica de etiquetamiento hermético, relacionado a concebir la enfermedad en su curso invariable. Esta tendencia disciplinar concebía el aislamiento y el encierro del cuerpo como tratamiento, poniendo en marcha mecanismos violentos de desubjetivación. “Advenido a la condición de enfermo mental, su subjetividad queda reemplazada por esta nueva identidad de ‘alienado’” (Galende y Kraut, 2006: 84). De esta forma, lxs pacientes eran objetivados y explicadxs –para ellxs mismxs, para los trabajadorxs y la sociedad- mediante una etiqueta que lxs antecedía. “Quienes pertenecen a una categoría dada deben no solo apoyar una norma particular sino también llevarla a cabo” (Goffman, 1998: 16).Entendemos este accionar como una forma de herencia de marcos de referencia ajenos al de la propia subjetividad, al propio padecimiento, a través de lógicas tutelares que promueven subjetividades pasivizadas y normativizadas (Tisera y otrxs, 2016).

En las reflexiones sobre los usos del diagnóstico encontramos en los testimonios, convocados para la investigación, tensiones propias del momento histórico del choque y emergencia de modelos. Primero en principal, esta herramienta podría funcionar como un *obstaculizador* ya que comprende y explica a lxs sujetxs solo desde el ojo clínico, obturando otras visiones y tratamientos alternativos. Entendemos este modo como un marco de referencia que solo abarca al profesional y expulsa al usuarix de su propio sufrimiento, que resulta en un encasillamiento revestido de prejuicio. En segundo término, existe un grupo de conductas *orientadoras* respecto del diagnóstico, y aunque este comportamiento no reclame un acento puramente restrictivo del usuarix, sí se trata de un marco exclusivo de lxs profesionales que organizan sus propias lecturas y estrategias sobre el padecimiento del otrx. Finalmente, aparece un tercer uso de *adecuación subjetiva* que entendemos es superador del resto, ya que genera mecanismos de inclusión del sujetx en su propio proceso de diagnóstico y tratamiento, permitiendo ir acomodando aquello que angustia. Ampliamos este uso en su carácter relacional ya que incluye al usuarix en su propio sufrimiento, posicionando a ambxs sujetxs en el acto de la enunciación, sea para tranquilizar, para trabajar, para transitar el dolor, etc. En ese sentido, creemos que hay posibilidades de que el diagnóstico no funcione siempre como etiqueta, prejuicio y dominación; no obstante, entendemos que dependerá en gran medida de las actitudes profesionales la posibilidad de habilitar dicho espacio, ya que “lo que su estado psíquico expresa exige el esfuerzo de la comprensión y de su inscripción en el drama de las fuerzas de la vida” (Galende y Kraut, 2006: 101).

En síntesis, cuando el diagnóstico funciona como un marco de referencia tanto para el usuarix como para lxs profesionalxs se puede lograr un entendimiento del propio padecimiento y una participación activa en los tratamientos que permitirá la comprensión de otras/nuevas formas de habitar el mundo. Pero más importante aún, el diagnóstico puede ser una condición de posibilidad para otra/nueva posición subjetiva, producida a través de la reconfiguración y el refortalecimiento de la subjetividad.

**2.2. Segunda técnica de gobierno: el conflicto de la internación involuntaria, de la internación a la externación**

En este apartado queremos retomar dos nociones que consideramos como extremos de un proceso activo, dinamizado por el cambio de paradigma. Por una parte, la *internación*, se entrama dentro del conjunto de técnicas clásicas manicomiales-asilares, así como el aislamiento y vigilancia. La consecuencia más violenta de años de internación para con lxs sujetxs-usuarixs es la “alienación de la sociedad, que se traduce algunas veces en una aprensiva resistencia a salir de allí” (Goffman, 1961: 350). Lo cual suele tener para el individux y su círculo social mayores secuelas que las dificultades originales (Goffman, 1961). Por otra parte, la *externación* se nos presenta como una alternativa o paso deseado posterior en la trayectoria de una persona usuaria para evitar largos periodos de internación y sus consecuencias: inhabilidad social, inanición de capacidades y expulsión de la comunidad. Ambas son parte del conjunto dinámico de prácticas en los servicios y efectores de salud mental, pero la primera encuentra en su seno una significación típicamente médico-hegemónica.

En este marco, nos encontramos en un momento de reorganización de una forma de gobierno de lxs otrxs, caracterizado por un control disperso, a distancia, efectivo, que orienta tanto conductas como concepciones (Foucault, 2010). Nuestro objetivo no es el análisis de la internación como dominación, ni la externación como su contracara. La cuestión radica en las innovaciones que introducidas por la ley, y los conflictos propios de periodos de transición, que ambas prácticas experimentan con respecto a las internaciones. En este sentido, encontramos el Capítulo VII que se dedica de lleno a las internaciones, conformado por 15 artículos y nueve incisos, que detallan y explicitan los alcances y requisitos del proceso de internación, dándole carácter de restringido y de excepción. En este sentido, una parte del Artículo 14º indica que “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”. El Artículo 15º, por su parte, promueve que “la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios”. Dicho esto, es fundamental que las innovaciones en dicha técnica se vuelven un factor de cambio relevante ante la emergencia del paradigma comunitario de salud mental y los desastrosos resultados humanos que han traído los largos periodos de violencia, vulneración y de confinamiento en un hospital psiquiátrico.

En nuestro enfoque trabajado, entendemos a la internación y a la externación en dos niveles de análisis que se distribuyen según dos conflictos destacados por los testimonios y en el campo: (i) Nivel individual-relacional y el problema de la voluntad: las internaciones involuntarias traen la complejidad del resguardo efectivo de la autonomía del paciente; y (ii) Nivel comunitario y el problema de la externación: se buscan ampliar dispositivos por fuera, pero faltan los recursos para armar una malla social que contenga esta problemática.

El nivel individual-relacional comienza cuando el usuarix llega a una Guardia o Admisión de un hospital público de forma voluntaria o involuntaria para ser internadx. Si es de forma voluntaria, no presenta grandes dificultades y es libre de marcharse cuando lo desee. El proceso se complejiza cuando se trata de un accionar involuntario, ya que no hay aceptación por parte del sujetx y, en segundo término, se complica porque son los criterios de la internación los que se han modificado, los criterios de una práctica que nunca consultaba o se preocupaba por la pretensión del otrx, donde principalmente, hay que agotar las instancias previas y concebirlo como último recurso excepcional. Ahora bien, esto trae una contradicción aparejada que no es sino el origen de los conflictos y la dificultad de la praxis, debido a que la palabra misma “involuntario” se contrapone a la decisión del paciente, en el marco de una ley que alienta su auto-determinación y autonomía, haciendo que otrxs agentes, como abogadxs, deban responder por la persona. En este punto, nos hacemos las siguientes preguntas ¿Quién interviene en la voluntad del internado? ¿Quién puede representar dicha voluntad?

Al ensayar algunas respuestas, entendemos que la plataforma de despegue es la concepción de la relación con el internadx como un problema dialéctico y no como una relación unívoca, acrítica hacia el otrx (Basaglia, 1999). En un nivel relacional profesional-paciente, encontramos la *contradicción* que hace tan compleja la internación involuntaria. Si se trata de una regulación que busca preservar un campo de autonomía del propix usuarix, en los momentos de crisis vemos que ese campo no es posible. Por lo cual es necesaria un relación de poder profesional-paciente que intervenga en dicho campo para brindar un marco de referencia rápido al usuarix y luego reconstruir otro, entendido como una forma de “vivir una situación en la que todxs compartieran un fin común” (Basaglia, 1999: 24). Entendemos que no se resuelve la contradicción respecto de la voluntad del usuarix y quién debe responder por ella, pero creemos que abre condiciones de posibilidad para un campo de relaciones de poder y respeto, que no permita el plano de la dominación y la desubjetivación.

En resumen, en el nivel dialéctico-relacional de la internación descubrimos que habrá modos de proceder a través de técnicas de poder que velan por el cuidado del usuarix y brindan un marco de referencia. Por otro lado, en la investigación y las entrevistas se aprendió que hay diferentes vías para desplegar posibles técnicas del yo, del cuidado propio para estas situaciones: (i) El conocimiento de sus derechos, ii) La voluntarización de la internación y (iii) El sostén de un grupo de referencia, un lazo social. Son necesarias tanto las técnicas de poder como las técnicas del yo para que los hipotéticos marcos de referencia puedan ser sostenidos o brindados momentáneamente, según el caso.

Desde un enfoque comunicativo entendemos la internación como un momento en que el usuarix llega a las situaciones agudas sin marcos de referencia claros, con una clara pérdida del contexto que lo conecte a otrxs. No sólo no son compartidos, sino que pueden ser para el usuarix mismo riesgosos. Así, en primer lugar, aunque sea restrictiva y excepcional, es posible que la internación suelde un marco de referencia aunque absolutamente externo a sí. Apelamos a que allí radica la norma de la corta duración de la internación, antes de que comience a construir nuevos marcos referenciados con el hospital, o se hagan carne aquéllos que brinda la institución. Entendemos que la internación se presenta extraordinariamente como un momento necesario en algunos casos –la Ley planifica todos los pasos previos, antes de considerarla “necesaria”– pero posiblemente desubjetivante. Comprendemos, también, que hay modos de cuidado de sí que pueden evitar la pérdida de marcos de referencia antes del momento agudo y que, si sucede la internación, hay que t0rabajar apenas se estabilice la persona en la reconstrucción de marcos de manera gradual y progresiva.

En el polo opuesto encontramos la externación, entendida como la finalización del proceso de intención, pero no necesariamente de atención. Estudiada en un nivel comunitario, relacionamos esta técnica de gobierno a un conflicto material con consecuencias subjetivas: faltan recursos para lograr externaciones y atenciones ambulatorias efectivas que armen una malla social para lxs sujetxs-usuarixs. Se entiende así que esta dificultad se encuentra dentro del amplio espectro de otro problema que funciona como causa: la multi-complejidad de la locura. La consecuencia directa de la articulación de estos problemas es la imposibilidad de externar por cuestiones sociales, cuestión que la LNSM prohíbe terminantemente en el Artículo 15º: “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”. Comprendemos y andaremos otros nodos son respecto a esta técnica en el apartado siguiente.

**2.3. Tercer técnica de gobierno: las prácticas intersectoriales, desde el encierro *hospitalari*o a la salida *residencial***

En este último apartado nos detendremos en las relaciones de fuerza que una institución tiene la posibilidad de organizar, en tanto “tiene la capacidad de integrar relaciones de fuerza al constituir saberes que la actualizan y la modifican, la *redistribuyen”* (Deleuze, 2008: 107). Es así que comprendemos esta distribución del accionar en la salud mental en términos de intersectorialidad o de relaciones de poder entre instituciones. Es sobre este mecanismo de reparto novedoso, sus relaciones y la praxis que conlleva, que desarrollaremos este último eje, teniendo en cuenta que las instituciones “presuponen las relaciones y se contentan con ‘fijarlas’, su función es reproductora, no productora” (p. 105). Tal es así, que en el Plan Nacional de Salud Mental de 2013 se disponía que no haya más instituciones monovalentes en funcionamiento a partir de 2020 (Ministerio de Salud, 2013), pero al acercarse cada vez más la recta final, hemos sido testigxs de una continuidad de ataques y retrocesos que han impedido la implementación, reproduciendo continuamente las condiciones que la LNSM buscaba erradicar.

Nos preguntamos por la *política terapéutica* que se lleva adelante, la cual implica un entendimiento particular del padecimiento subjetivo. Desde nuestro campo de interés consideramos que es a través del trabajo multidisciplinario e intersectorial basado en propuestas alternativas que esta noción es plausible de ser construida histórica y colectivamente (Carpintero, 2001). En este sentido, son las formas de abordaje y las perspectivas de la salud mental que cada sector trabaje, lo que le dará forma a las estrategias de tratamiento, externación, sustitución, rehabilitación, etc. Nos es pertinente reflexionar sobre esta instancia de exploración de lo instituido y lo instituyente, a los efectos de examinar la reorganización de fuerzas por tres motivos: a) en tanto *saber*, es la refutación al encierro prolongado y la apertura manicomial hacia la comunidad, en otras palabras, el cambio de paradigma; b) desde el *poder*, porque se trabajan los sostenes y reconstrucciones de los marcos de referencia, la rehabilitación de las capacidades y la intersectorialidad; y por último, c) desde y para la *subjetivación*, porque se encuentra tensado por lxs sujetxs consecuentes de largas estadías de internación y por aquellxs que ingresaron al sistema en el marco de la LNSM.

Dicho esto, en el tamiz que se teje al preguntarnos por la política terapéutica, las posibilidades de interdisciplinariedad y las técnicas de gobierno intersectoriales, el que despliega un análisis necesario de los tipos de servicios y efectores de salud mental. Es una pregunta por la institucionalidad que se dispersa en una gradiente de lo más a lo menos institucionalizado, como un circuito de postas: *lo hospitalario* y *lo residencial*. En términos metodológicos finaliza con un tercer sector, *lo comunitario,* pero que no será desarrollado aquí por su particular vinculación con las técnicas de subjetivación que corresponden a otro vector en lo que respecta a fines analíticos.

En cuanto a *lo hospitalario,* remite a un adentro, a la disciplina y la vigilancia institucional. Actualmente, tal categoría se encuentra tensionada en sí misma, ya que dentro de este círculo contiene a los hospitales monovalentes en vías de desarticulación y a los servicios sustitutivos de salud mental en hospitales generales. La complejidad de esta institucionalidad se sustenta en la coexistencia de un modelo monovalente y otro polivalente que no permite la emergencia de un proceso simultáneo de creación de dispositivos sustitutivos, desmontaje manicomial y trabajo comunitario-territorial, sino que parecería darse más un proceso de reproducción de elementos ya existentes que uno de producción de lo novedoso.

Sin embargo, la presencia del paradigma asilar aún vigente no debe eclipsar los avances en las prácticas que rompen con dicho modelo de atención. Hay que entender, entonces, que la internación puede tener dos tiempos: uno adjetivado por el momento agudo de la enfermedad, tratado en un servicio cerrado del hospital, donde hay seguridad; y luego otro que refiere a las internaciones que trabajan en pos de externaciones asistidas que implican mecanismos de *resubjetivación* y rehabilitación de capacidades y lazos. En los términos del análisis comunicativo se trata de tecnologías dispuestas para brindar y sostener marcos de referencia que no sean institucionales, ya que existe el “riesgo de habituación institucional” (Tisera y otrxs, 2016: 296). En este sentido, la inquietud que guía las prácticas de lo hospitalario explícitamente, se traduce en las condiciones que son necesarias para que una externación sea sustentable, como: las prácticas de rehabilitación (capacidades y habilidades) y resocialización (articulación de redes por fuera), o sea, prácticas de resubjetivación de su padecimiento que atienden a la condición propia de sujetx en el mundo (Galende y Kraut, 2016).

Para el momento de la externación propiamente dicha, notamos la necesidad de construir una tecnología específica, sustentada en un sistema de apoyo individualizado que asegure *la continuación de cuidado.* La externación se brinda en un pasaje confuso de una realidad de contención y apoyo intensivo en el hospital hacia un contexto ambulatorio donde se deben garantizar conductas como; seguir tomando la medicación, el cuidado de la alimentación y la higiene, etc., que conllevan la responsabilización del sujetx, y, por ende, tienden a conducir a la recuperación de su autonomía y a la configuración de un espacio-tiempo de auto-determinación. Por otro lado, la tecnología reclama producir un mecanismo nuevo y específico por individux de *contención situacional y una red de soporte* en términos sociales, económicos y habitacionales, como de articulación de redes alternativas de ser necesarias. Finalmente, se cierra con la posible concepción de un *proyecto de vida, laboral, social, etc.* como elemento pertinente al tener en cuenta la relevancia de generar un nuevo/otro marco de referencia ante la primera instancia de re-inclusión del sujetx al entramado social, como un primer eslabón de una cadena reparadora de marcos de inteligibilidad relativos a la semiosis, la cultura, lo social y el mundo.

La categoría de *lo residencial* remite a un afuera que no es necesariamente sinónimo de salida, pero si se plantea como una técnica de poder que desarticular a la dominación. Es un modo desinstitucionalizador ejemplar, pero batalla con el déficit de construcción de nuevos dispositivos y con la vastedad de los existentes. “Al promover abordajes interdisciplinarios e intersectoriales [la LNSM], plantea que la atención de la salud mental debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario” (Tisera y otrxs, 2016: 292). El Artículo 11º de la LNSM promueve la implementación de acciones de inclusión social, laboral y de atención en coordinación con diferentes áreas, así como el desarrollo de variados efectores y servicios de salud mental de índole sustitutiva, de promoción, ambulatoria y comunitaria. En este apartado nos abocaremos a aquello que han sido denominados por los propios entrevistadxs como *residenciales,* en tanto se oponen a los sentidos hospitalarios. Estos programas trabajan el paso posterior a una internación de corta o larga duración. Se trata de externaciones que implican una salida en detrimento del encierro hospitalario. Analizadas como técnicas de gobierno, las mismas ponen en marcha mecanismos de refuerzo o producción de marcos referenciales que orientan conductas de resocialización, rehabilitación y resubjetivación pero con un componente regulador mucho mayor de la responsabilidad y la autonomía de la persona. Ejemplos de estos servicios y efectores son los Hospitales de Noche, Casas de Medio Camino, Resistencias Protegidas, y en menor medida, Hospitales de Día.

Los requerimientos subjetivos para el ingreso a dichos efectores resaltan la autonomía y, en particular, la cuestión que estriba en el hecho que tales sujetxs sean capaces de sostener un grupo, del mismo modo en que se procura analizar la participación en un proyecto colectivo y la firma de un consentimiento informado con objetivos y compromisos. Ambos son a puertas abiertas y esto implica consenso o deseo de ingreso por parte de lxs usuarixs y el ejercicio de la propia voluntad (elegir qué comer, cuándo salir, etc.), así como el encuentro con otrxs, como ensayos de la cotidianidad ritual y conflictiva de la sociedad, sustentan la razón de estos programas, además de brindar sostén cuando las cuestiones de índole habitacionales y económicas necesitan ser trabajadas y/o restauradas. Se reconocen así dos grupos de prácticas de control por parte de los equipos tratantes, como tareas que se interrelacionan. Uno respecto de la atención y la supervisión, el otro, vinculado al sostén y acompañamiento en la adquisición de capacidades cognitivas –como la re-vinculación con la sociedad– y de habilidades de índole manual, laboral, técnicas.

El primer conjunto de tareas llevadas a cabo por el equipo tratante en cuanto a la atención y vigilancia de lxs usuarixs supone el mínimo justo para no volver a los modelos tutelares. Podemos verlas en cuanto a los cuidados de salud (armados de pastilleros, visitas al nutricionista, consultas con médicxs tratantes) y el cuidado cotidiano, los rituales del día a día (la higiene de las habitaciones y la casa, su ropa, limpieza personal, decidir la comida). Por otro lado, hay un grupo de tareas que tiene que ver con la supervisión del funcionamiento y coordinación de un lugar de tales características, lo cual dependerá del modelo residencial y del grado de responsabilidad requerido ante ciertas situaciones (desperfectos y roturas de la casa, necesidad de servicios, momentos de emergencia). Aquí también encontramos las tareas colectivas internas como las reuniones entre lxs integrantes de la casa o alguna actividad esporádica propuesta por el dispositivo.

Por otro lado, ubicamos las tareas de acompañamiento en la adquisición o restauración de habilidades de índole manual, laboral y técnicas (aprendizaje de oficios, recuperación de la psicomotricidad, manualidades, armado de emprendimientos). Otras tareas de sostén y asistencia se relacionan con la adquisición de capacidades cognitivas y con la re-vinculación social (armado de proyectos colectivos y personales, actividades por fuera, comprensión y reflexión del hábitat y sus capacidades, búsqueda laboral, construir y reconstruir lazos, encontrar un domicilio). En estas conductas que implican un *seguir-saliendo* hacia la comunidad, puede que sean asistidxs por los equipos tratantes, acompañantes terapéuticxs o unx profesional del lugar, ya que son estos choques con la llamada *realidad social* los que más miedo y resistencia pueden lograr. “El público en general le demuestra, tanto formalmente en las restricciones de empleo, como informalmente, en el trato social su voluntad de aislarlo y al cabo lo marcan como un estigma indeleble” (Goffman, 1961: 349).

Esta forma de gobierno de lxs otrxs se funda en la orientación de conductas autónomas y de responsabilización que confluirán en marcos de referencia subjetivos y reposicionamientos para con lxs usuarixs mismxs y la comunidad. También orienta el aprovechamiento de las escasas oportunidades que el Estado brinda, aunque muchas veces se vuelven estrategias que posibilitan la externación: subsidios, obras sociales, pensiones, certificados de discapacidad. Dentro de este entramado nos preguntamos por el lugar de producción –ya no de reproducción– de la subjetivación, de marcos referenciales, de posicionamientos identitarios, de la experiencia que “el ser en el mundo” implica: espontaneidad, deseo, imaginación, creación, intencionalidad y capacidad de transformación de las condiciones de la experiencia de la realidad (Galente y Kraut, 2016). Por consiguiente, comprendemos que todas estas trasformaciones de relaciones de poder involucran a *lo comunitario* y la comunidad, tanto su compromiso como su participación.

**3. Conclusiones y advertencias**

Terminaremos el escrito con dos advertencias a modo de problemáticas conformes al vector del poder. Ambas cuestiones responden al momento de crisis y dan nuevas dimensiones al problema.Por un lado nos encontramos con lo que se ha denominado*el efecto de open-door o “puerta giratoria”*, fruto principalmente dela multi-complejidad propia del campo de la salud mental. Esto refiere a aquellxs pacientes-usuarixs que una vez dados de alta, externadxs y/o recibiendo tratamiento ambulatorio, vuelven a caer en periodos de internación importantes, haciendo de su trayectoria de vida una historia de las veces que entró y salió. Algunas causas y motivos de este proceso son las altas administrativas, falta de lazos y recursos y la desresponsabilización por parte del Estado.

Por el otro, existe un *riesgo de endogamia de los dispositivos*, detectado en la insistencia de los programas con respecto a la salida a la comunidad y en las actividades por fuera, y con ello, en la no realización de actividades dentro. La endogamia así, la entendemos como una forma de volver a tomar y hacer propios marcos de referencia institucionales. Esta posible naturalizaciónde la institucionalidad se denomina “proceso de colonización” (Balzano, 2008) y refiere a un transcurso de socialización indeseado, como la adquisición de una serie de hábitos que se generan dentro de instituciones totalitarias y que atentan contra la calidad de vida de lxs individuxs. No solo atañe a lxs pacientes, sino que también conlleva efectos para lxs trabajadorxs. “En su expresión extrema, un residente ‘colonizado’ es aquél que ha perdido los hábitos normativos del mundo de afuera” (p. 5). Los mecanismos endogámicos no solo se generan dentro de los espacios de encierro al hacerse carne en lxs pacientes que viven largos periodos en el hospital y adoptan todos los marcos de referencia manicomiales allí dispuestos. La endogamia también tiene condiciones de producción en los mismos dispositivos que buscan combatirla, reproduciendo tendencias al aislamiento, la auto-estigmatización y la violencia de los vínculos que genera el mismo sufrimiento psíquico y la relación de este con otrxs. Así, entendemos la conducta endogámica como subjetivamente transportable desde el adentro hacia el afuera, como aquellos modos que el usuarix adoptó y a los que se adaptó.

A lo largo de este escrito dedicado a la dimensión de poder procuramos reconocer técnicas de gobierno que, actualmente, actúan en tensión. Muchas de ellas provienen de la confluencia de paradigmas dada por la aparición de la Ley Nacional de Salud Mental y vienen a reorganizar una lógica típicamente violenta y manicomial que se sustentaba en la desubjetivación. Se detectaron tres técnicas de gobierno que transitan una trasformación o retroceso particular: a) el diagnóstico, tensado por la noción de peligrosidad y riesgo; b) la internación involuntaria, entendida como un punto conflictivo del proceso de internación y externación; y por último, c) la intersectorialidad, entretejida entre los espacios hospitalarios de encierro y los servicios sustitutivos de residencia y externación. Entendemos que en la posibilidad intersectorial, residencial y comunitaria habita la condición histórica de un tránsito de modelos ya que son los elementos específicos que ponen en jaque el encierro y la exclusión que caracterizan a estos espacios asilares. En otros términos, tales prácticas constituyen la posibilidad de emergencia de un cambio transformador y radical, y por ello, habilitarían otros discursos y nuevas subjetividades a partir de la construcción de renovados marcos de referencia.

**4. Bibliografía**

Balzano, S. (2008). Si hay libertad todo lo demás sobra. Reflexiones sobre las instituciones en una colonia psiquiátrica argentina. *Gazeta de Antropología* Nº 24/4. Artículo 49. Disponible en: <http://www.ugr.es/~pwlac/G24_49Silvia_Balzano.html>

Basaglia, F. (1999). La institucionalización psiquiátrica de la violencia. En *Razón, locura y sociedad*. (pp. 15-34) México: Siglo Veintiuno Editores

Benveniste, E. (2008) [1977]. El aparato formal de la enunciación. En: *Problemas de Lingüística General*, Tomo II, capítulo V. (pp. 82-91). México: Siglo XXI editores.

Carpintero, E. (Comp.). (2011). *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Topia.

Contursi, M. E. (2004). “Estudios de la comunicación directa: perspectivas disciplinarias”. Buenos Aires, Documento de Cátedra Martini, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En *Michel Foucault, filosofo.* (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.

Deleuze, G. (2002) [1995]. Post-scriptum sobre las sociedades de control. En *Conversaciones. (pp. 195-201)* Madrid: Editora Nacional.

Deleuze, G. (2008) [1987].  *Foucault.* Buenos Aires: Paidós Studio.

Foucault, M. (1977). Derecho de muerte y poder sobre la vida. En *Historia de la sexualidad. I. La voluntad del saber*. (pp. 161-194). Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M (2010). Clase del 5 de enero de 1983. En *El gobierno de sí y de los otros.* (pp. 17-40). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (1985). El juego de Michel Foucault. En Julia Varela y Fernando Álvarez Uría (Eds.) *Saber y verdad*, (pp. 127-162). Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.* Buenos Aires: Paidós.

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

Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu. 2001.

Goffman, E. (1998) [1963] Estigma e identidad social. En *Estigma. La identidad deteriorada.* (pp. 11-55). Buenos Aires: Amorrortu,

Gordon, C. (1991). Governmental rationality: An introduction. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality.* (pp. 1-52). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional de Salud Mental, Ley Nº 26.657, 25 de noviembre.

Ministerio de Salud. (2013). Plan nacional de Salud Mental. Disponible en: <http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf>

Tisera, A. y otrxs. (2016). Salud mental y desinstitucionalización en los procesos de externación. En *Intervenciones en psicologoía social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales.* (pp. 291-312). Buenos Aires: Teseo.

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