

**DE LA MORALIZACIÓN DE LA LOCURA AL DESQUICIO DE LA MORAL**  
**Un recorrido posible para pensar la despatologización de la locura**



TRABAJO FINAL DE GRADO

Artículo científico

Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad.

Estudiante: Mariana Cetrulo Heinzen / C.I: 4.465419-0

Tutor: Prof. Adj. Mag. Nelson de León López

Montevideo, 2 de mayo de 2018

## **Resumen**

*En este artículo se presenta una contextualización y una posible articulación entre dos enfoques de intervención en Salud Mental que son el Laboratorio de Rehabilitación Psicosocial – Ciprés (Uruguay) y el Diálogo Abierto (Finlandia), con el objetivo de dar visibilidad a enfoques alternativos al pensamiento científico hegemónico en que se sustenta el desarrollo de la psiquiatría como especialidad de la ciencia médica.*

*Se propone un recorrido que va desde la condena moral de la ociosidad que recae sobre la locura en el siglo XVII en Europa y siglo XIX y principios del XX en Uruguay, es decir una cierta “moralización” de la locura, hasta un modo de pensar la misma en términos de trama (Palleiro, 2015) y de red (Seikkula, 2011) donde los problemas y sus soluciones pueden construirse y deconstruirse en el diálogo y en las interrelaciones.*

*Estos enfoques se enmarcan en un paradigma que considera sustancial la perspectiva de derechos humanos, de tipo subjetivo-histórico/social (Pérez, 2017) o comunitario-epidemiológico (Natella, 2017).*

*A su vez, ambos enfoques permiten*

*pensar la locura como aquello que viene a desbordar o denunciar las contradicciones de una moral coercitiva y condenatoria de lo in-productivo, y afirman su existencia empoderando a los sujetos en voz y decisión sobre su propio tratamiento. Se sugiere la idea de “desquicio” en su significado de “fuera de quicio” o “fuera del marco”, para pensar esta relación de la locura con la moral.*

*Palabras clave: Locura; intervención; diálogo; trama*

## **Abstract**

*This article presents a contextualization and a possible articulation between two intervention approaches in Mental Health that are the Psychosocial Enabling Laboratory - Ciprés (Uruguay) and the Open Dialogue (Finland), with the aim of giving visibility to alternative approaches to the hegemonic scientific thinking that supports the development of psychiatry as a specialty of medical science.*

*This work proposes a journey that goes from the moral condemnation of idleness that falls on madness in the*

*seventeenth century in Europe and the nineteenth and early twentieth centuries in Uruguay, meaning a certain “moralization” of madness, to a way of thinking it in terms of fabric (Palleiro, 2015) and network (Seikkula, 2011) where problems and their solutions can be constructed and deconstructed in dialogue and interrelations.*

*These approaches are framed within a paradigm that considers substantial the perspective of human rights, as subjective-historical/social (Pérez, 2017) or community-epidemiological (Natella, 2017). At the same time, both approaches allow*

*thinking madness as that which comes to overflow or denounce the contradictions of a coercive and condemnatory morality of the in-productive, and affirm their existence by empowering the subjects in voice and decision about their own treatment. The idea of “derangement” in its meaning of “out of control” or “out of frame” is suggested, to think this relationship of madness with morality.*

*Keywords: Madness; intervention; dialogue; network*

## **Introducción**

El presente artículo consiste en una revisión bibliográfica sobre diferentes modalidades de relacionamiento y comprensión de la locura desde la perspectiva de la intervención.

Se considera, por un lado, un modelo hegemónico de intervención según la historización de la psiquiatría en Uruguay propuesta por José Pedro Barrán (1990, 1992, 1995) y de acuerdo al pensamiento de Foucault en relación a la Historia de la locura en Europa (1964). Por otro lado, se presenta un modo de comprender los procesos de “salud – enfermedad” que no se sustenta en el biologicismo positivista antes mencionado, sino en un enfoque multifamiliar (Badaracco, 2000; Palleiro, 2012) o dialógico (Seikkula & Olson, 2003), que pone foco en el plano socio-histórico y se sustenta fundamentalmente en una perspectiva de derechos humanos.

En primer lugar, se realiza un breve recorrido epistemológico sobre el pensamiento

hegemónico en occidente desde la perspectiva de la filosofía de la diferencia (Teles, 2007; Deleuze, 1968, 1962), de modo de poder visibilizar los fundamentos del pensamiento científico occidental y su influencia en el desarrollo de la psiquiatría como disciplina específica de la ciencia médica.

A continuación, se propone pensar el desarrollo de la psiquiatría en Uruguay tomando los aportes de José Pedro Barrán sobre la construcción de una sensibilidad “civilizada” en el Uruguay del novecientos (1990). Esta perspectiva permite pensar el surgimiento de la psiquiatría como parte del proceso de “disciplinamiento” en el cual el poder y el saber médicos vienen a jugar un papel determinante (Barrán, 1992).

La pertinencia del presente trabajo se fundamenta en los cambios recientes en el marco normativo vigente en nuestro país en relación a la salud mental (Ley N° 19.529, 2017). El actual proceso de reglamentación de la ley N° 19.529, aprobada en agosto de 2017, dispone un momento de revisión de las prácticas e intervenciones en el campo de la salud mental. Se visibilizan, desde el transcurso de redacción de la ley, dos paradigmas diferentes, que se superponen y representan distintas concepciones de entender la salud y la enfermedad (Pérez, 2017).

Se distingue un modelo dominante en el quehacer profesional en el campo de la salud mental en occidente, de tipo clínico asistencial (Natella, 2017) u objetivo-natural (Pérez, 2017). Este modelo representa un paradigma centrado en las explicaciones biológicas de los malestares psíquicos, cuyas intervenciones se focalizan en los individuos y sus síntomas, y busca el control a través de la institucionalización, el uso de fármacos y las psicoterapias (Natella, 2017).

El modelo positivista coexiste con un modelo de comprensión e intervención en salud mental que integra la perspectiva de derechos humanos, las explicaciones multicausales y otorga importancia a la construcción interdisciplinaria. Este último modelo viene gestándose en la región desde los años sesenta y setenta, aunque se vio interrumpido durante la dictadura cívico-militar (1973-1985) (Techera, de León, Apud, Cano, Jurado, Kakuk, Martínez Messina, Miniño, Sánchez, 2013).

Ambos modos de comprensión de los procesos de salud y enfermedad conviven en el proceso de redacción y reglamentación de la Ley de Salud Mental aprobada recientemente (Ley N° 19.529, 2017). Si bien esta nueva reglamentación propone modificaciones en el modelo de intervención estatal, ha sido cuestionada por varias organizaciones de la sociedad civil, agrupadas en la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (2017), que plantean que el proyecto de ley (hoy aprobado) no posibilita un verdadero cambio de paradigma por no integrar la perspectiva de derechos humanos.

No es objetivo de esta revisión ahondar en los artículos de la ley, pero sí dar visibilidad a dos concepciones teóricas y metodológicas de intervención en salud mental que superan el paradigma biologicista y proponen un abordaje que integra un pensamiento complejo (Morín, 1988) y un cambio de paradigma en su modo de intervención.

El principal objetivo del presente artículo entonces, es dar visibilidad a dos perspectivas que, en diferentes lugares del mundo, presentan aspectos en común, no sólo en el modo de abordaje, sino también en la posibilidad de entender la locura como construcción social, dialógica y relacional (Seikkula & Olson, 2003; Seikkula, 2011; Badaracco, 2000).

Las dos perspectivas que se tendrán en cuenta son el abordaje del Laboratorio de Habilitación Psicosocial, Ciprés, de enfoque multifamiliar (García Badaracco, 1989, 2000; Pallerio, 2012); y el modelo finlandés de atención en salud mental, conocido como Open Dialogue o Diálogo Abierto (Seikkula & Olson, 2003).

Para la revisión de estos enfoques se utilizarán fuentes de información secundarias provenientes principalmente de publicaciones científicas y ponencias académicas.

Finalmente, se realiza una articulación que toma tres aspectos comunes a ambos enfoques. Estos son: la concepción de enfermedad como construcción social, la horizontalidad en los roles de todos los integrantes del grupo terapéutico y una concepción del sujeto como partícipe y constructor de su propia historia y por lo tanto

activo en su proceso de tratamiento y en la toma de decisiones con respecto a éste. A modo de conclusión, se visualiza un recorrido que va de la moralización de la locura a la medicalización de la moral planteada por Barrán (1995). Se propone en este artículo, pensar un tercer movimiento, en que la locura se encuentra “desquiciando” el orden de las relaciones interpersonales, es decir, desbordando el marco de la moral.

### **Breve aproximación epistemológica al pensamiento del devenir**

*no es que el mundo sea incurable, es que sencillamente no está allí  
para ser curado, el mundo es el espacio donde el sentido se  
compromete o se inventa, más allá de la verdad*

Jean-Luc Nancy (1993; p. 44)

Plantea Nietzsche (1990) que la verdad “pura”, lo que llama la “cosa en sí” (p. 6), es inalcanzable; y el ser humano tiene que conformarse con metáforas que nada tienen de las esencias de las cosas. Convengamos entonces que no es posible conocer la verdad. Podemos acceder a modelos que intentan acercarse a ella, pero no dejan de ser modelos: sistemas coherentes de explicación de aquello que es inexplicable.

Anabel Lee Teles (2007) hace referencia al surgimiento de una “concepción empírico trascendente del mundo” (p. 44) en el pensamiento occidental. Siguiendo a Deleuze y a Nietzsche, traza una línea que une la filosofía socrático-platónica con el pensamiento cartesiano, para presentar un modo de pensar que se establece en occidente desde el siglo XVII y que pone en lugar privilegiado al humano como sujeto racional, capaz de conocer la naturaleza a través de la razón lógica. “Este modo de pensar elabora una constelación conceptual constituida, a su vez, por las nociones de fundamento último, realidad única y verdad necesaria y universal que, de diferentes modos, persistió a lo largo de los siglos XVIII y XIX” (Teles, 2007; p. 24).

Deleuze (1968) se refiere a una imagen dogmática del pensamiento, una imagen moral. En palabras del autor:

el pensamiento conceptual filosófico tiene por presupuesto implícito una Imagen del pensamiento, prefilosófica y natural, tomada del elemento puro del sentido común. De acuerdo con esta imagen, el pensamiento es afín a lo verdadero. Y es *sobre* esta imagen que cada uno sabe -se supone que sabe- lo que significa pensar. Por eso, mientras el pensamiento quede sometido a esa imagen que ya prejuzga acerca de todo, tanto acerca de la distribución del objeto y del sujeto como acerca del ser y del ente, tiene poca importancia que la filosofía comience por el objeto o por el sujeto, por el ser o por el ente (p. 204).

Lo que caracteriza a este modo de pensamiento es la confusión del ser con el ente, como permanente presencia. La filosofía occidental queda apegada a la presencia y olvida el ser (Teles, 2007). Entiende el ser como algo estable e inmutable, imponiendo de esta manera una verdad universal única y un único modo de “acceder” a ella.

A partir de entonces, el pensamiento occidental ha quedado capturado por el principio de identidad (Deleuze, 1968). Ha dejado escapar las diferencias, no ha sido capaz de visibilizarlas. La concepción empírico trascendente del mundo (Teles, 2007) ha establecido modos determinados de entender y percibir el mundo que nos rodea. Ha impuesto un único modo de pensar, incapaz de contemplar el devenir y lo mutante. Se desprenden de ella distintas relaciones con el mundo y con la vida, pero todas ligadas a ese orden impuesto de lo trascendente.

Las clasificaciones, las representaciones, son hijas de esta concepción y son, por momentos, los principales obstáculos al momento de intentar pensar de otro modo.

¿Qué significa pensar de otro modo? La filosofía del devenir propone un desplazamiento ontológico (Teles, 2007), es decir, la posibilidad de pensar al ser como la pura diferencia (Deleuze, 1968), en lugar de pensarlo como representación, como igual a si mismo.

Esta concepción del ser permite entender que no todo está determinado, sino que hay un mundo de posibles. El mundo se abre a una multiplicidad de mundos. Da lugar a modos de existencia creativos, “a percepciones capaces de captar los signos del

devenir” (Teles, 2007; p.44).

En *Nietzsche y la filosofía* (1962) Deleuze propone la posibilidad de un pensamiento que afirme la vida, y no un conocimiento que se oponga a ella. “Pensar significaría: *descubrir, inventar nuevas posibilidades de vida*” (p.143).

Para Nietzsche, dice Deleuze (1968) los presupuestos generales de la filosofía occidental son esencialmente morales. Este último autor menciona que a partir de entonces se puede visibilizar una filosofía que no tenga presupuestos y que parta de una crítica a los presupuestos morales de la imagen dogmática del pensamiento. Esta filosofía

hallaría su repetición auténtica en un pensamiento sin Imagen; aunque fuera a costa de las más grandes destrucciones, de las más grandes desmoralizaciones y de una obstinación de la filosofía que solo tendría por aliada la paradoja y que debería renunciar a la forma de la representación como al elemento del sentido común (p. 205).

Para Deleuze (1968) pensar es crear algo nuevo, no reproducir ni representar. Para superar la imagen dogmática del pensamiento, atravesada por la moral, se requiere del ejercicio de la creatividad. “Pensar es crear, y no hay otra creación sino que crear es, ante todo, engendrar “pensamiento” en el pensamiento” (Deleuze 1968; p. 227).

Entender la construcción histórica y moral de nuestro pensamiento, es decir, comprender por qué pensamos como pensamos, permite la apertura a otras posibilidades de pensamiento, dando lugar a lo múltiple, a lo mutante, al devenir. De este modo, al superar la imagen moralizante del ser y de la locura, es posible pensar nuevas imágenes.

Crear otra imagen de orden es dinamitar El *Orden*. Al abolir la locura como des-Orden, abolimos la idea de un orden rector, eso implica dejar de contemplar esta idea como propuso Platón, para pasar a crear otra imagen-pensamiento como proponen Deleuze y Guattari (1991) acerca del mundo y de los problemas (Grebart, 2016; p. 131).

Desde esta perspectiva epistemológica del ser, se intentará pensar entonces otras



modalidades de intervención en el campo de la salud mental, acerca de la comprensión de la locura, que no tomen como principal fundamento de sus prácticas la imagen dogmática fundamentada en la construcción de la moralidad occidental, sino que hagan el ejercicio de pensar en términos de relaciones. Se propone pensar desde un paradigma que tenga en cuenta la complejidad (Morín, 1988) y que supere la lógica positivista de las clasificaciones, así como realizar el ejercicio de pensar en términos de multiplicidades, no en la diferenciación de lo “uno” y lo “múltiple” (Deleuze y Guattari, 1988).

En esta línea se intentará desplegar el presente artículo de revisión, comenzando por un breve recorte de la relación entre la locura y la creación de los Estados Naciones, tomando los aportes de Foucault (1964, 1976) y de Barrán (1990, 1992, 1995, 2012), en el entendido que esta concepción de la locura determina un único modo de tratamiento posible y un único modo válido de entendimiento que es la visión médica. A continuación se introduce un modo de pensar la locura, ya no como algo aislado, sino como circulando o existiendo en un entramado de relaciones. Para ello se toman dos modelos de intervención en salud mental y se propone pensarlos desde el pensamiento del devenir (Teles, 2007).

### **Contextualización del modelo de intervención hegemónico en salud mental**

*El orden de los Estados no tolera ya el desorden de los corazones*

(Foucault, 1964; p. 63)

José Pedro Barrán denomina “Disciplinamiento” al proceso de modernización que atraviesa la sociedad uruguaya entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX, período que ubica particularmente entre los años 1860 y 1920 (Barrán, 1990).

En este período se desarrolla la psiquiatría como disciplina y gana lugar en los hospitales y en el ámbito de la salud, desplazando a la religión y las figuras religiosas.

Este proceso de secularización del Estado uruguayo y de la consolidación de la medicina como parte fundamental del control y disciplinamiento social, “lleva a la concepción de salud como valor, al asentamiento del estamento médico y a la medicalización de la sociedad” (Techera, Apud y Borges, 2009; p. 55).

Barrán (1995) plantea que desde la segunda mitad del siglo XIX en Uruguay, la Medicina estuvo dominada por un “optimismo epistemológico” (p.9) con pretensión positivista, de confianza ciega en la observación y la experimentación como forma de acceder puramente al objeto o los hechos.

Estas características de la Medicina del novecientos, no son más que el reflejo de la sociedad en que nacía. El saber médico “se nutrió fundamentalmente del orden mental establecido, de los valores, las convenciones, los lugares comunes, los temores y las ansiedades, a menudo complejos y contradictorios, de aquella cultura” (Barrán, 1995. p.10-11).

Foucault (1964) también hace referencia a una moral naciente, esta vez en la Europa del siglo XVII, vinculada a la razón y a las prácticas médicas. En este siglo, empieza a aparecer una “sensibilidad social” (p. 47) frente a la miseria, diferente a la relación mística de los siglos anteriores. En la Edad Media, el loco era considerado sagrado, “porque para la caridad medieval participaba de los poderes oscuros de la miseria” (p. 53).

Según Galende (2008),

durante más de tres mil años la humanidad pudo convivir con estas personas trastornadas buscando comprenderlas dentro de los parámetros de su cultura, mítica, religiosa o filosófica. No había por lo tanto un orden jurídico especial para ellos, no existía una disciplina única que sistematizara un conocimiento sobre la locura, como tampoco una institución o especialistas que los trataran (Galende, 2008; p. 143).

Lo novedoso del siglo XVII no es el encierro, que ya existía con los leprosarios, sino la internación. Se da una relación entre la internación y la práctica del trabajo que no tiene que ver con lo económico, sino con una visión moral que condena la ociosidad

(Foucault, 1964). El Hospital se convierte en una institución moral, que castiga y corrige a través de la penitencia. El trabajo, obligatorio, “es a la vez ejercicio ético y garantía moral” (p. 62). La miseria, como efecto del desorden y obstáculo del orden, entra dentro de la órbita del castigo moral y queda ligada a la culpabilidad. Los locos quedan comprendidos dentro de este castigo a la ociosidad e irán a parar al Hospital, junto con los pobres y los ociosos.

Detrás de estos movimientos en relación con la miseria, está el naciente Estado burgués y el sueño de una ciudad moral que cobije a todos los ciudadanos en virtud de una soberanía del bien (Foucault, 1964). A partir de este momento histórico, la miseria es asunto de Estado. Se encerrará entonces a aquellos que se alejen de sus obligaciones morales, que se desvíen de lo considerado virtuoso o bueno según las reglas de la razón y la moral burguesas. Los encierros adquieren un fin coercitivo y de encauzamiento (Foucault, 1976).

Una de las características de las sociedades disciplinarias descritas por Foucault (1976) es el “panoptismo”, modalidad de poder y control que se infiltra entre otros modos de control social, “permitiendo conducir los efectos de poder hasta los elementos más sutiles y lejanos” (p. 249). A partir de este concepto es posible pensar por qué la medicina, que en este período sustituye al poder de la iglesia, se va introduciendo de a poco en los ámbitos domésticos y de la vida cotidiana.

En Uruguay, el proceso de medicalización de la sociedad se da en conjunto con la secularización del Estado, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Siguiendo a Barrán (1995), durante este período de disciplinamiento se dieron dos procesos que convivieron y se sucedieron uno al otro: por un lado, la *moralización de la medicina*, algo que había sucedido en épocas anteriores y tiene que ver con el uso del saber científico como confirmación del orden moral; y, por otro lado, la *medicalización de la moral*, que introduce una novedad al convertir a la salud, pública y personal, en una nueva ética que se infiltra en las conductas cotidianas de los hombres y mujeres medicalizados del Novecientos. Es así como la higiene y las reglas para preservar la

salud comienzan a formar parte de la vida cotidiana, introduciendo la observación propia y ajena, como forma de detectar cualquier indicio de “enfermedad”.

### **Un perro que se muerde la cola**

*La historia de la psiquiatría sigue siendo la historia de los psiquiatras y no del pueblo que sufre, permanece como la historia de diversas visiones científicas que de todas maneras han producido solo formas de control social*

(Basaglia, 2000; p. 105)

Techera, Apud & Borges (2009) diferencian la psiquiatría occidental científicista -que se inicia en el proceso de modernización mencionado- de la psiquiatría como “cura del alma” (p. 39) cuyos orígenes son difusos y remotos y se asocia a prácticas de tipo chamánicas, cuya función va en la línea de mantener la integridad física de la comunidad.

La psiquiatría occidental, por el contrario, se fundamenta en su carácter secular y científico y se diferencia de toda práctica religiosa. En este propósito, traza una línea divisoria entre la mente y el cuerpo, y piensa al ser humano como una entidad puramente biológica. A su vez, requiere para su práctica un paciente “pasivo” que padece la enfermedad y un médico “activo” que tiene el poder de curarla.

Foucault (1964) plantea que el pensamiento de Descartes del siglo XVII coloca a la locura del lado del sueño, del lado de aquello que no tiene razón, es decir que no piensa y que por lo tanto no existe, o no tiene valor de verdad. “[D]estierra la locura en nombre del que duda, y que ya no puede desvariar, como no puede dejar de pensar y dejar de ser” (p. 42). La locura queda por fuera de la razón. Aquel que duda, piensa y existe, puede estar seguro de no estar loco.

Para Galende (2008) “[a] partir de Descartes el mundo deja de ser el fundamento del conocimiento para ubicarse en el sujeto mismo” (p. 77). Se crea un sujeto de la

objetividad que es a su vez sujeto de la verdad. Para el pensamiento moderno entonces, la “verdad”, que es simplemente una representación del mundo, se entiende como objetiva e incuestionable.

Este autor se pregunta qué implicancia ha tenido el positivismo biológico en el surgimiento y desarrollo de la psiquiatría. Plantea que la psiquiatría importó del pensamiento cartesiano “la pretensión de estudiar los hechos psicológicos como hechos físicos” (p. 77) y, por consecuencia, una comprensión clínica que deja por fuera en sus intervenciones la palabra de aquel considerado enfermo, así como su historia y su autonomía. Para la psiquiatría clásica y aún para la psiquiatría biológica actual (Galende, 2008), simplemente con la observación del comportamiento del “enfermo” se puede conocer su verdad, es decir, su clasificación semiológica y su diagnóstico, sin importar la significación que pueda tener para el paciente su propia vivencia.

Queda establecida así la verdadera relación de poder entre un sujeto que en nombre de su saber domina la posición de objeto del otro. *Para la psiquiatría positivista no hay más sujeto que el psiquiatra con su supuesto saber.* En esta relación de poder-saber sobre el otro la causalidad será entendida siempre como exterior al sujeto, causalidad física, y las vivencias deben entenderse como producto de causas exteriores sobre el sujeto (p. 79).

El modelo asilar, que prevalece hasta la actualidad en los lugares de internación y tratamiento psiquiátrico, reproduce esta misma forma de relación humana que viene de la concepción positivista del sufrimiento mental.

Sin embargo, durante los últimos cincuenta años, la Salud Mental como campo en sí, comienza a separarse del positivismo etiológico, incorporando modos de intervención que ponen en primer lugar al sujeto y sus derechos como ciudadano (Galende, 2008). En relación a esto, Pérez (2017) hace referencia a dos posturas epistemológicas en torno a la explicación de la salud y la enfermedad mental en el mundo occidental. Se trata de un antiguo problema de discusión que se actualiza en los años 70 a medida

que empieza a conformarse el campo de la salud mental. Denomina “objetivo-natural” a la postura que concibe la enfermedad mental estrictamente asociada al cerebro y cuyo plano de intervención se limita por lo tanto al cuerpo biológico. La postura contraria, mencionada como “modelo subjetivo-histórico/social”, entiende que no hay un único plano de explicación, debido a la complejidad de cada persona y su contexto social e histórico. Esta última pone mayor énfasis en la producción histórica y social de cada situación y sus intervenciones implicarán acciones que superen el plano biológico.

Estas dos posturas representan paradigmas diferentes de conceptualización y de intervención en el campo de la salud mental. La primera corresponde al paradigma positivista, de relaciones causa-efecto y explicaciones universales, en que la mirada técnica es exterior y el sujeto es concebido en su dimensión biológica. La postura “subjetivo-histórico/social” adhiere al paradigma de la complejidad (Morin, 1988), es decir, a la idea de que no hay una única causalidad de los acontecimientos, entendiendo al sujeto en su singularidad, atravesado por una “determinada trama de significaciones y sentidos sociales que producirán subjetividad” (Pérez, 2017. p. 111).

Plantea Galende (2008),

No se trata de “explicar” agregando factores orgánicos, psíquicos, medioambientales, sociales o culturales, como si éstos fueran separables de la experiencia del sujeto. Lo que está en juego es abandonar la idea positivista de causalidad, que ha confundido por dos siglos a la psiquiatría, para entender lo que he llamado una red compleja de determinaciones, que solo podemos conocer ateniéndonos a la experiencia del paciente y su valoración, al afecto y la emoción que nos vincula en la experiencia de comprender [...] (p. 47).

Natella (2017) distingue también dos modelos de intervención en el campo de la salud mental, pertenecientes a dos paradigmas diferentes de entendimiento y abordaje de la realidad. Los denomina “modelo clínico-asistencial” y modelo “comunitario-epidemiológico”. Al igual que en la distinción de Pérez (2017), el primer

modelo se sustenta en las explicaciones biológicas de los malestares psíquicos y sus intervenciones se centran en los individuos y en sus síntomas, buscando el control de los mismos a través de la institucionalización, el uso de fármacos y las psicoterapias. El segundo modelo se caracteriza por tener “el respeto y garantía de derechos como base de su estructura y funcionamiento” (Natella (2017; p. 242).

Cada modelo define a su vez sus propias concepciones y metodologías, que determinan un modo de intervención o práctica profesional particular, es decir: asistencial o comunitario.

Natella hace referencia a un modelo dominante en el quehacer profesional en el campo de la salud mental, que es el modelo clínico asistencial. Lo fundamenta en la preponderancia de esta concepción en la formación académica, y en los escasos recursos de los estados para promover un proceso de reforma que cuente con la capacitación necesaria y que cumpla con los estándares internacionales.

En la Ley N° 19.529, aprobada en agosto de 2017 en Uruguay, se visibilizan estos dos modelos o paradigmas como superponiéndose, sin llegar uno a superar al otro. La Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (2017) conformada por 54 organizaciones de la sociedad civil, plantea que el proyecto de ley en discusión, hoy aprobado, no integra la perspectiva de derechos humanos, lo que no posibilita un verdadero cambio de paradigma con respecto al modelo de intervención en salud.

“La lógica binaria y las relaciones biunívocas siguen dominando el psicoanálisis” plantean Deleuze y Guattari (1988; p.11) y refirieren al concepto de multiplicidad como posibilidad de superar la oposición entre lo uno y lo múltiple. Puede decirse, a partir del recorrido realizado, que la lógica binaria continúa dominando todo el plano de acción y pensamiento de la salud.

La ley aprobada en setiembre de 2017 representa un campo donde se visibilizan dos paradigmas opuestos, con intereses y concepciones diferentes, pero este es simplemente un campo de visibilidad de un conflicto que engloba el pensamiento dominante a nivel mundial y regional. La imagen dogmática del pensamiento

(Deleuze, 1968), el pensamiento del ordenamiento y el control, la concepción empírico trascendente del mundo (Teles, 2007) siguen dominando el modo en que se piensan los modelos de intervención en salud.

Plantea Basaglia en una de sus conferencias en Brasil en 1979 en relación al proceso de reforma manicomial en la ciudad de Trieste:

Estábamos convencidos de que la ciencia en la cual habíamos sido formados no era capaz de producir nada de nuevo, era simplemente la reproducción de sí misma: un perro que se muerde la cola. La ciencia es un producto de la clase dominante y cuando en la ciencia se produce un cambio, esto sucede en el interior de los códigos de la clase dominante (Basaglia, 2000; p. 104)

En esta línea de pensamiento, se presentan dos modelos de intervención en salud mental que, en su abordaje, proponen superar la dicotomía mente-cuerpo, normalidad-patología, salud-enfermedad.

### **CIPRÉS: Contextualización y características generales**

*Lo que importa, entonces, es encontrar la forma de no fabricar minotauros para no tener que seguir construyendo laberintos*

(García Badaracco, 2010; p. 7)

El Laboratorio de Habilitación Psicosocial – Cipres es, según Palleiro (2015), -fundadora y directora del centro durante 30 años-, un emprendimiento universitario colectivo. Consiste en un modelo de intervención que trabaja con personas que se acercan por algún tipo de padecimiento psíquico, con un enfoque de multiterapia (García Badaracco, 2000), es decir, que toma en cuenta la complejidad de las tramas (Palleiro, 2015) implicadas en la situación familiar a escala de un grupo conformado por varias familias. Este modelo de intervención fue creado por el Psiquiatra argentino Jorge García Badaracco, y fue denominado Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de



Estructura Multifamiliar (García Badaracco, 1989).

Ciprés surge en el año 1988, en un contexto social posterior a la dictadura cívico-militar (1973-1985) en que se volvía necesario reconstruir la dignidad del ser, así como priorizar la perspectiva de los derechos humanos en el pensamiento y la acción (Palleiro, 2012).

Comienza a funcionar en la Policlínica de la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Palleiro, 2015) con el objetivo de atender pacientes fuera del manicomio (Palleiro, 2013). Se propone, en la línea de los objetivos de la Clínica Psiquiátrica, incluir la asistencia a pacientes del área de psiquiatría dentro el hospital general, así como trabajar desde modelos de abordaje “que no se limiten a la evaluación del síntoma y el ajuste de la medicación correspondiente sino que apunten a la inclusión social y cultural del paciente y su familia” (Palleiro, 2015; s/p). Se busca también una revisión y un cuestionamiento de las categorías psiquiátricas clásicas, así como la superación de las dicotomías mente/cuerpo o neurosis/psicosis, que determinan personas incluidas y excluidas de los centros de salud (Palleiro, 2013).

Al comienzo consistía en un grupo de psicoterapia de base psicoanalítica que se denominaba “grupo de escucha” (Palleiro, 2012) y buscaba dar lugar a la escucha atenta y respetuosa de lo que tenían para decir los “desatendidos locos” (p. 96), permitiendo elaborar en conjunto las vivencias dolorosas. Palleiro (2015) considera que esta modalidad terapéutica “dignifica al usuario del sistema de salud al experimentar en forma directa que su palabra importa, que ella es valiosa para el otro [...] y queda legitimada por ser dicha y escuchada en un contexto colectivo” (s/p).

Hasta el año 2001 se trabaja en diferentes consultorios del Hospital de Clínicas, año en que se produce una apertura a la comunidad, al integrarse a actividades curriculares de Facultad de Psicología y Facultad de Bellas Artes y además se constituye como Centro Universitario de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social (Palleiro, 2013). En el año 2001 Ciprés se muda a Ciudad Vieja

(Plaza Zabala) por un convenio facilitado por integrantes de AEBU (Palleiro, 2012).

En este período se produce a su vez un cambio en la atención, que comienza a dirigirse también hacia los familiares, en el intento de “construir una trama interpersonal utilizando no solo la palabra de los usuarios y las voces de familiares que vienen dadas en los fenómenos transferenciales, sino también los discursos actuales de las familias presentes” (Palleiro, 2012; p. 96). Comienza a integrarse la perspectiva teórica del Psiquiatra y Psicoanalista Jorge García Badaracco. Este autor, que realiza su especialización en psiquiatría y psicoanálisis en París (Marquez, 2009), crea su concepción teórica en los años sesenta a partir de su experiencia como Jefe de Servicio en el Hospital Borda en Buenos Aires (García Badaracco, 2006). Esta perspectiva, realiza un movimiento que propone pensar “lo enfermo” en términos de relaciones (Badaracco, 2009). La incorporación de este enfoque se vuelve fundamental, dado que el modelo psicoanalítico clásico no era suficiente para comprender las “tramas invisibles, intrafamiliares y sociales” (Palleiro, 2012; p. 97) de la lógica de sometimiento alternante que se visualizaba en las reuniones entre usuarios y familiares. Se visibiliza que los familiares están implicados en la misma trama sufriente que el paciente y se comienza a intervenir en el sentido de posibilitar separaciones y límites a los vínculos familiares indiferenciados.

En el año 2004 Ciprés se integra al Instituto Internacional y Virtual de Psicoanálisis Multifamiliar del Prof. García Badaracco integrado por Argentina, Portugal, España, Italia y Uruguay, constituyéndose como única sede uruguaya (Palleiro, 2013). A partir de 2005 comienza a participar de intercambios académicos de dicho Instituto.

El encuadre de los grupos y espacios de terapia utiliza el recurso de la asamblea (Palleiro, 2012). Éstas se conforman como asambleas multifamiliares al ampliar los grupos a los familiares e integrar la perspectiva teórica de García Badaracco.

La asamblea multifamiliar tiene una duración de 90 minutos y su encuadre propone, según Palleiro (2012): Conversar sobre las experiencias y sentimientos de los participantes; “escucharse unos a otros respetando la alteridad”; “sustituir el “acto” por

la palabra”; “pensar junto con los aportes de los técnicos”; “no pretender alcanzar propuestas concretas, sino tan solo comprender aspectos de sí mismo y de los otros” y “sentirse incluido en la metáfora colectiva” (p. 97). Este espacio multifamiliar habilita a que las distintas vivencias en torno a la locura y el sufrimiento sean puestas en palabra y visibilizadas, para comprender la trama de interdependencias que las sostienen.

La asamblea está conformada por usuarios, familiares y técnicos provenientes de diferentes disciplinas, así como operadores formados y otros en proceso de formación. Según García Badaracco, el contexto multifamiliar permite “la utilización simultánea o sucesiva de varios enfoques terapéuticos sin que esto produzca necesariamente confusión” (2000; p. 49). Los diferentes enfoques, presentes en un mismo grupo familiar, provenientes de distintas corrientes o teorías, en lugar de entorpecer el proceso, actúan en forma complementaria, y le permite al coordinador o coordinadores del grupo tener más puntos de vista para pensar una misma situación. “Si no trabajamos en la necesidad de tener razón podemos enriquecernos recíprocamente” (p. 50).

También se cuenta con un área de talleres, donde se investiga y experimenta con diferentes temáticas, conformando a lo largo de los 30 años, talleres de escritura, de música, de plástica, de cine y de teatro. Éstos permiten multiplicar las posibilidades de expresión, potenciando a su vez el trabajo terapéutico, al favorecer la “emergencia de aspectos creativos, simbólicos y comunicacionales” (Fulco, 2010; p. 3).

A su vez, se sostienen semanalmente un espacio para la intervisión de las actividades terapéuticas desarrolladas, y un espacio de pensamiento teórico, donde se articula la investigación y la docencia, con el fin de pensar colectivamente y “construir una contribución propia, uruguaya, que valore y no recorte la incidencia de las diferencias culturales en estos complejos abordajes técnicos” (Palleiro, 2012; p. 101).

El concepto de las interdependencias recíprocas del marco teórico antes mencionado, lleva a concebir una mente en trama, viva, familiar y social, donde no todo pasará por la atención al "Individuo Problema".

Se requiere también de la consecuente tolerancia a la diversidad de formas de “vivenciar” estas interdependencias recíprocas, todas válidas aún siendo diversas (Palleiro, 2015; s/p).

En el año 2009 Ciprés se traslada la Casa de los Derechos Humanos Luis Pérez Aguirre en Barrio Sur, facilitada por el Ministerio de Educación y Cultura. Comienza a realizar acciones conjuntas con el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (Palleiro, 2013) y se integra en 2012 al Programa de Articulación Nacional y Comunitario en Atención en Salud Mental (PANACEA -SM) a partir de un convenio firmado en un marco interinstitucional con el objetivo de trabajar para la inclusión social y la disminución del estigma (Palleiro, 2015). También participa del Grupo de Trabajo para la Nueva Ley de Salud Mental en el INDDHH partir del año 2014. Estos aspectos enmarcan a Ciprés en una “práctica continua en educación y construcción de Derechos Humanos y Ciudadanía” (Palleiro, 2015; s/p).

### **DIÁLOGO ABIERTO: Contextualización y características generales**

*(...) a language for suffering may be born that can give the suffering a voice*

(Seikkula y Olson, 2003. p. 409)

El diálogo abierto surge de la iniciativa del gobierno finlandés por abordar la situación del país con respecto a la elevada tasa de diagnósticos de esquizofrenia. En 1980, la Dirección General de Sanidad de Finlandia se propone elaborar un plan de trabajo para la atención, la rehabilitación y la investigación en torno a la esquizofrenia. El equipo de especialistas conformado para aquella tarea establece las bases de lo que será el Proyecto Nacional de Atención a la Esquizofrenia (Alanen, 2013).

El Proyecto Nacional de Atención a la Esquizofrenia integra el trabajo que se venía realizando en la clínica psiquiátrica de la ciudad de Turku, en Finlandia Occidental. El equipo de la clínica de Turku crea un enfoque específico para abordar los casos

severos de crisis agudas al que denominan “Need Adapted Treatment” (Rakkolainen, Lehtinen & Alanen, 1991) o Tratamiento Adaptado a las Necesidades. Este enfoque entiende la terapia como un proceso continuo e integra diferentes métodos terapéuticos, así como supervisión constante del progreso y los resultados del trabajo. Su objetivo principal es crear un tratamiento adaptado a las necesidades de cada caso, entendiendo que cada proceso terapéutico es único y no puede estandarizarse en un procedimiento general (Seikkula, 2011).

A su vez, el enfoque se propone realizar un cambio en el modelo tradicional de atención, hacia un modelo más optimista (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma y Lehtinen, 2003), utilizando los recursos psicológicos propios de los pacientes en el proceso terapéutico.

El Diálogo Abierto surge dentro de este programa nacional, a partir de la perspectiva del modelo adaptado a las necesidades. Se utiliza por primera vez el nombre “Open Dialogue” en 1995 para referirse a la totalidad del tratamiento centrado en la familia y las redes sociales (Seikkula, 2011).

La base del Diálogo Abierto son las reuniones de tratamiento (Seikkula y Olson, 2003). Éstas son reuniones que se producen para la asistencia en crisis, y son realizadas dentro de las primeras 24 horas en que la familia se contacta con el equipo. Se realizan, si es posible, en la casa de la familia. El grupo, conformado por el paciente, su red social más cercana (familiares, amigos u otros profesionales) y el equipo de profesionales enviados para la tarea, se reúne en un foro abierto circular y da lugar al comienzo del diálogo. La conformación del equipo de trabajo varía de acuerdo a cada situación, teniendo en cuenta la historia previa del paciente. Las reuniones -de frecuencia diaria en caso de ser necesario- duran aproximadamente una hora y media, aunque esta duración es variable según cada encuentro.

Las principales características que definen al modelo de Diálogo Abierto, según sus autores y creadores son: La tolerancia a la incertidumbre, la perspectiva dialógica y el concepto de polifonía (Seikkula y Olson, 2003). También son clave para los resultados

favorables: la respuesta inmediata a la crisis, la perspectiva del problema en términos de redes, la flexibilidad de adaptarse a las necesidades del paciente y la familia, y la continuidad del tratamiento psicológico aún después de la respuesta inmediata (Seikkula, 2011).

La tolerancia a la incertidumbre significa trabajar sin una planificación determinada de antemano, sin hipótesis ni herramientas de evaluación, así como también con las ambigüedades inherentes a la vivencia de la situación de crisis. El equipo concurre a la crisis con la apertura suficiente para escuchar lo que las personas proponen y tienen para decir. Según Seikkula y Olson (2003), la incertidumbre puede ser tolerada si la terapia se experimenta como un lugar seguro. Por esto es importante establecer un contexto terapéutico confiable, de modo de poder contener los miedos y ansiedades provenientes de la situación.

El modo de establecer la confianza que tiene el equipo es legitimando la voz y el punto de vista de cada participante, escuchando y respondiendo todo lo que se plantea en la reunión. Cuando se construye esta tolerancia, surgen entonces recursos “dialógicos” nuevos, que anteriormente no estaban presentes en los modos comunicacionales y psicológicos del grupo. Así es como el grupo por sí solo crea una respuesta o solución a la situación, mediante un diálogo colectivo.

La perspectiva dialógica entiende como punto de partida la comunicación, el diálogo entre las personas involucradas en la situación problemática. Los problemas son entendidos como una construcción social y pueden ser reformulados en cada conversación (Seikkula, 2011).

From a social constructionist perspective, psychosis is a temporary, radical, and terrifying alienation from shared, communicative practices: a no man's land where unbearable experience has no words and, thus, the patient has no voice and no genuine agency (Seikkula y Olson, 2003. p. 409).

Con aportes de la teoría del doble vínculo de Bateson y de la idea de diálogo de Bakhtin (Seikkula y Olson, 2003), este enfoque entiende que las relaciones dialógicas

conciernen al ser humano desde su nacimiento, a partir del momento en que vivimos rodeados de expresiones y respuestas a las expresiones (Seikkula, 2011). Estas relaciones son aprendidas socialmente, y pueden ejercitarse mediante un enfoque terapéutico que legitime la palabra de cada persona.

El objetivo terapéutico es desarrollar un lenguaje común sobre la experiencia de la crisis, entendiendo la crisis como una oportunidad de revisar la trama de relaciones, historias e identidades que construyeron a la persona y su mundo social (Seikkula y Olson, 2003).

El proceso terapéutico requiere de una participación creativa que atiende no solamente lo que las personas están diciendo, sino también los sentimientos y respuestas sensoriales existentes entre éstas (Seikkula y Olson, 2003). El significado no es algo fijo ni intrínseco, sino que es lo que aparece en el intercambio dialógico. De este modo, el principal objetivo terapéutico es dar sentido al episodio delirante.

La polifonía tiene que ver con que no hay un objeto de estudio para este enfoque, no hay una estructura a ser cambiada por la terapia. Si bien en sus comienzos se tomaron aportes de la perspectiva sistémica, ya no se piensa en términos de estructura familiar, sino en términos de red. El "sistema" se crea en el diálogo, la conversación en sí misma construye la realidad.

No se intenta descubrir una verdad particular, sino generar multiplicidad de expresiones polifónicas que den voz a la situación. Se busca dar lugar a que todas las voces se expresen, para fomentar la escucha y el intercambio constructivo, en lugar del pensamiento polarizado de lo correcto y lo incorrecto. La idea es que la red ayude a crear un lenguaje compartido que le de un sentido al sufrimiento. Esto no quiere decir que todos tengan que estar de acuerdo, sino que a partir de los diferentes puntos de vista, se puede llegar a una construcción conjunta (Seikkula y Olson, 2003). La tarea terapéutica es aportar a esta construcción, sosteniendo la situación y habilitando la posibilidad de expresión de todos los participantes.

## **Articulación**

Se propone una articulación entre los enfoques desarrollados, con el objetivo de dar visibilidad a sus modos de intervención y de contraponer estos enfoques con el modelo asilar característico de la psiquiatría biológica (Galende, 2008) vigente en la actualidad en el tratamiento e internación psiquiátricas, particularmente a nivel del Hospital Vilardebó y la Colonia Etchepare (Ginés, s.f).

Para pensar el “modelo asilar”, se toma el modelo de la psiquiatría biológica (Galende, 2008), descrito anteriormente, que se considera predominante en la atención en salud mental en Uruguay y en la región según los aportes de Natella (2017) y Pérez (2017), cuyas principales herramientas de intervención son el diagnóstico semiológico, el uso de fármacos, la institucionalización y (no en todos los casos) las psicoterapias.

En primer lugar, es importante considerar que el enfoque del Diálogo Abierto funciona como parte de un Proyecto Nacional de Atención a la Esquizofrenia (Alanen, 2013) financiado por el gobierno de Finlandia y elaborado por especialistas en base a las necesidades específicas de la población. Por su parte, el enfoque de Ciprés se encuentra en nuestro país funcionando de manera independiente al Estado, pero integrado a una red internacional de Psicoanálisis Multifamiliar como única sede uruguaya, de la que forman parte también Argentina, Portugal, España e Italia (Palleiro, 2012).

Si bien Ciprés ha establecido redes con la comunidad, como son los lazos con la Universidad de la República, la integración al Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) o la participación en el Programa de Articulación Nacional y Comunitario en Atención en Salud Mental (PANACEA -SM), no se encuentra estrictamente integrado a las políticas estatales de Salud Mental en Uruguay, como sí sucede en el caso finlandés.

Sin embargo, se encuentran aspectos en común en ambos enfoques, particularmente en relación a la concepción de enfermedad como construcción social, la horizontalidad en los roles de todos los integrantes del grupo terapéutico y una



concepción del sujeto como partícipe y constructor de su propia historia, y por lo tanto activo en su proceso de tratamiento y en la toma de decisiones con respecto a éste.

Ambos enfoques han demostrado resultados favorables en el tratamiento de personas con diagnósticos psiquiátricos severos. El Diálogo Abierto se destaca por sus efectos favorables en la reducción del uso de medicación y también por la muy baja reincidencia de crisis psicóticas después del abordaje de la primera crisis (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma y Lehtinen, 2003). Por su parte, el Laboratorio de Habilitación Psicosocial – Ciprés, cuenta con escasa sistematización de sus resultados y de los casos clínicos, sin embargo afirman que no existe un “techo” (Palleiro, 2013) para la llamada esquizofrenia e indican la “curación” como un objetivo posible (Palleiro, 2013) que no tiene que ver con la desaparición de los síntomas, sino que “implica fundamentalmente la mejoría de la calidad de vida, tanto subjetiva como objetiva, del individuo, de la familia y de la sociedad (p. 3).

En relación a la concepción de enfermedad, Ciprés se basa en la teoría de García Badaracco. Para esta perspectiva la “enfermedad” tiene que ver con una trama de interdependencias consideradas “patógenas” debido a que tienen un potencial enfermante (García Badaracco, 2006a), que abarca desde los vínculos más “primarios” (García Badaracco, 2007f) o más cercanos, hasta toda la sociedad (García Badaracco, 2009). Este abordaje des-centra el foco del llamado “paciente”, y lo pone a circular en toda la sociedad y sus interrelaciones. El Laboratorio Ciprés, en lugar de denominar las interdependencias como “patógenas” o “normogénicas” (García Badaracco, 2007f), se refiere a ellas como “habilitadoras” o “sometedoras”. Se hace referencia a la noción de “habilitación”, y no rehabilitación, porque el objetivo de las asambleas multifamiliares (Palleiro, 2012) es generar una trama de interdependencias “habilitadoras” del ser, es decir que permitan ser, y que no “sometan” (in-habiliten). En este sentido, proponen una explicación socio-vincular de la locura que, si bien no niega la influencia de una posible predisposición hereditaria (Palleiro, 2012), enfoca su intervención en la posibilidad de construir tramas sociales virtualmente sanas

(García Badaracco 2006a, 2006e). En suma: la salud tiene que ver con vínculos de crecimiento, que permiten la expresión de lo creativo y tienden a una mayor autonomía de las dos partes de la relación. Lo patológico, el extremo opuesto, son las relaciones que no posibilitan el crecimiento y el desarrollo de las personas implicadas. Entre estos dos extremos hay un espectro muy amplio, donde se pueden encontrar diferentes grados de salud y enfermedad, existiendo siempre una combinación de ambas, es decir que coexiste un grado de “salud” en toda “enfermedad” (García Badaracco, 2000). A este potencial sano se le llama “virtualidad sana” (García Badaracco 2006a, 2006e) y tiene que ver con los recursos creativos y genuinos de las personas (García Badaracco. 2006f).

Por su parte, el Diálogo Abierto toma aportes de la teoría del doble vínculo de Gregory Bateson y de la perspectiva dialógica de Mikhail Bakhtin (Seikkula & Olson, 2003). Como se mencionó anteriormente, este enfoque piensa en términos de relaciones dialógicas que son aprendidas socialmente y que por lo tanto pueden deconstruirse mediante nuevas relaciones dialógicas, como es el caso de las reuniones de tratamiento. Desde esta perspectiva, la psicosis es pensada como construcción social, es decir, como una alienación radical de las prácticas comunicacionales que dejan a la persona sin voz y sin posibilidad de una existencia genuina (Seikkula y Olson, 2003).

A su vez, este enfoque se pregunta si es necesario hablar de una enfermedad llamada “esquizofrenia” habiendo en realidad tantos tipos clínicos y tan diferentes pronósticos (Alanen, 2009). Plantean que tanto el enfoque neurobiológico como el psicológico sobre la etiología de las psicosis todavía comparten muy poca cooperación mutua. Según Alanen (2009) esta dicotomía ha tenido un impacto negativo en el desarrollo de los métodos de tratamiento. Para este autor la psicosis es un proceso multifacético en el que intervienen factores biológicos y psicosociales en interacción mutua, y cuyo tratamiento requiere un enfoque integral e individualizado.

En cuanto a las relaciones entre técnicos y usuarios (Ciprés) o pacientes/clientes (Diálogo Abierto), se encuentra que ambos enfoques establecen relaciones de tipo horizontal entre los participantes del grupo de tratamiento, donde todas las voces son no solo necesarias sino también fundamentales en la construcción social del problema y de sus posibles soluciones.

En el enfoque de Ciprés, el modo de entender la asamblea multifamiliar como una trama de interdependencias, asegura que todos los integrantes del grupo están en trama (García Badaracco, 2000). Esto quiere decir que todos los participantes conforman una trama o minisociedad (Palleiro, 2012) en la que están implicados consciente e inconscientemente. A su vez, “el 'contexto multifamiliar' constituye una 'trama social' en la que la locura parece tener un espacio para poder desplegarse” (García Badaracco, 2000; p. 86). El técnico está tan implicado en esa trama como los usuarios y familiares, sin embargo, su rol se centra en poner en evidencia los hilos de la trama con el objetivo de crear un clima o ambiente afectivo (Palleiro, 2013) que permita visualizar las interdependencias que están en juego y potenciar la virtualidad sana de cada persona (García Badaracco 2006a, 2006e). Este rol tiene que ver también con reconocer la implicación en la trama, dejarse afectar por ella y proponer un sentido terapéutico desde ese lugar.

En el enfoque de diálogo abierto se encuentra el concepto de “polifonía” anteriormente mencionado, que implica que todas las voces integrantes del grupo son importantes al momento de pensar la situación problemática. En este caso se piensa en términos de red, y pertenecen a la red tanto los técnicos, como los pacientes, los familiares, personas cercanas al paciente y especialistas anteriores que han trabajado con éste (Seikkula y Olson, 2003). Se da principal importancia al lenguaje de la familia, es decir, cómo la familia, en su propio lenguaje, se refiere a la situación problema (Seikkula et al., 2003). Cada voz es importante para visualizar la construcción del problema y la principal herramienta del equipo técnico es la escucha. En el caso de episodios delirantes, las alucinaciones se toman como una voz más

entre las demás voces (Seikkula et al., 2003). Esto ofrece tranquilidad debido a que las vivencias angustiantes del paciente se vuelven comprensibles como un modo de enfrentar las situaciones de vida extremas que él y su red cercana están atravesando (Seikkula y Trimble, 2005).

Por otro lado, al igual que en el enfoque de Ciprés, los autores del Diálogo Abierto mencionan que los técnicos o terapeutas participan de la reunión respondiendo desde su persona, siendo conscientes de sus propias emociones que resuenan con las expresiones y emociones de los demás integrantes del grupo (Seikkula y Trimble, 2005).

La noción de sujeto como partícipe de su tratamiento en ambos enfoques, se desprende de lo anteriormente analizado. En el enfoque de Ciprés, se piensa la autonomía relacionada a la dignidad de ser persona como un derecho humano fundamental (Palleiro, 2012). Para Palleiro (2012), una responsabilidad ética de los técnicos es tomar acciones concretas frente a las violaciones de los derechos humanos a que están expuestas las familias sufrientes de soledad y marginación debido al estigma y la vulneración social que predispone la locura.

Una persona autónoma, libre e indivisa siente bienestar al formar parte de tramas sociales que garanticen el ejercicio de sus derechos personales y sociales. En este sentido, las sesiones de psicoanálisis multifamiliar se pueden considerar como lugares apropiados (minisociedad) donde se realiza la educación y construcción de estos derechos (Palleiro, 2012; p. 108).

En el Diálogo Abierto, por su parte, todas las decisiones sobre el tratamiento son discutidas y decididas entre todos los involucrados en la reunión, explorando temas intensamente emocionales de una manera tranquila, buscando constantemente contribuciones de todos los participantes (Seikkula y Trimble, 2005). El enfoque terapéutico fomenta el ejercicio de la autonomía, legitimando la palabra de cada persona participante de la reunión. Se refuerza el lado adulto de las personas, habilitando el empoderamiento de éstas con respecto a su tratamiento e incluso en la

construcción de su propio diagnóstico, en lugar de enfocarse en los comportamientos regresivos (Seikkula, 2011).

Acerca del modelo médico psiquiátrico descrito previamente, de predominancia en las intervenciones estatales en Salud Mental, se puede decir que, en contraste con estos enfoques, explica la enfermedad basándose principalmente en sus aspectos biológicos (Galende, 2008) e interviniendo con metodologías que actúan directamente sobre el cuerpo (psicofármacos, terapia de choques eléctricos). Con respecto a las relaciones entre técnicos y usuarios del sistema de salud o, en términos de la ley N° 19.529 (2017) personas con “trastorno mental”, este modelo dispone una asimetría y una verticalidad en el acceso a la información y toma de decisiones. El diagnóstico psiquiátrico es realizado por el psiquiatra o el equipo técnico sin consultar al paciente sobre si está de acuerdo con éste, como tampoco se le consulta sobre su tratamiento. Se puede decir que la persona es infantilizada, en el sentido de que no tiene posibilidades de autonomía y decisión sobre su vida una vez que ingresa en el sistema de salud mental. La información no circula, no es brindada abiertamente al paciente. Este aspecto tiene que ver con la vulneración a la dignidad humana y el derecho a la autonomía como derecho humano fundamental mencionado por Palleiro (2012).

## **Conclusiones**

*Pensar no es una repetición, es algo siempre nuevo y creativo*

(García Badaracco, 2007f; p.12)

A modo de conclusión, se visualiza un recorrido que va de la moralización de la locura (donde la pobreza y la locura pasan a ser asunto de un Estado que las condena junto a todas las manifestaciones de la ociosidad en su insistente búsqueda de ordenamiento y control), a la medicalización de la moral planteada por Barrán (1995). Se propone en este artículo, pensar un tercer movimiento, en que la locura se

encuentra “desquiciando” el orden de las relaciones interpersonales, es decir, desbordando el marco de la moral.

Según el diccionario de la Real Academia Española (2017) el “quicio” es la “parte de las puertas o ventanas en que entra el espigón del quicial, y en que se mueve y gira” (s/p). Des-quiciar sería entonces sacar del marco. A su vez, la expresión “sacar de quicio” tiene que ver con estar “fuera de sí”, fuera de uno mismo; fuera, por qué no, de las reglas de comportamiento morales que rigen a la sociedad. El “desquiciado” suele ser también el loco, aquel que no comparte las reglas de la lógica ordinaria. Desquiciar tiene que ver entonces con el desborde, con aquello que no calza en las reglas lógicas del sentido común.

¿qué es el quicio, si no la forma del sentido común que hace girar y converger todas las facultades? Cada una, por su cuenta y en su orden, resquebrajó la forma del sentido común, que la mantenía en el elemento empírico de la *doxa*, para alcanzar su enésima potencia, como el elemento de lo paradójico en el ejercicio trascendente (Deleuze, 1968; p.217-218)

Quizás por este motivo la locura ya no sea asunto de manicomios; la locura pasa a ser el desborde constante de las territorializaciones morales y de los intentos de ordenamiento y control basados en el paradigma de la representación, de la imagen dogmática del pensamiento (Deleuze, 1968), de la lógica binaria de las clasificaciones y estandarizaciones.

Se sugiere que el modo de comprensión de la locura, tanto en el abordaje de Ciprés, como el abordaje del Diálogo Abierto finlandés, integran una perspectiva que entiende a la locura como ese desquicie que circula en las tramas y que no pertenece a ningún sujeto, sino que tiene que ver con modos relacionales. La idea de relaciones e interdependencias como explicaciones posibles de las formas de existencia locas, que ambas perspectivas comparten, permite pensar lo loco como aquello que circula en las diferentes tramas humanas y que viene a des-quiciar, a des-ordenar y también a denunciar una determinada moral o una determinada vivencia paradójica con respecto

a ella.

A su vez, ambos enfoques realizan un movimiento afirmativo en relación a la locura, al legitimarla como una voz importante de la trama o la red. La locura afirma su existencia mediante estos abordajes.

Sin desmerecer la práctica médica y considerando que el conocimiento científico acumulado hasta el momento es indispensable para pensar los procesos de salud – enfermedad y algunos posibles tratamientos, se propone en este artículo una posibilidad de pensar la locura de una forma diferente. Quizás el incremento de la población psiquiátrica (Ginés, s.f) y la problemática de la “cronicidad” tenga que ver con un modo de pensamiento que se limita a la clasificación de las enfermedades y sus síntomas, dejando por fuera toda una trama o red de interrelaciones que se teje y da sentido a aquello que desde la lógica del sentido común pareciera no tenerlo.

Según Teles (2007) “[l]a racionalidad occidental trae consigo un viejo proceder: negar la diferencia, estrangularla, no dejar su germinación, interceptar su proliferación” (p. 95). Sin embargo esta trama es capaz de desbordar el sentido común y el orden moral impuesto de lo trascendente. La trama de la locura es el plano de las diferencias intensivas (Teles, 2007) escapando a cualquier intento de territorialización. La pregunta que surge es ¿será que para cambiar verdaderamente el paradigma de intervención en Salud Mental, tenemos que cambiar el modo en que pensamos la locura? En la medida en que sigamos pensando en términos de clasificaciones y síntomas, seguiremos reproduciendo un paradigma que encierra, excluye y moraliza modos de existencia que son el sentido mismo de nuestra trama.

## Referencias bibliográficas

- Alanen, Y. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis. Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1(2), 156-166.
- Alanen, Y. (2013). Atención a los esquizofrénicos. En: Ilkka Taipale (ed.) *100 Innovaciones Sociales de Finlandia*. Helsinki: Itämerikeskussäätiö Fundación Centro del Báltico.
- Barrán, J. P. ([1990] 1994a). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II El disciplinamiento (1860 – 1920)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J.P. ([1992] 1994b). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo 1 El poder de curar*. Montevideo : Ediciones de la banda Oriental.
- Barrán, J.P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo 3 La invención del cuerpo*. Ediciones de la banda Oriental: Montevideo.
- Basaglia, F. ([2000] 2008). *La condena de ser loco y pobre*. Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía editorial.
- Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (2017). Comunicado a la opinión pública. Recuperado de: [https://ladiaria.com.uy/media/attachments/ComisionNacionalporunaLeydeSaludMental\\_mayo2017.pdf](https://ladiaria.com.uy/media/attachments/ComisionNacionalporunaLeydeSaludMental_mayo2017.pdf)
- Deleuze, G. ([1962] 1986). *Nietzsche y la filosofía*. Barcelona: Anagrama.
- Deleuze, G. ([1968] 2002). *Diferencia y repetición*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Deleuze, G., y Guattari, F. ([1988] 2004). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.
- Foucault, M. ([1964] 1993). *Historia de la locura en la época clásica (Vol. 1)*, Santafé de Bogotá: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. ([1976] 2009). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México DF: Siglo XXI editores.



- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.
- Fulco, C. (2010). El grupo Ciprés. *Avances en Salud mental relacional. Revista internacional on-line*. 9 (2): Montevideo. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-grupo-cipres>
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- García Badaracco, J. (1989). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- García Badaracco, J. (2006). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal*, (2):59-73 .
- García Badaracco, J. (2006a). Virtualidad sana. En: *Una nueva manera de pensar la mente y la salud mental. Inédito*.
- García Badaracco, J. (2006b). La nueva manera de pensar. *Inédito*. 1-5.
- García Badaracco, J. (2006e). El psicoanálisis multifamiliar: cómo curar desde la 'virtualidad sana'. *Inédito*.
- García Badaracco, J. (2007f). El mundo de las 'interdependencias recíprocas'. *Inédito*.
- García Badaracco, J. ([2009] 2010). El futuro del Psicoanálisis Multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional*, 9(1).
- Ginés, A. (sin fecha). Desarrollo y Estado Actual de la Psiquiatría en el Uruguay. Recuperado de: <http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>
- Grebert, L. (2016). *Cartografía de diálogos entre la locura y el ordenamiento psiquiátrico. Configuración de un atlas de imágenes pensamiento*. Tesis de maestría en Psicología Social. Montevideo: Universidad de la República.

- Ley N° 19.529. (2017). Ley de Salud Mental. *Normativa y avisos legales del Uruguay*, IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Marquez, I. (2009). Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco. *Norte de Salud Mental* (34), 85–93.
- Morin, E. (1988). El Paradigma de la complejidad. En *Introducción al pensamiento complejo*. Recuperado de [http://cursoenlineasincostoedgarmorin.org/images/descargables/Morin\\_Introduccion\\_al\\_pensamiento\\_complejo.pdf](http://cursoenlineasincostoedgarmorin.org/images/descargables/Morin_Introduccion_al_pensamiento_complejo.pdf)
- Natella, G. (2017). Salud mental comunitaria en acción: El problema de la formación profesional. En: Grupo de trabajo en salud mental comunitaria, UdelaR; *Salud Mental, Comunidad y Derechos humanos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Nietzsche, F. W. ([1990] 1996). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral y otros fragmentos de filosofía del conocimiento*. Madrid: Tecnos S.A.
- Palleiro, E. (2012). Psicoanálisis multifamiliar, asambleas y rehabilitación. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*. 2(1), 95-108. Recuperado de <http://cipresuruguay.org/psicoanalisis-multifamiliar-asambleas-rehabilitacion-la-prof-agda-dra-eva-palleiro/>
- Palleiro, E. (2013). Re-Habilitación – 25 Años Pensando Juntos. Recuperado de <http://cipresuruguay.org/c-m-b-i-s-la-prof-agda-dra-eva-palleiro/>
- Palleiro, E. (2015). CIPRES: Historia y actualidad. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com.uy/2015/07/cipres-historia-y-actualidad.html>
- Pérez, R. (2017). ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? La disputa por la noción de sujeto y subjetividad. En: Grupo de trabajo en salud mental comunitaria, UdelaR; *Salud Mental, Comunidad y Derechos humanos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Jean-Luc Nancy ([1993] 2003). *El sentido del mundo*. Buenos Aires: La marca editora.

- Rakkolainen, V., Lehtinen, K. y Alanen, Y. (1991). Need-adapted treatment of schizophrenic processes: The essential role of familycentered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy* 13(6), 573-582.
- Real Academia Española (2017). Definición de “quicio”. En: *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=UpFPyM7>
- Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179-193.
- Seikkula, J. y Olson, M. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*. 42(3), 403-418.
- Seikkula, J. y Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of love. *Family Process*. 44(4), 461-475.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Rasinkangas, A., Alakare, B., Holma, J. y Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC, UdelaR.
- Techera, A., de León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez Messina, L., Miniño, A. y Sánchez, C. (2013). Pasado, Presente y Futuro de las políticas en Salud Mental. En: de León (comp.), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en Salud Mental*. Montevideo, UdelaR-CSIC: Psicolibros-Waslala. (pp. 15-24).
- Teles, A. L. (2007). *Una filosofía del porvenir. Ontología del devenir, ética y política*. Montevideo: Espacio de Pensamiento.
- Carátula:  
Matta, R. (1945) *X-Space and the ego*. 202.2 x 457.2 cm. Centre Georges Pompidou,

Paris. Recuperado de <http://www.matta-art.com/1945.htm>