

En Marisa Herrera, Natalia de la Torre y Silvia Eugenia Fernández, *Tratado de Géneros, Derechos y Justicia: Derecho civil, derecho de las familias, niñez, salud*. Santa Fe (Argentina): Rubinzal Culzoni.

De la Ley Nacional de Salud Mental a su implementación: condicionamientos en torno a la temporalidad y la autoridad epistémica.

María Constanza Pagani y Moira Pérez.

Cita:

María Constanza Pagani y Moira Pérez (2021). *De la Ley Nacional de Salud Mental a su implementación: condicionamientos en torno a la temporalidad y la autoridad epistémica*. En Marisa Herrera, Natalia de la Torre y Silvia Eugenia Fernández *Tratado de Géneros, Derechos y Justicia: Derecho civil, derecho de las familias, niñez, salud*. Santa Fe (Argentina): Rubinzal Culzoni.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/moira.perez/98>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/prao/Skd>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Colección **Géneros, Derecho y Justicia** (Marisa Herrera, Natalia de la Torre y Silvia Fernández, eds.)

Tomo VI: Géneros, Justicia y Derecho a la Salud (Eleonora Lamm, coord.)

"De la Ley Nacional de Salud Mental a su implementación: condicionamientos en torno a la temporalidad y la autoridad epistémica"

Constanza Pagani y Moira Pérez¹

Resumen

El artículo propone abordar los principales cambios conceptuales introducidos por la Ley 26.657 de Salud Mental. Tomando como eje transversal el género, y utilizando instrumental conceptual de la teoría social y la teoría queer, las autoras presentan una evaluación crítica de las condiciones estructurales que sostienen un paradigma de salud mental que se encuentra en tensión con la nueva ley. Mediante un análisis que se centra en la temporalidad y la autoridad epistémica, describen e indagan los procesos que dificultan la implementación efectiva de la ley. Destacan la importancia de generar abordajes integrales de salud mental, poniendo de relieve la necesidad de considerar el rol que lxs distintxs actorxs sociales cumplimos en las intervenciones en salud mental, incluso quienes no están directamente involucradxs en instituciones hospitalarias o en el desarrollo de políticas sanitarias.

1. Introducción

¹ Constanza Pagani es Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires y diplomada en Ciencias Sociales con mención en Género y Políticas Públicas por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Es miembro del proyecto "Política, derecho e identidad: perspectivas Queer en Filosofía Práctica" (FILOCyT, UBA / SADAF) en calidad de investigadora asesora, donde desarrolla como intereses principales los vínculos entre salud mental, género, violencia institucional y violencia epistémica. Moira Pérez es Doctora en Filosofía por la Universidad de Buenos Aires, docente en grado y posgrado (UBA, UNTREF, UCES) e Investigadora Asistente de CONICET, en las áreas de filosofía práctica y Teoría Queer. Su investigación se concentra en la interacción entre violencia e identidad, con particular atención a las formas de violencia institucional y epistémica que afectan a las minorías políticas a raíz de sus identidades. Este artículo fue escrito en el marco del mencionado proyecto FILOCyT UBA / SADAF dirigido por Moira Pérez.

La patologización en salud mental y las prácticas institucionales asociadas a dicho fenómeno han asegurado que grupos poblacionales históricamente situados en el lugar de la excepción, tengan denegado el acceso a sus derechos básicos. En particular, las mujeres y los sujetos de sexualidades y/o géneros no normativos han encontrado en las instituciones de salud mental uno de los mecanismos más cruentos de normalización y disciplinamiento del género, ya sea mediante la medicalización injustificada, la administración compulsiva de psicofármacos con el único fin de “domesticar” al sujeto, o la internación no consentida. Sobre este último punto, cabe destacar que lxs únicxs usuarixs de los servicios de salud a quienes se puede privar de su libertad sin su consentimiento, son aquellxs cuyos diagnósticos se engloban dentro del campo de la salud mental. Si bien son numerosas las propuestas teóricas que sostienen la imposibilidad de dissociar la salud mental de la salud en general², la persistencia de la Salud Mental en tanto campo específico se debe en parte a la “particularidad jurídica de sus dispositivos que habilitan para denegar derechos en nombre de la enfermedad”³. Sin dejar de tener en consideración la centralidad de esta particularidad aún vigente, en nuestro país es inevitable destacar la importancia de la Ley 26.657 de Salud Mental, sancionada en noviembre de 2010, que representa un hito en materia de derechos humanos puesto que inaugura un discurso en torno a la salud mental que, a partir de un renovado posicionamiento jurídico, exige la articulación de conceptualizaciones y prácticas acordes.

En su artículo 3, esta Ley define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”⁴. Esta definición

² El modelo de salud integral y el modelo comunitario ofrecen conceptualizaciones del proceso de salud que se diferencian del modelo biomédico. Para profundizar en este punto, ver Flórez Moreno, José Domingo y Jacted, Heimi Darlyn, “La salud mental desde la transdisciplinariedad y el modelo integral”, en *Tesis Psicológica*, (6), 2011, págs. 118-141; León González, Mario, “La atención comunitaria en salud mental”, en *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5), 2002, págs. 340-342; Bang, C. “Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas”, en *Psicoperspectivas*, 13(2), 2014, págs. 109-120.

³ Stolkner, Alicia y Ardila Gómez, Sara, “Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”, en *Vertex*, 28, 2012, págs. 57-67.

⁴ Ley 26.657, Artículo 3.

se corresponde a su vez con una serie de concepciones acerca de los métodos de abordaje, los usuarios de los servicios de salud mental, los equipos tratantes, entre otros aspectos. En este capítulo nos interesa profundizar, por un lado, en la dimensión de los cambios introducidos por dicha legislación (y, subsidiariamente, otros instrumentos vinculados, tales como la Ley 26.529 de Derechos del Paciente) y, por el otro, en algunas concepciones que siguen marcando las intervenciones en el campo de la salud mental, aunque sean contrarias a los lineamientos de la mencionada Ley. Para ello, haremos uso del instrumental de la teoría social y la teoría queer, dos campos de indagación particularmente prolíficos para pensar las concepciones de la salud y la enfermedad, la identidad personal, y los procesos de normalización social e institucional. Incorporaremos además como eje transversal el género en tanto factor clave que interseca con el de salud mental y el deterioro social, resultando en situaciones específicas -y especialmente graves- de opresión⁵. Partimos de la importancia de incluir a los espacios de encierro en la teorización y el activismo vinculados con el género, considerándolos como instancias particularmente cruentas de construcción de la identidad de género y como exponentes privilegiados de las intersecciones de distintas formas de violencia⁶.

Comenzaremos nuestro artículo identificando tres giros discursivos introducidos por la Ley, que nos permitirán profundizar en algunos de los cambios principales que esta legislación implica. Partiendo de lo desarrollado en cada uno de estos ejes, en la segunda y tercera sección analizaremos algunas limitaciones que presenta la

⁵ De acuerdo a lo destacado por un informe reciente sobre un hospital monovalente que aloja más de 200 mujeres, "Sobre ellas existe una yuxtaposición de opresiones por ser mujeres, por ser pobres y por ser 'locas'. Observamos que [para] la mujer loca, al alejarse de los estereotipos patriarcales que la sociedad exige a las mujeres, el castigo social es mucho mayor" (Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Comisión por la Memoria (CPM), y Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR), *La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*, 2017, págs. 3-4, disponible en <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/2017-Mujeres-en-Melchor-Romero.pdf>, visitado el 10/10/2019).

⁶ En este sentido, es importante dejar asentado que las instituciones monovalentes de salud mental son espacios de graves violaciones de derechos humanos de las que no nos ocuparemos específicamente aquí, dado que existen numerosos documentos al respecto. En el caso de las mujeres y/o personas trans*, estas prácticas incluyen esterilizaciones forzadas, abuso sexual, violencia física y psicológica, internaciones compulsivas (incluso como forma de violencia de género) entre muchos otros. Para datos y análisis de dicha problemática remitimos al informe citado en la nota anterior, así como también al *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental* (Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019), y el Informe 2019 de la Comisión Provincial por la Memoria (CPM, *Informe anual 2019: el sistema de la crueldad XIII*, La Plata, Comisión Provincial por la Memoria, 2019).

implementación de la Ley de Salud Mental en lo que hace a la garantía de derechos, enfocándonos sucesivamente en las concepciones subyacentes de la temporalidad y de la autoridad epistémica. Concluiremos el capítulo con algunas consideraciones generales sobre las políticas de salud mental desde una perspectiva psicosocial, y la responsabilidad colectiva sobre el real avance de los derechos previstos en nuestro marco legal.

2. Tres giros discursivos en la Ley de Salud Mental

Entre las múltiples innovaciones que introduce la Ley 26.657, nos interesa detenernos en tres. El primer giro corresponde al uso de la categoría de “padecimiento mental”, en detrimento de la noción de “enfermedad mental”. El segundo se centra en la directriz sentenciada por la Ley que insta a realizar las internaciones de salud mental en hospitales generales, planteando como meta la eliminación y sustitución de los hospitales monovalentes por dispositivos alternativos y hospitales generales. Finalmente, el tercer eje de cambio toma como núcleo la introducción de la expresión “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” como justificativo de las internaciones involuntarias, y el consecuente abandono de la anteriormente utilizada “peligrosidad para sí o para terceros”.

Introduciéndonos en el primer eje, cabe destacar que la utilización de la noción de “padecimiento mental” en reemplazo de la categoría “enfermedad mental” implica una decisión que genera efectos tanto en el plano teórico como en el práctico-operativo. Mediante este gesto, se quita el acento de las concepciones y prácticas alineadas a la idea de patologías individuales factibles de ser unívocamente diagnosticadas y tratadas. Asimismo, apartar el foco de las patologías individuales condensadas en el concepto de “enfermedad mental” posibilita cuestionar aquellas explicaciones causales que se centran exclusivamente en ciertas características intrínsecas del individuo o en la relación de éste con un entorno/exterior. La noción de “padecimiento mental” presenta una consideración más amplia del sufrimiento psíquico, en línea con la definición de salud mental propuesta en el tercer artículo de la Ley⁷. El marco brindado da lugar a una

⁷ Stolkiner, Alicia, “El enfoque de derechos en salud y las prácticas en salud mental”, en Camels, Julieta et. al., *Experiencias en salud mental y derechos humanos: aportes desde la política pública*, Buenos Aires, Secretaría de Derechos Humanos, 2015, pág. 25.

concepción de la subjetividad que en cierta medida sorteando el antagonismo individuo-sociedad, puesto que permite pensarla “como la forma en que se singulariza lo genérico”⁸. Siguiendo la letra de la Ley, es posible ubicar que el padecimiento mental, pese a la singularidad que adquiere en cada quien, es un proceso multi-determinado en el que tienen un rol preponderante determinaciones sociales de carácter genérico. De este modo, el uso de la categoría de “padecimiento mental” en lugar de la de “enfermedad mental” conlleva un grado de indeterminación que exige descentrar la hegemonía psiquiátrica clásica del lugar de experticia, dando lugar y relevancia a un abordaje necesariamente interdisciplinario. Este punto tiene un carácter transversal en la Ley, y se encuentra condensado en el artículo 8 que plantea que la atención en salud mental debe estar a cargo de “un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados” incluyendo “las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”⁹.

Avanzando hacia el segundo eje, la Ley de Salud Mental tiene por objetivo producir un quiebre en la lógica asilar. Su artículo 27 prohíbe la creación de nuevas instituciones de internación monovalentes públicas o privadas, e insta a las ya existentes a adaptar sus objetivos y principios “hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos”¹⁰. Sumado a esta disposición que tiene como meta lograr la sustitución de los hospitales psiquiátricos por hospitales generales, el artículo 28 de la Ley plantea que “las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales”¹¹. La concreción de este objetivo mediante medios que aseguren una adecuación de los hospitales polivalentes, colaboraría en gran medida a debilitar la independización de la salud mental y afianzar el paradigma de salud integral. En consonancia con ello, la internación es considerada “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”; a su vez, la misma debe ser “lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos

⁸ Stolkiner, *op. cit.*, pág. 19.

⁹ Ley 26.657, Artículo 8.

¹⁰ Ley 26.657, Artículo 27.

¹¹ Ley 26.657, Artículo 28.

interdisciplinarios”¹². En su lugar se ponderan recursos terapéuticos tales como consultas ambulatorias, atención domiciliaria, casas de convivencia y hospitales de día. Asimismo, estos recursos terapéuticos se promueven en convivencia con dispositivos como apoyo para el entorno del usuario, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, servicios de inclusión social, entre otros.

Pese a los puntos hasta aquí planteados, como mencionamos más arriba la Ley también contempla como recurso terapéutico de orden excepcional las internaciones involuntarias. En internaciones de estas características, los usuarios tienen derecho a designar un abogado y en caso de no hacerlo, el Estado debe proporcionar uno. La Ley 26.657 plantea que las internaciones involuntarias se encuentran justificadas únicamente cuando según el criterio del equipo de salud “mediante situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. El uso de dicha expresión en lugar de “peligrosidad para sí o para terceros” implicó modificar el artículo 482 del Código Civil vigente al momento de la sanción de la Ley de Salud Mental¹³. Lejos de ser un mero cambio de terminología, se trata de un viraje profundo dado que la manera en la que se construyen los sujetos en el lenguaje legal ocupa un lugar central para analizar las prácticas que se generan en tanto efectos de tal discurso¹⁴. Si consideramos el sistema de salud en su complejidad, resulta necesario reconocer que el mismo también incluye “lo que el conjunto de la sociedad genera como representaciones, como imaginario, como discurso y como práctica”¹⁵. Siguiendo este análisis, la expresión “riesgo cierto e inminente” pone

¹² Ley 26.657, Artículo 15.

¹³ Posteriormente, en el año 2015, se sancionó un nuevo Código Civil y Comercial, que en su sección acerca de la capacidad civil de las personas introduce el denominado Régimen de Apoyos. Tal régimen, representativo del modelo de co-ayuda y apoyo en la toma de decisiones, tiene como fin respetar y promover la autonomía de las personas, reemplazando el sistema previo de sustitución de la voluntad. Este giro legal es de enorme relevancia para el abordaje de la salud mental y sus condicionamientos. Pese a ello, el reconocimiento judicial de la incapacidad y la consecuente designación de un curador continúa teniendo vigencia. Por cuestiones de extensión hemos decidido no profundizar en él aquí, entre otras cosas porque requeriría desplegar detalladamente su interacción con otros puntos del marco legal vigente, y las deficiencias en su implementación. Para dos trabajos de esas características, remitimos a: REDI y CELS, *Principios de interpretación del modelo de capacidad jurídica y del sistema de apoyos del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación*, Buenos Aires: CELS, 2018; y Garate, Rubén Marcelo, “La determinación de la capacidad jurídica, principios y procesos”, en *Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales UNLP*, 14.47, 2017, págs. 152-189. Agradecemos a María Luciana Malavolta por señalar nos este punto.

¹⁴ Solitario, Romina, “Incapacidad jurídica, patria potestad y derechos humanos. El desafío político de los derechos igualitarios y el derecho a la diferencia”, en *Anuario de investigaciones*, 18, 2011, págs. 291-297.

¹⁵ Stolkiner, *op. cit.*, pág. 24.

de relieve la noción de salud mental como un proceso en el cual el riesgo ocupa un momento determinado, mientras que la categoría de “peligrosidad” implicaba asociar un atributo a una persona, convirtiéndolo en una característica intrínseca de la misma. En suma, asociar la peligrosidad a lxs usuarixs de los servicios de salud mental, significa dotarlos de una supuesta amenaza que justifica desde el punto de vista teórico, operativo y moral su confinamiento, asegurando el incumplimiento de sus derechos básicos.

3. La temporalidad del diagnóstico: esencias y ambientes temporales

Tal como hemos acentuado en el análisis hasta aquí expuesto, los cambios nodales introducidos por la Ley se desprenden del marco conceptual presente en la definición de salud mental que la entiende como proceso. La utilización de las expresiones “padecimiento mental” y “riesgo cierto e inminente”, así como la directriz de sustituir los hospitales monovalentes por dispositivos alternativos, reafirman de manera explícita e implícita una conceptualización específica de la temporalidad que se identifica tanto en la concepción del padecimiento mental como en los tratamientos considerados pertinentes para el mismo. De hecho, el artículo 7 afirma el “derecho a que el padecimiento mental no sea considerado como un estado inmodificable”¹⁶. Esta lógica de la temporalidad permite ubicar al padecimiento mental como parte de los procesos vitales, limitándolo a un tiempo determinado y dotándolo de dinamismo. La regulación legal de las internaciones que establece la Ley se encuentra dirigida a reducir al máximo posible su duración. Los diagnósticos efectuados en salud mental deben ser consecuentes con estos principios, y las lógicas asilares, caracterizadas por internaciones prolongadas, deben ser desestimadas. No obstante, existen dos salvedades en las que consideramos necesario detenernos a la hora de pensar la cuestión de la temporalidad del diagnóstico y la intervención institucional en el campo de la salud mental.

En primer lugar, si bien el marco legal y el paradigma de derechos que lo sustenta entienden al sujeto como dinámico y circunscriben su padecimiento a un marco temporal específico, con frecuencia esto entra en tensión con los diagnósticos a los que recurren, que parecerían sostener una concepción esencializante y estática del sujeto. Gran parte

¹⁶ Ley 26.657, Artículo 7 inciso N.

de la semiología clínica en salud mental se plantea bajo la lógica de estructura, como en el caso de la triada ampliamente utilizada de “neurosis”, “psicosis” y “perversión”. En términos teóricos, la noción de estructura psíquica necesariamente conlleva sostener un carácter de permanencia imperturbable que en tanto tal dota (mas bien hegemoniza, captura) de identidad al sujeto¹⁷. En el ámbito psiquiátrico, el momento del diagnóstico funciona las más de las veces como un quiebre temporal, a partir del cual se inaugura una nueva existencia que ocupa todos los ámbitos y momentos de la vida de una persona. Una vez desencadenado el diagnóstico, pasa a funcionar como una llave hermenéutica del yo¹⁸ que modifica la subjetividad de la persona, tiñendo la totalidad de su existencia e individualizándola como diferente de otras. Incluso su pasado es resignificado a través del etiquetamiento, en la medida en que cada una de sus acciones y experiencias pasan a ser entendidas como “síntoma de una profunda orientación psicofísica”¹⁹. El filósofo Ian Hacking ha llegado a afirmar que la emergencia de nuevos diagnósticos “fabrica” personas y “tipos de personas”: con la emergencia de nuevas etiquetas y su asignación a individuos, surgen nuevos modos de experimentarse a unx mismx, de interactuar con pares e instituciones, y de vivir en sociedad²⁰. Estos modos, a su vez, se reifican llegando a imponer la ilusión de ser algo previo a dicho proceso de producción histórica. En el caso que nos ocupa aquí, el protagonismo infranqueable que tienen la psiquiatría y la psicología en las políticas actuales de salud mental y en el funcionamiento cotidiano de sus instituciones, hace necesario señalar estas tensiones

¹⁷ Para algunos ejemplos contemporáneos de esta concepción, pueden verse: Manrique Castaño, Daniel y Londoño Salazar, Pamela, “De la Diferencia en los Mecanismos Estructurales de la Neurosis, la Psicosis y la Perversión”, en *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 2012, págs. 127-147; Manzano Garrido, Juan, “La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico”, en *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 39/40, 2005, págs. 107-116; o Dor, Joël, *Estructura y perversiones*, segunda edición, Barcelona, Gedisa, 2019.

¹⁸ Tomamos esta expresión del análisis de David Halperin de cómo en la sociedad “occidental” burguesa la sexualidad se constituye históricamente como llave interpretativa del sujeto (pág. 38), de manera similar a cómo en nuestro caso de análisis el diagnóstico empapa al individuo de una esencia individualizante y definitoria. Ver Halperin, David, “¿Hay una historia de la sexualidad?”, en AAVV, *Grafiyas de Eros. Historia, género e identidades sexuales*, Buenos Aires, EDELP, 2000, págs. 21-51.

¹⁹ Halperin, David, *op. cit.*, pág. 36.

²⁰ Hacking, Ian, “Making up People”, en *London Review of Books*, 28(16-17), 2006, págs. 23-26, y *The Social Construction of What?* Cambridge y Londres, Harvard University Press, 1999.

entre el paradigma de derechos y la herencia de una ontología esencialista articulada en torno a una temporalidad invasiva y subjetivante²¹.

Pero existe un segundo punto en el que aquella apuesta del paradigma de derechos por una acepción puntual y discreta del padecimiento puede resultar problemática. El cambio en la comprensión del padecimiento que está en la base de este nuevo paradigma podría pensarse a partir de lo que la teórica queer Lauren Berlant ha denominado “temporalidad de crisis”, esto es, el ritmo propio de los fenómenos plausibles de ser recortados y delimitados en el tiempo, que introducen cambios identificables en el orden de las cosas, y que reciben como respuestas acciones concretas, con frecuencia presentadas como intervenciones heroicas²². Las situaciones de crisis se identifican por su intensidad, su capacidad de impacto y una temporalidad discreta. Como vimos, en nuestro caso de estudio este viraje ofrece importantes ventajas respecto del anterior, en tanto limita las intervenciones a un recurso terapéutico excepcional reservado para los momentos de riesgo o malestar evidente, impidiendo así condenar al sujeto a una vida entera de estigmatización. Sin embargo, como Berlant misma reconoce, abordar un problema de salud pública desde una concepción de “crisis” implica subestimar los factores estructurales y de largo plazo que no pueden ser entendidos como crisis, sino más bien como lo que la autora denomina “ambientes temporales”. De acuerdo a Berlant, la idea de “ambiente temporal” “denota una escena dialéctica en la que la interacción reificada como estructura y agencia se evidencia en repeticiones predecibles; un ambiente es constituido a través de prácticas espaciales y puede absorber el modo en que el tiempo pasa comúnmente, cuán olvidables son la mayoría de los eventos, y, en general, cómo las perseverancias comunes de la gente fluctúan en patrones no dramáticos de apego e identificación”²³. A diferencia de la temporalidad de crisis,

²¹ Sin embargo, cabe destacar también que, siempre según Hacking, las mismas clasificaciones que marcan la existencia y la identidad individual son a su vez afectadas por los sujetos a los que se adhieren, lo cual deja la puerta abierta a distintas formas de resistencia. Los sujetos intervienen en las clasificaciones y las alteran, en lo que el autor llama “efecto bucle”: “las personas que son clasificadas de una cierta manera tienden a amoldarse o acomodarse a las formas en las que son descritas; pero también evolucionan a su propio modo, de manera tal que las clasificaciones y las descripciones deben ser revisadas constantemente” (Hacking, Ian, *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*, Princeton, Princeton University Press, 1998, pág. 21).

²² Berlant, Lauren, “Slow death (sovereignty, obesity, lateral agency)”, en *Critical Inquiry*, 33(4), 2007, págs. 759-760.

²³ Berlant, *op. cit.*, págs. 759-760.

entonces, los ambientes temporales se caracterizan por lo dado por sentado, lo común, y las experiencias cotidianas que parecerían no introducir ningún cambio significativo en la vida. El gesto político de redefinir un “ambiente temporal” en términos de “crisis” tiene consecuencias potencialmente dañinas para su abordaje, lxs agentes involucradxs en él y sus responsabilidades: “Con frecuencia cuando lxs teóricxs y activistas aprehenden el fenómeno de la muerte lenta en condiciones de privación de largo plazo, eligen representar incorrectamente la duración y escala de la situación, presentando como *crisis* aquello que en realidad es un hecho dado y que ha sido una característica definitoria de la vida de una población, que la vive como un hecho en la temporalidad habitual”²⁴. En este caso, pensar la intervención en salud mental desde una noción de “crisis” (individual), particularmente cuando no se alienta un abordaje transdisciplinario (que, como veremos en seguida, está contemplado en la Ley pero es rara vez implementado), puede llevar a ignorar las condiciones estructurales que repercuten en la salud mental de los sujetos. Estos “ambientes temporales” que producen y/o perpetúan la precariedad de las personas vinculadas con instituciones públicas de salud mental responden más a una temporalidad prolongada, aunque los episodios que desencadenan la intervención sean puntuales.

Teniendo en cuenta el rol central que las condiciones estructurales juegan en la salud mental, es posible establecer que la preservación y el mantenimiento de la misma involucra una dinámica social que se sostenga en el cumplimiento de los derechos humanos y sociales de toda persona²⁵. Los niveles de accesibilidad o inaccesibilidad a la vivienda, la alimentación, los servicios y oportunidades sociales, forman parte de los determinantes que operan en los procesos de salud. Esto se ve reflejado, por ejemplo,

²⁴ Berlant, *op. cit.*, pág. 760. Itálicas en el original.

²⁵ El reconocimiento de derechos juega un rol central en los procesos de salud. En relación con el tema abordado en el presente artículo, resultan particularmente relevantes las leyes de Identidad de Género (Ley 26.743) y de Protección Integral a las Mujeres (Ley 26.485), dado que los marcos que ofrecen impactan en los procesos de subjetivación, a la vez que instan a revisar conceptualizaciones y funcionamientos propios del campo de la salud mental, como de otras esferas institucionales que conforman las condiciones estructurales a las que hemos hecho referencia aquí. De forma inversa, el no reconocimiento de derechos en el plano formal o el no cumplimiento de los principios y objetivos planteados en las legislaciones deben ser tenidos en cuenta a la hora de pensar y abordar el padecimiento mental. Ignorar este aspecto, por el contrario, lleva a (re) producir y facilitar procesos de patologización, y refuerza la marginación de los sujetos más vulnerados dentro de los colectivos que formalmente estarían alcanzados por dichos cambios legales.

en la proporcionalidad directa que existe entre el aumento de las desigualdades económicas y el aumento de los diagnósticos de patologías mentales²⁶. Entender a la salud mental como una entidad propia y autónoma implica extrapolar los padecimientos mentales de los contextos de vulnerabilidad en los que surgieron, favoreciendo la psicopatologización. Por el contrario, la salud mental necesariamente debe ser abordada desde un marco integral de derechos, ya que no hacerlo implica un reduccionismo teórico que indefectiblemente deriva en prácticas inconducentes o incluso perjudiciales. De acuerdo a la necesidad de plantear un marco integral, la Ley 26.657 propone una amalgama de dispositivos terapéuticos que no se limitan exclusivamente a prestaciones psiquiátricas y/o psicológicas enmarcadas en el paradigma biomédico. Estos evidencian tanto la amplitud como la transversalidad de políticas y estrategias que deben desplegarse al entender la salud mental en tanto proceso indefectiblemente signado por determinantes sociales. En este sentido, los objetivos de la ley se sostienen en un Modelo de Abordaje Comunitario, desde el cual se deben implementar sistemas de Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad, anclados en los principios de intersectorialidad y territorialidad. Desde esta perspectiva se insta a generar articulaciones de objetivos, acciones y recursos con los servicios de salud general y con diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales. Ello tiene como fin garantizar un abordaje lo suficientemente integral para asegurar la continuidad de cuidados en el ámbito territorial en el que las personas desarrollan su vida cotidiana, permitiendo así que sus lazos vinculares sean respetados, toda vez que se entiende el rol central que éstos ocupan²⁷.

Sin embargo, actualmente nos encontramos frente a una realidad drásticamente alejada de los lineamientos y objetivos planteados en la Ley. El Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental establece que el 37,2 % de las personas internadas continúan en tal situación debido a problemas sociales y de

²⁶ Puente Baldomar, Pablo y Espina Alonso, María Luisa, "Las personas sin hogar, el abuso de drogas y la salud mental: ¿dónde están los determinantes?", en *Cuadernos de Psiquiatría* 27-39, 2018, pág. 36.

²⁷ Para mayor información sobre la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad ver Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, "Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales", 08/2018, disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001388cnt-2018-12_recomendacion-en-hospitales-generales.pdf, visitado el 6/11/2019.

vivienda²⁸. A su vez, refiere que el 53,4 % de lxs usuarixs llevan más de dos años de internación, incluyendo un 25,3% que han estado internadxs once años o más²⁹. Un informe conjunto del CELS, la CPM y el MDR sobre el hospital psiquiátrico de Melchor Romero (Provincia de Buenos Aires) destaca que “De la población de usuarios/as internados en Romero, la mayoría son pacientes sociales, es decir, el criterio de internación se debe a motivos socioeconómicos”³⁰. Dicho informe llamó la atención sobre cómo esta problemática afecta particularmente a las mujeres que entran en el circuito de instituciones públicas de la salud mental, arrojando cifras que contradicen los principios legales expuestos hasta aquí: de las 100 mujeres que ingresaron al hospital durante 2016, sólo 26 lo hicieron de forma voluntaria; el promedio de tiempo de internación es de 25 años, y “en la mayoría de los casos el tratamiento recibido es exclusivamente medicamentoso”³¹.

A partir de tales cifras, pensar en la posibilidad de reinserción de social se torna verdaderamente desafiante y da lugar a una multiplicidad de interrogantes: ¿los problemas sociales y habitacionales son preexistentes a las internaciones o son consecuencia de ellas? ¿Acaso se está intentando “dar tratamiento” sanitario a la desigualdad social? ¿Cómo podemos abordar las problemáticas vinculadas con salud mental, desigualdad social y opresiones vinculadas con el género, atendiendo a sus entrelazamientos pero sin perder de vista la especificidad de cada una? Resulta evidente que no hay una respuesta sencilla, y que todos estos interrogantes (algunos entre muchos otros posibles) son efectos de un sistema que podríamos describir como circular o espiralado, en la medida en que sus distintas formas de exclusión se retroalimentan entre sí, profundizando aquellos “ambientes temporales” de desgaste físico, mental y social.

4. Autoridad epistémica, estigma y tutelaje

La Ley de Salud Mental establece dos coordenadas fundamentales para determinar la concepción de autoridad epistémica que le da sustento: el consentimiento

²⁸ Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, *op. cit.*, pág. 26.

²⁹ Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, *op. cit.*, pág. 27.

³⁰ CELS, CPM y MDR, *op. cit.*, pág. 4.

³¹ CELS, CPM y MDR, *op. cit.*, pág. 3.

informado y la creación del Órgano de Revisión. La Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado (Ley 26.529 de 2009), define a este último como “la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada” sobre su estado de salud, los procedimientos propuestos, los beneficios y riesgos de los mismos, tratamientos alternativos, entre otros aspectos³². Siguiendo esta definición, la Ley de Salud Mental ubica que por principio rige el consentimiento informado en todas las intervenciones que se realicen en el ámbito de la salud mental, teniendo un tratamiento particular en el caso de las internaciones involuntarias³³. En cuanto al Órgano de Revisión, el mismo es de carácter multidisciplinario y tiene como función proteger los derechos humanos de lxs usuarixs de los servicios de salud mental. El punto central en relación a dicho órgano es que entre sus diversos integrantes se encuentran las asociaciones de usuarixs, dando lugar a su perspectiva y participación. Es necesario destacar que la participación no se encuentra dirigida únicamente a la toma de decisiones sobre sus tratamientos individuales, sino también a requerir información a las instituciones para evaluar las condiciones en las que se realiza el tratamiento, evaluar las internaciones involuntarias, controlar las derivaciones efectuadas por fuera del ámbito comunitario, realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación y generar propuestas de modificación en salud mental tendientes a superar las barreras sociales que restringen el ejercicio de sus derechos³⁴.

La perspectiva que emerge de estos instrumentos legales se encuentra, sin embargo, lejos de ser la prevaleciente en los servicios de atención a la salud. Desde la violencia obstétrica hasta la medicalización compulsiva, todos los ámbitos de la salud parecerían estar atravesados por el problema de la violencia epistémica y la desconsideración de la perspectiva en primera persona de lxs usuarixs. Tal como

³² Ley 26.529, Artículo 5.

³³ Dado que consideramos que el consentimiento informado en el campo de la salud mental presenta sus propias complejidades, en el presente artículo hemos decidido no profundizar ya que no podríamos desplegar el análisis minucioso que requiere.

³⁴ Albano, Alicia y Aquino, Fernando, “Recuperar la palabra de los protagonistas: reflexiones y aportes de la Asamblea Permanente de Usuarios de los Servicios de Salud Mental sobre la Ley 26.657”, en Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), *Derechos humanos en Argentina: informe 2012*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2012, págs. 371-376.

analizamos más detalladamente en otro trabajo, “El mero hecho de ocupar el lugar de ‘paciente’, o el tener un diagnóstico (vinculado o no con la situación por la cual acude al servicio de salud), le transformaría automáticamente [a la usuaria del sistema de salud] en una persona inestable y/o condicionada por sus emociones, y por lo tanto no confiable desde el punto de vista epistémico”³⁵. En el caso de la salud mental, esto se ve reforzado por la reducción de credibilidad que conlleva en nuestra cultura un diagnóstico en este campo: aquella modificación ontológica a la que nos referíamos en la sección anterior incluye, entre otras cosas, un cuestionamiento de la autoridad epistémica del sujeto, incluso para dar cuenta de su propia experiencia. Estas personas “son con frecuencia estereotipadas de modo tal que se disminuye su credibilidad; y el estatus de autoridad, e incluso el estatus único, concedido a las perspectivas médicas de tercera persona sobre las experiencias de salud mental lleva a la marginación hermenéutica y el silenciamiento” de los sujetos diagnosticados³⁶. De acuerdo a lo señalado por Marcela Lagarde en su análisis del encierro de mujeres, en el caso de la salud mental la autoridad epistémica reside siempre en otros (individuos o instituciones), en detrimento de la persona institucionalizada: “Siempre son las instituciones -la familia, el hospital el tribunal-, y los individuos del poder -los familiares, los vecinos, las amistades, los jefes, los médicos: psiquiatras, ginecólogos, psicólogos-, quienes deciden qué mujeres están locas y cuáles no; quién requiere ser apartada, alejada, guardada, recluida y ¿curada? El poder decide qué mujeres se quedan afuera y cuáles deben ser encerradas”³⁷. Análisis tales como el de Lagarde evidencian que el eje de género añade una ulterior forma de descalificación: a la reducción de autoridad epistémica derivada del diagnóstico se superpone aquella debida al género, ya sea porque se trate de una mujer y/o porque sea una persona trans*. Parafraseando a la teórica mexicana, podríamos decir que la atribución de “locura” (y, por consiguiente, la reducción o anulación de la agencia epistémica) de acuerdo al género puede producirse de dos maneras: por faltar al género

³⁵ Radi, Blas y Pérez, Moira, “Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social”, en *Revista Avatares Filosóficos*, 7, 2020, en prensa.

³⁶ Scrutton, Anastasia Philippa, “Epistemic injustice and mental illness”, en Kidd, I. J., Medina, J. y Polhaus, G. (comps.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (págs. 347-355), Londres, Routledge, 2017, pág. 347.

³⁷ Lagarde, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, Siglo XXI Editores, 2016, pág. 694.

asignado de las formas requeridas, o por el hecho mismo de vivir de acuerdo a ese género³⁸.

Reuniendo esto con lo dicho en la sección anterior en relación con la temporalidad, Scrutton subraya que “los diagnósticos en salud mental son particularmente ‘adherentes’”, en el sentido de que “un diagnóstico en el pasado puede resultar en un sesgo confirmatorio que lleva a formas continuas de injusticia testimonial y otros tipos de injusticia epistémica”³⁹. La reducción de la autoridad epistémica a partir de un diagnóstico se afirma sobre la base de estigmatización de lxs usuarixs de los servicios de salud mental, es decir a través de etiquetas negativas “adherentes” que les acompañan en todos los ámbitos de la vida. Siguiendo los desarrollos de Agrest y Druetta, vemos que el estigma se produce cuando el etiquetamiento en conjunto con la estereotipación de las diferencias, la separación de las personas etiquetadas y la consecuente devaluación identitaria, coexisten en una situación de poder que habilita y legitima tales procesos⁴⁰. En este sentido el quiebre temporal en conjunción con la resignificación de la identidad que genera el diagnóstico, suele producirse en clave estigmatizante, obstaculizando la integralidad de los derechos de lxs usuarixs de los servicios de salud mental. En palabras de Rolando Hanono, miembro de Asamblea Permanente de Usuari@s de los Servicios de Salud Mental, “la reinserción laboral, las labores manuales e intelectuales, la posibilidad de volver al hogar, acceder a la comida y medicinas parecen, para quienes tenemos algunas necesidades, ideales lejos de alcanzar”⁴¹.

Otro aspecto a tener en cuenta es el efecto que produce la internalización del estigma en el plano subjetivo. Investigaciones llevadas a cabo por Michalewicz, Ceriani, Obiols y Stolkiner⁴² constatan que la estigmatización y la violencia a la que se encuentran

³⁸ Dice Lagarde que “En el primer sentido, las mujeres son locas al faltar a la feminidad en las formas requeridas y, en el segundo caso, porque al ser mujeres, están implícitamente locas”. Lagarde, Marcela, *op. cit.*, pág. 704.

³⁹ Scrutton, Anastasia Philippa, *op. cit.*, pág. 349.

⁴⁰ Agrest, Martín y Druetta, Ivana, “El concepto de recuperación: La importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios”, en *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 2001, pág. 62.

⁴¹ Hanono, Rolando, “Usuarios de salud mental derribando estigmas”, en *Marcha* 20/08/2015, disponible en <https://www.marcha.org.ar/usuarios-de-salud-mental-derribando-estigmas/>, visitado el 10/10/2019.

⁴² Los resultados de este estudio fueron sistematizados en Ceriani, Leticia, Obiols, Julieta y Stolkiner, Alicia, “Potencialidades y obstáculos en la construcción de un nuevo actor social: las organizaciones de usuarios”, *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Facultad de Psicología (UBA), Buenos Aires, 2010; y en Michalewicz, Alejandro, Obiols, Julieta, Ceriani, Leticia y Stolkiner, Alicia, “Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la

expuestxs lxs usuarixs en diferentes contextos institucionales, deriva en la conformación de subjetividades ligadas al miedo. La identificación e internalización del estigma no sólo es fuente de padecimiento subjetivo, sino que también refuerza su silenciamiento (que en muchos casos nace del sujeto mismo, que previendo que no será escuchado opta por callar) y obstaculiza la conformación y organización de lxs usuarixs en tanto actores sociales del campo de la salud mental. El paradigma que articula actualmente las prácticas institucionales ubica de un lado al “paciente” y del otro lado a la autoridad que conceptualiza los diagnósticos, los asigna, determina el procedimiento a seguir y “tutela” al sujeto (devenido así en objeto de la intervención ajena). En consecuencia, se perpetúan las relaciones asimétricas de poder que reproducen la objetificación de lxs usuarixs, imposibilitando que ejerzan un rol central en la toma de decisiones sobre sus tratamientos o sobre el funcionamiento institucional del campo de la salud mental. Es por esto que el trabajo sobre la redistribución de la autoridad epistémica resulta central para la efectiva realización del modelo propuesto por la Ley de Salud Mental. Dicha redistribución permitirá reconocer y/o restituir la autonomía de lxs usuarixs, entendiendo por ello la capacidad para tomar decisiones sobre sus tratamientos, la administración de sus recursos y el desarrollo de sus actividades diarias, entre otros aspectos. Sin embargo, es fundamental no confundir la noción de autonomía con la de autosuficiencia⁴³, ya que de lo contrario, el objetivo de eliminar los hospitales monovalentes puede leerse desde un marco opuesto al propuesto por la Ley, derivando en un vaciamiento de los servicios de salud mental. En este sentido, resulta urgente la creación de dispositivos con enfoque comunitario, ya que los mismos tienen como objetivo fundamental sostener la autonomía de lxs usuarixs, diferenciándose tanto de los paradigmas liberales como de las lógicas tutelares. Tal como resaltaron desde la Asamblea Permanente de Personas Usuaris de los Servicios de Salud Mental (APUSSAM), “nos llamamos usuarios, y no pacientes, porque los usuarios activos construimos. En cambio los pacientes pasivos esperan. No queremos ser más personas pasivas que reciben dócilmente las órdenes médicas, órdenes e indicaciones que nos

posibilidad de hablar en nombre propio”, *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Facultad de Psicología (UBA), Buenos Aires, 2011.

⁴³ Agrest y Druetta, *op. cit.*, pág. 61.

maltrataron y torturaron. No queremos ser objetos de protección. Elegimos ser personas activas que participan de sus tratamientos y toman decisiones sobre su salud y su cuerpo”⁴⁴. Personas activas atravesadas por las condiciones estructurales que vimos en la sección anterior, pero no por ello necesitadas de paternalismo o tutelaje.

5. Acceso a derechos y responsabilidad colectiva

En este artículo hemos propuesto una lectura de los cambios conceptuales introducidos por la Ley Nacional de Salud Mental, en paralelo a una evaluación crítica de sus modos concretos de implementación y las condiciones estructurales en las que se insertan. En relación con el primer punto, destacamos particularmente la introducción de la categoría de “padecimiento mental”, la propuesta de transición hacia dispositivos alternativos y hospitales generales, y el concepto de “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. Estos tres puntos evidencian la importancia de la Ley de Salud Mental y la necesidad de defender su letra y su implementación efectiva en pos de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental en nuestro país⁴⁵. En lo que hace a las maneras en que esto se expresa (o no) en la práctica, optamos por concentrarnos en dos ejes problemáticos: por un lado, las tensiones entre la temporalidad discreta propuesta por la Ley, la reificación del diagnóstico y los “ambientes temporales” en los que se dan los procesos de salud mental; por el otro, aquellas entre el principio de autonomía decisional y la desautorización epistémica imperante en el sistema de salud por medio de la estigmatización capacitista, sexista y cissexista. Destacamos en ambos casos cómo los procesos que dificultan la implementación efectiva de la Ley se ven profundizados por el eje de género, abonando la hipótesis de que las concepciones de salud mental y los espacios de encierro sirven como mecanismos particularmente cruentos de disciplinamiento y refuerzo de las normas sociales de género.

⁴⁴ Hanono, Rolando, *op. cit.*, sin página.

⁴⁵ Cabe aclarar que aún hoy, tras diez años de su sanción, la Ley sigue siendo foco de ataques con miras a reducir su alcance y posibilidades. De hecho, en el año 2017 distintos organismos denunciaron un intento de reforma por decreto, que buscaba reinstalar el modelo médico biologicista, la manicomianización y el modelo tutelar, y reducir la autoridad epistémica de lxs usuarixs (Solicitada “Ley de Salud Mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de DD.HH.”, 11/11/2017, disponible en <https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>, visitado el 10/10/2019). Si bien este decreto no prosperó, de todos modos es importante no perder de vista la posibilidad siempre latente de retroceso de los derechos garantizados por la Ley.

Un corolario de lo visto hasta aquí es que, en el ámbito de la salud mental, el diagnóstico y el consiguiente ingreso en el circuito público de salud mental funciona de hecho como barrera para el acceso a otros derechos, incluso tras el egreso de las instituciones. En este sentido, el informe 2019 de la Comisión Provincial por la Memoria en su apartado sobre Salud Mental denuncia las altas tasas de reinternación en los hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires, que superan el 50% y, según el organismo, evidencian “el fracaso de las estrategias de externación”⁴⁶. Estas cifras son testimonio de la deficiente implementación de la Ley referida: “Nuestras necesidades básicas como la vivienda, comida, trabajo, amor, familia, (...) que la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 contempla como aspectos primordiales a considerar en el transcurso de los tratamientos por ser indispensables para la salud”, resume Hanono, “son utopías”⁴⁷.

Esto nos vuelve a traer a la cuestión de la temporalidad, y la necesidad de un enfoque integral que atienda no sólo a la situación puntual de un sujeto en el momento de su llegada al sistema de salud, sino a las condiciones institucionales y las políticas de distribución de oportunidades de vida que marcan su existencia. Hay un desfase evidente entre la temporalidad de la intervención médica y la temporalidad de las desigualdades estructurales en las que se inserta. Si bien el abordaje en términos de episodios puntuales y dinámicos implica un avance respecto de la reificación del diagnóstico y la esencialización del sujeto diagnosticado, esto no debe hacernos perder de vista las condiciones de largo aliento sobre las que echa luz la perspectiva de los “ambientes temporales” que propone Berlant. La propuesta del modelo psicosocial, que da sustento a la Ley de Salud Mental, tiende en la misma dirección al incorporar factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y espirituales en sus abordajes, y hacer “énfasis en el apoyo social como factor fundamental para la promoción y el mantenimiento de la salud”⁴⁸.

⁴⁶ El informe señala que en el Hospital Estevez, “el 61% de las externaciones regresan al Hospital como reinternaciones”, en un patrón que se reproduce en otras instituciones similares tales como el Hospital Cabred (CPM, *op. cit.*, pág. 246).

⁴⁷ Hanono, *op. cit.*, sin pág.

⁴⁸ Montero, Maritza, “Construcción psicosocial del concepto de salud: de la ética a la práctica”, *Consciencia y Diálogo*, 3(3), 2012, pág. 142.

Para terminar, quisiéramos llamar la atención sobre las implicancias que este cambio de enfoque tiene -o debería tener- este cambio de enfoque, sobre la responsabilidad individual y colectiva en lo que hace a las concepciones e intervenciones en salud mental. Ian Hacking, a quien nos referimos previamente, propone pensar las clasificaciones en salud mental a partir de un conjunto de cinco elementos que se afectan mutuamente: a) la etiqueta (generalmente impuesta a través de un diagnóstico), b) las personas a las que se les adhiere esta clasificación, c) las instituciones (incluyendo instituciones de salud mental y organismos internacionales pertinentes, pero también medios de comunicación y otros espacios de difusión de las concepciones sociales), d) el conocimiento sobre el tema (abarcando desde los saberes clínicos consagrados hasta los supuestos preponderantes sobre el tema), y e) lxs expertxs. Cada uno de estos elementos aporta al dinamismo de las clasificaciones en salud mental, aunque evidentemente lxs profesionales de la salud cumplen un rol central: ellxs (e) “generan el conocimiento (d), juzgan su validez, y lo utilizan en su práctica. Trabajan dentro de (c) instituciones que garantizan su legitimidad, autenticidad y estatus como expertxs. Estudian, intentan ayudar a, o asesoran acerca del control de las (b) personas que son (a) clasificadas como pertenecientes a un cierto tipo”⁴⁹. Sin embargo, Hacking concibe a esta dinámica como un “marco interactivo” precisamente porque entiende que cada uno de los cinco elementos da forma a los otros, incluyendo los diagnósticos (a), las instituciones (c) y la vida de quienes pasan por ellas (b).

Esta lectura dinámica e integral nos invita a considerar el rol que lxs distintxs actorxs sociales cumplimos en las intervenciones en salud mental, incluso quienes no están directamente involucradxs en instituciones hospitalarias o en el desarrollo de políticas sanitarias. Como mencionamos a lo largo del artículo, la concepción de la salud mental y sus abordajes son una pieza clave en la producción y reproducción de las desigualdades de género y la patologización de las experiencias sexo-genéricas no normativas. Por este motivo, las problemáticas expuestas hasta aquí, así como las distintas formas de patologización y encierro en términos más amplios, deberían ocupar un lugar prioritario en la agenda de todo movimiento social interesado en la equidad de género y la diversidad sexual. Pero incluso más allá de los espacios políticos, las

⁴⁹ Hacking, Ian, “Making up People”, *op. cit.*, págs. 23-26.

clasificaciones y los saberes vinculados con la salud mental (y la salud en general) impregnan todo tipo de ámbitos y son también afectadas por cómo las entendemos y vivimos, estemos o no marcadas por un diagnóstico de salud mental. El uso mismo del lenguaje, por ejemplo, y los modos en que éste reproduce los estigmas vinculados con condiciones psicosociales, también cumple un rol central en la producción y reproducción de saberes. En este sentido, tal como advierte un informe reciente del CELS, todos “necesitamos desnaturalizar las formas en que nos comunicamos fomentando maneras respetuosas sin discriminación” hacia la diversidad psico-social, considerando “qué pasa cuando personas ‘diagnosticadas’, rotuladas bajo determinadas etiquetas, encuentran y descubren el uso que de esos términos se hace en la sociedad: en sus historias clínicas, en ateneos y en las discusiones de casos, en libros y artículos, pero también en las redes sociales, en las revistas, en programas radiales, en diarios y hasta en las escuelas o clubes, negocios y comercios donde concurren y se construyen los intercambios cotidianos”⁵⁰. En este sentido, toda iniciativa en pos de la justicia social y los derechos en el campo de la salud mental debe ampliar la mirada más allá de la situación puntual de la institución psiquiátrica y sus profesionales, para considerar nuestras responsabilidades compartidas y cómo podemos ejercerlas en la vida cotidiana y en nuestras intervenciones en la esfera pública.

⁵⁰ Biaggio, Mariana y Soberón, Ana Sofía, *La vida no cabe en un diagnóstico: los usos de categorías del campo de la salud mental con fines descalificadores*, Buenos Aires, CELS, 2019, pág. 2.