



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO FINAL DE GRADO

PRODUCCION ARTISTICA Y PROCESOS CREATIVOS

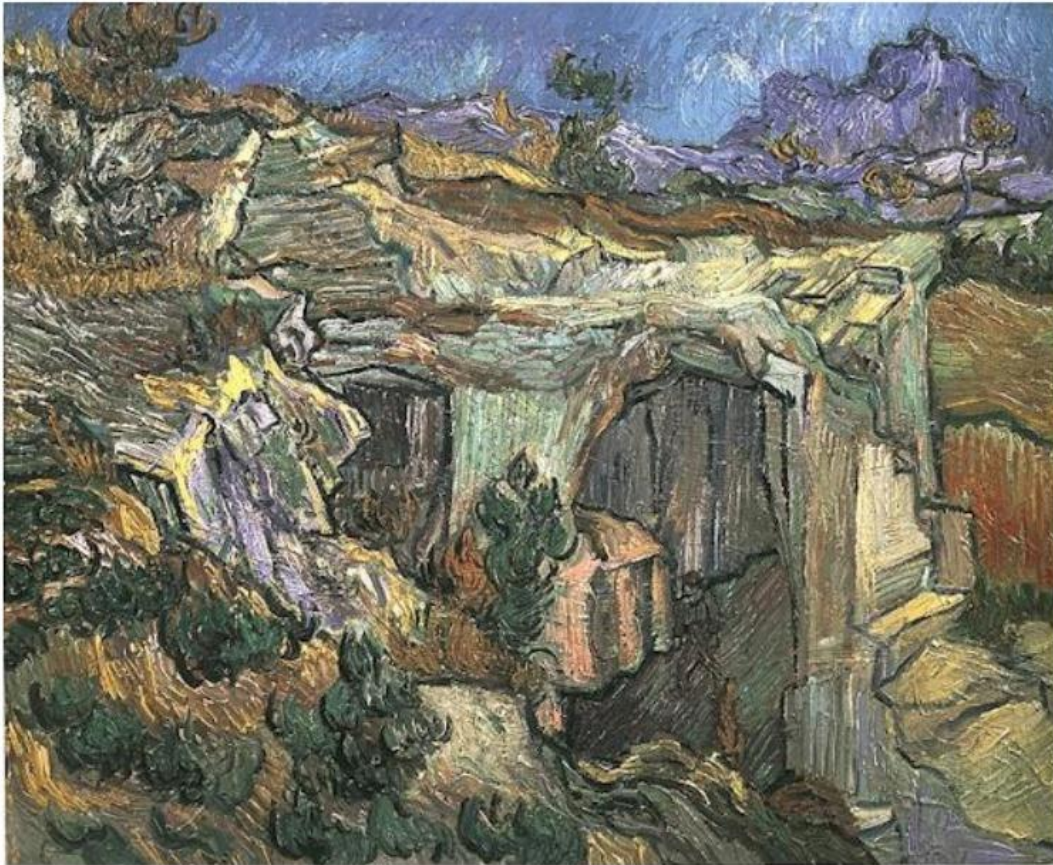
EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.

MARÍA LAURA BURGUEZ MARTINEZ.

C.I. 3.299.717-8

TUTORÍA: Prof. Adj. NELSON DE LEON.

Montevideo, Uruguay, 30 de julio 2014



Entrada de una cantera cerca de Saint-Rémy (Van Gogh, 1889).

Colección privada. Adaptado de *Galería de Van Gogh*.

Recuperado de <http://www.vangoghgallery.com/es/catalogo/pinturas/113/Entrada-de-una-cantera-cerca-de-Saint-R%C3%A9my.html>

“A mí me gusta bastante ‘La entrada de una cantera’, que hacía cuando sentí comenzar ese ataque, porque los verdes oscuros, a mi gusto, pegan con los tonos de ocre; hay algo triste en él, que es sano y por eso no me molesta.”

Van Gogh (1889/1990)

RESUMEN.

En el presente trabajo se intentará dar cuenta de la importancia que conlleva la producción artística y el proceso creativo, dentro del campo de la Salud Mental. Para ello se hará la búsqueda bibliográfica considerada pertinente para abordar la temática, se intentarán dilucidar las definiciones abordadas, que serán puestas en cuestión y qué es lo que se considera proceso creativo en este momento social histórico en el que estamos inmersos. La mencionada búsqueda será apoyada en autores internacionales y del ámbito local, como así también en la experiencia que la estudiante experimentó en la Pasantía dentro del Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó en el año próximo pasado; se mencionará ésta ya que otorga visibilidad a la temática planteada en este trabajo.

Palabras clave: Locura, Salud Mental, Arte, proceso creativo, producción artística, arteterapia, rehabilitación.

INDICE.

1) Contextualización de la Locura, la enfermedad y la Salud Mental.

- 1.a) Construcción de la Locura y la Salud Mental.*
- 1.b) La Medicina Mental y su administración.*
- 1.c) La Salud Mental, la Enfermedad Mental y la Locura.*
- 1.d) El Hospital y su medicalización.*

2) En nuestro país: contextualización de la Locura y la Salud Mental. Dispositivos manicomiales y los que incluyen procesos creativos y producción artística.

- 2.a) El Arte como línea de fuga.*
- 2.b) Arte y cura: un ejemplo desde Brasil.*

3) Perspectivas de Derechos en el trabajo con usuarios, normativas, necesidades y derecho a la producción artística.

- 3.a) Derechos humanos.*
- 3.b) Derecho a la producción artística.*

4) Inclusión de los procesos creativos y la producción artística en los dispositivos de Salud Mental, “Sueño de Libertad”.

- 4.a) Contextualización. Producción artística en el campo de la Salud Mental.*
- 4.b) Rehabilitación Psicosocial.*
- 4.c) Arteterapia.*
- 4.d) “Sueño de Libertad”: un ejemplo de dispositivo de producción artística.*

5) Reflexión crítica. Dos líneas de problematización: entre el proceso de institucionalización y el despliegue creativo.

- 5.a) Institucionalización.*
- 5.b) Despliegue de resistencia y creación.*

INTRODUCCION.

Para introducir al lector en la temática y a sabiendas que el posicionamiento micropolítico es casi imposible, se toman las palabras de Luis Parente, (integrante del Frente de Artistas del Borda¹, ya fallecido) él decía: “el hospital es como una boca grande que te traga, viste...”. Y es así, en nuestro país la sensación al transitar los pasillos del Hospital es similar, con cuerpos que caminan o extremadamente quietos, de horas vacías, de caras pálidas, tristes, sin vida.

A consecuencia de esto el objetivo de producir Arte como herramienta de denuncia y transformación social desde artistas internados y externados posibilita vida y generan un vínculo con la sociedad y entre ellos mismos; cuestionando de esa manera el imaginario social respecto a la Locura

La pérdida de toda identidad del interno, más el desinterés visto a través de los ojos de una situación que se considera sin salida, sumado a su vez a los múltiples despojos que acarrea en su rutina, la persona pierde toda calidad y capacidad de ser humano.

Se podría mencionar a grandes rasgos algunos de ellos, como ser la pérdida y fragmentación de lazo social y afectivo, arrebatamiento de sus deseos e intimidad, invisibilidad de derechos civiles y políticos, todas estas privaciones se naturalizan en mayor o menor medida dentro de la institucionalización que con el tiempo ha herrumbado la sensibilidad, el pensamiento crítico y el deseo de otorgar herramientas para incentivar la capacidad productiva y creativa de los internos.

Dentro de una joven corriente crítica a nivel mundial se han ido gestando movimientos de transformación de la atención de la Salud Mental, de revocación de los manicomios, llamado Desmanicomialización. La primera experiencia fue en Trieste, Italia, dirigida por el Doctor Franco Basaglia, quien logra el cierre del manicomio e introduce nuevos encares de integración comunitaria con internaciones breves, como medida de última instancia.

En el presente trabajo se cuenta con algunos fundamentos teóricos de la Arteterapia, ésta como una concepción del Arte al servicio terapéutico, con articulaciones entre el cuerpo y el pensamiento, donde el artista se integra para hacer Arte. No importando la intencionalidad sino asumir el rol de artista e interactuar con compañeros e interpretaciones

¹ <http://www.frentedeartistas.com.ar/contexto/index.php>

de si mismo que le permitan conocer y descubrir posibilidades que desconocía, que lo potencian tanto a él como a los otros. Esta técnica vislumbra un cambio a nivel social y de hacer frente a nuevas concepciones de la Salud Mental y sus consecuencias clínicas psicológicas, integrando un cuerpo sensible al ya actuante y pensante. Potenciar sensibilidades, podría comenzar a ser, parte fundamental en tratamientos con personas con padecimiento psiquiátrico.

Pretendiendo ampliar y crear esta monografía desde el posicionamiento de entender la Locura desde un bagaje más amplio y con mayores posibilidades de ser y estar en este mundo, más allá de etiquetas y dificultades. Comprender la Locura no siempre como enfermedad sino dando paso a hablar de otras Locuras, como la locura de amar, la locura creadora que apasiona la vida, en la que dejarse llevar por la imaginación, la creación y la producción es su más amplia expresión.

Se parte del supuesto naturalizado de que la normalidad es el bienestar y se desarrollan muchas especialidades para comprender el origen de enfermedades y sus consecuentes tratamientos para volver al individuo sano y feliz. Quienes no lo sean, serán encerrados y alejados de la mirada de las personas aparentemente normales y sometidas a diversos tratamientos aceptados e incentivados socialmente como ser la disciplina y el control, la sugestión y los clásicos chalecos eléctricos y químicos, entre otros destratos.

Llegar a desplegar, que es imprescindible estimular la actividad creativa como sinónimo de Libertad, en todas las personas y específicamente de los encerrados en Hospitales con las características anteriormente mencionadas, es parte fundamental de esta exposición teórica.

1) Contextualización de la Locura, la enfermedad y la Salud Mental.

“En fin, es preciso decidirse, querido Théo; las enfermedades de nuestro tiempo no son en suma más que un acto de justicia, si hemos vivido años de salud relativamente buena, tarde o temprano nos ha de tocar nuestra parte. En cuanto a mí, comprenderás que no habría escogido precisamente la locura si hubiera podido elegir, pero cuando a uno le cae una carga semejante, ya no pesca nada más. Al menos, quizás me quede también el consuelo de continuar trabajando un poco en la pintura”

Van Gogh (1889/1990)

1.a) Construcción de la Locura y la Salud Mental.

Según Foucault (1967) el pensamiento reinante y novedoso por los años 1657 versa en que reunir a todos los pobres en lugares apropiados para mantenerlos, instruirlos y ocuparlos es un gran proyecto.

En 1860 Morel plantea un punto de vista higiénico y profiláctico a partir de la consideración de las enfermedades mentales en las poblaciones más desfavorecidas de la sociedad y las relaciona a las condiciones de vida, sugiere con esto una vigilancia especial a este tipo de poblaciones.

Es así que a fines del siglo XVIII la locura es hospitalizada con todos sus pobres y nace una nueva sensibilidad que deja de ser religiosa para ser social. Es una medida de saneamiento ya que perturba el orden social y sus espacios.

En Alemania, Núremberg durante la primera mitad del siglo XV, se registran 62 locos y 31 son expulsados. Esto es a cargo de los municipios que convierten locos en vagabundos, ciertos locos son curados luego de ser recibidos en hospitales, antes de que se construyan para ellos casas especiales. Por lo tanto, no siempre eran expulsados sino que cada ciudad aceptaba encargarse de sus ciudadanos, vale decir que los cuidados no son tales más allá del presupuesto, son arrojados a prisiones. Tenían accesos denegados como la participación a la iglesia y el respeto público ya que eran azotados, como un juego que consistía en una carrera y los expulsaban corriéndolos con varas. “Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto...” (Foucault, 1967)

En los últimos años del siglo se vuelve el burlarse de la locura cosa seria. Se ve sustituido el interés de la muerte por el de la locura, es un viraje en el interior de la misma inquietud, es la locura que indica que el mundo está próximo a una catástrofe.

Algo más que un siglo más tarde, de las embarcaciones de las barquillas locas se pasa al “hospital de locos” donde todas las locuras anteriores encuentran donde vivir y convivir en un mundo desordenado con mucho orden. El encierro desplazó al embarco. La locura dibuja un nuevo paisaje social con una lógica similar.

Para Foucault (1967) No se puede suponer, ni aun con el pensamiento que se está loco, pues la locura justamente es condición de imposibilidad del pensamiento. No se debería pensar o considerar la Locura con los parámetros de la Razón. Es así que la locura está exiliada, el dominio y la soberanía dependen de la razón y carentes de ella, los locos se encierran.

Más adelante a la función de represión, se le suma una utilidad, ahora se propone dar trabajo a los encerrados y hacerlos útiles al bienestar general, aprovechando la mano de obra más barata posible; entonces todos los pobres y los locos que son capaces, deben trabajar.

El encierro, la vigilancia y la “precaución social” es la creación institucional por excelencia del siglo XVII; donde el loco es percibido como pobre, incapaz de formar parte, trabajar e insertarse a la sociedad.

A fines del S XVIII aparecen formas de pensamiento libertino, en el que la locura se admite como magia, alquimia, algunas formas de sexualidad emparentadas a la sinrazón y la enfermedad mental. Se suman así a los pobres y los locos encerrados los que padecen enfermedades venéreas, se vaticina la unión de la medicina y la moral, el actuar desde una ética médica “terapéutica”, en la que cuidar el cuerpo para que no haya contagio va de la mano de desaparecer el cuerpo, esto se desplaza a la locura en el S XIX.

Recién en los albores de este siglo se empieza a dibujar un problema psicológico que nace del conflicto del individuo con su familia; la familia podría ser el lugar donde de los conflictos nacen con las diversas formas de locura.

Se teme siempre a ser internado, a mediados del siglo S XVIII surge un miedo, en términos médicos, las personas se aterrorizan de un mal misterioso que puede esparcirse desde las casas de confinamiento y se llama a estos médicos para observar a los enfermos, porque tenían miedo.

La locura era el error, la pérdida de la verdad, mas a fines del siglo se comienza a entender que no es que el hombre pierda la verdad sino su verdad. De ahora en más

cuando se refiera a un hombre loco se refiere a que este hombre ha abandonado su verdad y se ha perdido de sí mismo.

Entonces este siglo ha dejado lugar a la locura para que al fin pueda hablar, pero no porque se le presta atención, sino lo contrario, debido a una indiferencia que la aleja, le consigue un espacio y la separa del resto.

Años posteriores a 1968 la liberación del sujeto y la liberación de las masas era una misma lucha.

Dice Castel (1984) que se desencadenaron luchas prácticas y simbólicas respecto a la rehabilitación de la locura, a través de las cuales la utopía de una liberación completa del sujeto se enfrentaba a las limitaciones de la organización social consideradas como arbitrarias, irracionales y alienantes.

1.b) La Medicina Mental y su administración.

En los últimos treinta años, ha comenzado una crítica o una cierta crítica de la medicina mental etiquetada de antipsiquiatría, a esto se suma el análisis a ciertas instituciones y al poder.

De la mano de Castel (1984) se visualiza que a principios de los años setenta, se desarrolla una medicina mental que reproduce la herencia manicomial con una reorganización de prácticas médico psicológicas. Años más tarde se produce una mutación en las nuevas técnicas, la psiquiatría y el psicoanálisis entran en crisis y nace una nueva gestión de lo social. Aparecen estrategias inéditas de tratamiento de problemas sociales a partir de la gestión de las particularidades del individuo. Por un lado la administración de la población y la gestión de los riesgos sociales y por otro lado las innovaciones de carácter lúdico. Éstas intentan intensificar el potencial humano, lo relacional, se trata de la gestión de las fragilidades individuales.

La psiquiatría recibe una fuerte crítica, los italianos ponen en tela de juicio la distribución de las relaciones sociales, los saberes, las competencias, los liderazgos, la explotación económica, la representatividad.

En la función del médico existiría tanto una función social y normativa ya que estos dictan las leyes en materia de enfermedad mental, en la estructura social hay normas que indican que una persona es enferma y otra no.

Siguiendo a Castel (1984) cuando afirma que al loco en vez de curarlo con medios coercitivos hay que ponerse a la escucha y ayudar a los reencuentros consigo mismo acompañándolo en el recorrido de su locura; podría marcarse con esto el inicio del fenómeno social de la antipsiquiatría marcando y detonando una sensibilización exacerbada de la represión. En determinado momento se tuvo la esperanza de construir un conjunto de prácticas alternativas libres del monopolio de los técnicos y apoyadas en formas colectivas y populares de responsabilización de los problemas mentales, los profesionales críticos no encontraron la forma ni las herramientas para apoyar este movimiento. La lucha contra los técnicos necesitaba de alianzas con las fuerzas sociales externas que no tuvieron más respuesta que la indiferencia, quedando coartada la posibilidad de actuar sobre las dimensiones sociales y políticas de la enfermedad mental.

Contrariamente a lo q sucedió en Italia con Franco Basaglia, movimiento crítico iniciado a principios de los años 60, que permaneció mucho tiempo marginal y minoritario, supo implantarse como fuerza social asociándose a corrientes políticas y sindicales. Se opuso a las lógicas de la Psiquiatría arcaica y acabó por reducirla, en el año 1978 el Parlamento italiano voto la ley 180, que programa la supresión de los hospitales psiquiátricos.

1.c) La Salud Mental, la Enfermedad Mental y la Locura.

“Lo que me consuela un poco es que comienzo a considerar la locura como una enfermedad como cualquiera otra y acepto la cosa como tal; mientras que, en las crisis mismas, me parecía que lo que imaginaba era la realidad”

Van Gogh (1889/1990)

Según Amarante (2009) la salud mental es un área extensa y compleja de conocimiento, problematizando esto llega a la idea de que es un campo de conocimiento y actuación técnica en el ámbito de las políticas públicas de salud. Diferencia este campo de problemas con la psiquiatría, alegando que la misma se basa en un tipo de conocimiento centrándolo solamente en un profesional: el psiquiatra. En cambio la salud mental no, se amplía el espectro de conocimiento y se encuentran dificultades para delimitar sus fronteras y límites, además de no solo reducirla al tratamiento de las enfermedades mentales. Tiempo atrás trabajar en salud mental envolvía el hecho solamente de trabajar en hospitales, manicomios o con pacientes ambulatorios y en emergencias psiquiátricas. Gracias a que a nivel mundial se han ido abriendo puertas, se ha ido transformando y ampliando este campo.

Resulta interesante los saberes que Amarante (2009) entrecruza en el campo de la Salud Mental además de la Psiquiatría, suma los saberes de la Neurología, la Neurociencia, la Psicología, los Psicoanálisis, la Fisiología, la Filosofía, la Sociología, la Historia, la Geografía que proporciona el concepto de territorio, fundamental para las políticas públicas, además los sujetos, la sociedad, las culturas, las ideologías religiosas, ideológicas, éticas y morales de todos los involucrados.

Se contrasta enfermedad y salud mental, se toman como opuestos en el sentido que la salud mental es el estado normal y sano, en tanto que la Organización Mundial de la Salud (OMS)² considera “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad” y la enfermedad mental la existencia de desordenes, malestar e insania mental, esto sacando conclusiones contrarias a lo que es el termino salud.

Nos recuerda Amarante (2009) que en los albores del 1700, en su tratado sobre alienación mental, Pinel³ elaboró la primera clasificación de las enfermedades mentales con el concepto de alienación mental y la profesión del alienista. Pinel utiliza la definición de alienación mental ya que llega a cuestionar si sería enfermedad mental o un proceso de naturaleza distinta, consideraba un error buscar las bases de la locura ya que nada era tan oscuro e impenetrable. Alienación mental considerada como un disturbio en las pasiones que produce desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad

Para Baremlitt (1988) existe locura para una sociedad que la define como tal. Locura según este autor se dice a un trastorno que padece alguien por causas micro o macro heredo genética, adquirida, anatomo fisiología, físico química, o electro informática, comunicacional, o bien insuficiencia, desvío o deterioro subjetivo, psico, socio, político, económico, semiótica y culturalmente alterados. O bien lo contrario, locura como un modo de ser y existir singulares que no han conseguido soportar sin producir síntomas graves o inhibir funciones, a las diversas formas de rechazo por parte del mundo “no alterado”, o han sabido situarse en lugares y funciones privilegiadas del socius, en las que su alteración ha sido tomada como una idiosincrasia socialmente tolerable y a veces necesaria. La salud mental es un deber del Estado y un derecho de los pueblos; para eso es preciso un Estado

² <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

³ Philippe Pinel(1745-1826) fue un médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

competente, honesto y solvente así como un pueblo vivo consciente de sus derechos y no corrompido por el Estado.

La salud mental no sería entonces lo contrario a enfermedad mental, sino como se ponen en juego los recursos del sujeto ante las circunstancias de su vida; sería salud como la tarea del cuidado de sí mismo, que supone la capacidad de apropiarse de la responsabilidad por las formas de vida que vamos conformando en la convivencia cotidiana. Una ética de la responsabilidad solo puede surgir paralelamente a la construcción de la autonomía que implica deseo, voluntad y libertad de acción.

Cosa que siguiendo a Galende (2008) con los procesos institucionales se pierde, por ser tan avasallantes para el individuo en su funcionamiento provocando inmovilidad, aislamiento e impotencia.

Según pensaba Freud (Baz, 2007) la salud mental se expresa en la capacidad de amar y trabajar que es también la recepción del otro y la voluntad de transformación de uno mismo y del mundo. Pensar como nos habitan y como habitamos las instituciones interpela nuestra experiencia de lo colectivo.

1.d) El Hospital y su medicalización.

“Con que ya llevo aquí muchos días encerrado bajo llaves, cerrojos y guardianes en el manicomio, sin que mi culpabilidad esté probada o sea probable. No hace falta decir que en el fuero interno de mi alma tengo mucho que replicar a todo esto.”

Van Gogh (1889/1990)

Philippe Pinel inicio su obra de medicalización del Hospital General en Paris y pasó a dirigir dicho hospital, quedo reconocido como el fundador de la psiquiatría y de los primeros hospitales psiquiátricos. Pinel propone liberar los locos de las cadenas pero no así de un tratamiento asilar bajo completo aislamiento, este “tratamiento moral” tiene como principio fundamental el aislamiento del mundo exterior aun hoy no del todo superada en las prácticas psiquiátricas de nuestro país. Para él y quienes lo sucedieron la locura es controlable y allí esta contenido el principio psiquiátrico de la cura: es necesario imponer la constricción del alma, la persuasión por la autoridad del médico y el reconocimiento por el loco de su razón desviada. Es así que el manicomio y los instrumentos de disciplinamiento y corrección son intrínsecas a este pensamiento y derivan de una corrección moral, no en vano al principio Pinel denomina “tratamiento moral” a las propuesta de cura.

El hospital pineliano se vuelve institución médica, como se menciona anteriormente, con fines de producción de conocimiento ya que las personas allí presentes eran tomadas como objeto de estudios, observadas, estudiadas, comparadas, analizadas, clasificadas. Entre las estrategias más importantes del tratamiento moral estaba el trabajo terapéutico que básicamente consistía en la reeducación de las mentes perturbadas y las pasiones incontrolables. Si el alienado era carente de Razón plena y esta es la que nos dista de otras especies existe un obstáculo para considerar a alienado un ciudadano; momento histórico de construcción del concepto de ciudadanía como responsabilidad y posibilidad de convivir y compartir, entre otras. Esta estrategia fundamental es la que ahora sostiene la vida del hospital y el encierro de los locos.

Por entonces se debatía si quien atendía y entendiera la locura debería ser médico o filósofo ya que una de las premisas de la época era que; los locos más o menos todos razonan.

Contemporáneamente el consumismo, según Galende (2008), es parte de una nueva subjetividad y está destinado a ofrecer a través de todo consumo la posibilidad de ser otro de lo que se es, ya no es la historia sino el consumo el que forja la identidad como ejemplo están las drogas psicoactivas, éstas tienen la magia de acordar una suspensión del ser, alimentar en minutos el no ser lo que se es. Las drogas ilícitas suspenden por un tiempo el peso de la conciencia, permiten “ser otro” bajo sus efectos. Éstas, continúa con los psicofármacos comparten mecanismos de acción y tienen la misma función, o sea suspenden la conciencia alterada del presente o la existencia o el peso del pasado. El mismo fármaco usado para diferentes síntomas atenúa, no se pone en cuestión al consumidor por la razón real de su estado de ánimo, su identidad o la coherencia que tiene su vivencia, lo adormece de la realidad pasada o presente.

Señala Grandinetti⁴ (Galende, 2008), que al querer humanizar al loco, la medicina deshumanizó la locura, y no por haberla excluido de la categoría de lo humano, sino porque la extendió a un territorio en el que habita el cuerpo reducido a supuestos físico-químicos. El riesgo de un suministro acrítico del tratamiento de medicación que sirva al mantenimiento de un “orden y un silencio” que recuerde la paz de un cementerio. El chaleco químico no solo responde al control disciplinado de los cuerpos sino que puede convertirse en un factor de cosificación que desatienda las particularidades del sujeto, referente al pasado, presente y primordialmente a su porvenir.

⁴ José Grandinetti es Psicoanalista, Fundador de **la Escuela** de Psicoanálisis del Hospital Borda, Jefe del Servicio de Atención Psicoanalítica del Hospital Borda y Ex-Docente de **la Carrera** de Medicina y Psicología

Siguiendo a Amarante (2009), aparece a principios del SXX una nueva figura que considera al trabajo un medio terapéutico que estimula la voluntad, la energía, eran llamadas colonias de internados, alienistas brasileños como Waldemar de Almeida fue adepto a esto. Se crearon decenas de colonias, prontamente éstas se convirtieron similares a los asilos tradicionales.

Luego de las dos Guerras Mundiales se produce un proceso de sensibilización en el que las personas fueron capaces de correr la mirada hacia esto y pueden descubrir las condiciones de vida ofrecidas a los internos que poco distaba de los campos de concentración; con esta clara muestra de ausencia de dignidad nacen las primeras experiencias de reforma psiquiátrica.

Considera Basaglia (2008) que la psiquiatría tenía un mal oscuro que era el de separar la enfermedad del sujeto y del cuerpo social. Al considerarla como un objeto natural y casi externo al hombre la psiquiatría se ocupó de ella y no del sujeto que la vivencia. La propuesta de Basaglia fue revertir esto y ocuparse del sujeto en su experiencia. Hablaba de poner la enfermedad entre paréntesis en vez de al sujeto, esto implica no la negación de las dolencias y sufrimientos causados por la enfermedad sino dejar de cosificar e invisibilizar al sujeto y a la experiencia humana. Nada parecía referir al sujeto sino a la enfermedad.

Entonces con la enfermedad entre paréntesis, como propone Basaglia, estaríamos frente al sujeto y no a la enfermedad esto permite la ampliación de la noción de integralidad en el campo de la salud mental y la atención psicosocial. Los hospitales entonces no son lugares de control, exclusión, vigilancia y represión sino entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de cuidado e intercambios sociales que trabajan con personas y no con enfermedades potenciando la sociabilidad y la producción de subjetividades.

Se traza para Amarante (2009), por todo lo antedicho una superación del modelo manicomial transformación del modelo hospitalario en moderno, higienizado, humanizado, asambleas, reuniones, clubes, grupos principios fundamentales en la propuesta de salud mental y atención psicosocial. Rescate de la cultura, la familia, la sociedad los vínculos amigables y sociabilizantes. El hospital, reflexiona Amarante, no fue siempre una institución médica como hoy se le considera, sino que fue creada en la Edad Media como institución de caridad luego de un tiempo se transforma en institución médica, hasta ese momento la locura y los locos tenían muchos significados, de demonios a endiosados como así los lugares y espacios en que se los encontraba como calles, guetos, hospicios, cárceles, iglesias y hospitales. En el siglo XVII surge una nueva modalidad de hospitales que comienzan a cumplir una función de orden social y político con esto es el nacimiento del

Hospital General creado por el Rey de Francia en 1656, que según Michael Foucault denominó como nuevo lugar social para el loco y la locura de la sociedad occidental; en sus escritos refiere a esto como “La Gran Internación” o “El Gran Encierro”.

Desde Goffman (1988) se entiende que la situación del paciente internado; el ingreso de los internados general y mayoritariamente no es por elección propia, no es voluntario y acarrea esto una especie de moldeo institucional al recién llegado. El hospital, equiparándolo con una cárcel, modifica al interno, lo recluye de su medio y le ofrece un mundo propio con lógicas diferentes, en el que puede vivir más o menos presente, ya que las posibilidades de no estar altamente drogado con tendencia depresiva, somnoliento o bajo los efectos paralizantes del electroshock son en posibilidades reales muy escasas. Además antes de la internación la persona traía un estilo, una apariencia, una forma particular de presentación, para sostener ésta necesita de cosas, cosas no solo de aseo personal sino pertenencias que con el correr de los días -o inmediatamente- le son arrebatadas (aparece entre los internos la figura de venta o trueque de cosas), perdiendo así no solo el vínculo casi total con su entorno, sino también con su imagen frente al espejo y su presentación hacia los demás. Se piensa esto como un proceso de homogenización.

Las técnicas y tendencias reinantes en este espacio físico no solo son limitadoras con sus muros altos, separación en pabellones de hombres y mujeres, patios vacíos, sin árboles ni ninguna expresión de vida, rejas, puertas cerradas y puertas que solo abren los vigilantes desde su cabina con un timbre con el que hacen el filtro de quienes “están aptos” a ingresar al espacio de recreación y quienes no lo están ya que causarían problemas. La censura del contacto con el afuera es notorio, no solo en la parte edilicia del mismo, si no en sus caras, gestos, no gestos y sus múltiples diálogos de tristeza y soledad, el afuera se vuelve entonces casi una fantasía, un cuento de un mundo mejor, una utopía...

Como relata Goffman (1988) la información que maneja el personal del Hospital en lo referido a los planes para los internos se maneja de forma confidencial, dice que es característico mantenerlos en la ignorancia de las decisiones que se toman respecto a ellos en lo referente a su destino, esto responde a un trato de orden militar, a ejercer un poder sobre ellos, a guardar distancia -y porqué no a mantener bien marcadas las diferencias- a un dominio de la libertad por sobre un trato respetuoso y humano. Se trata de un tema de lugares, con diferentes sentires, roles bien marcados y antagónicos, la mayoría del personal que allí trabaja califica y considera a los usuarios indignos de confianza además de sentirse superiores y justos, mientras que los internos los consideran autoritarios y miserables sintiéndose así inferiores y débiles.

El Hospital resulta la alternativa para lidiar con la locura pero también como cronificador de la enfermedad y como una red de aislamiento, apatía, e incomunicación. La familia del interno se reorganiza inmediatamente y deposita, personifica toda su locura en el pariente-paciente internado además del abandono físico y negligencias varias a las que lo someten.

Tomando conceptos del antropólogo Levi Strauss que clasifica las sociedades y sus tratamientos de lo normal y anormal, una de sus clasificaciones atiende a la denominada "Antropoemia" (emein, vomitar) en las sociedades avanzadas, razonan Techera y Apud (2009), es la expulsión o proyección paranoica de los acontecimientos sociales no deseados que generan malestar, improductividad y miedo. Esto a través de rituales de expulsión pero también de encierro como nuestros hospitales psiquiátricos de hoy.

2) En nuestro país: contextualización de la Locura y la Salud Mental. Dispositivos manicomiales y los que incluyen procesos creativos y producción artística.

“Aunque haya aquí algunos enfermos muy graves, el miedo, el horror que yo tenía antes de la locura, ya se ha suavizado mucho.”

Van Gogh (1889/1990)

Las concepciones y formas de las llamadas enfermedades mentales en nuestro país, se discuten desde fines del siglo XIX, cuando se inaugura el Hospital Teodoro Vilardebó y más adelante, en los comienzos del siglo XX con la creación de la Colonia Etchepare y Santín Carlos Rossi que ubicaban al país en destacamento de las llamadas enfermedades mentales en América Latina, con el modelo de centros de internación de Europa y Alemania que prometían el avances de los tratamientos utilizados hasta el momento.

En Uruguay las primeras internaciones por trastorno mental datan del año 1778 en el Hospital de Caridad en Montevideo, el primer nosocomio llamado Asilo de Dementes funciona en la quinta de Miguel de Vilardebó en 1860. En 1880 se inaugura el Manicomio Nacional -actual Hospital Vilardebó- que en sus inicios fue un impulso de modernizar el país. Creció rápidamente y para 1910 había ya más de 1500 personas. A medida de evitar la aglomeración se crea en 1912 la Colonia Etchepare y ambos comienzan a funcionar como centros de contención para las capas sociales más vulnerables; esta aglomeración continua hasta nuestros días donde la institucionalización de las personas amplia las camas disponibles en ambos centros.

En la segunda mitad del siglo pasado ambos centros llegaron a contener alrededor de 5.000 personas, en un promedio de 18 internados cada 10.000 habitantes, una de las más altas del mundo. El hospital Vilardebó responde a la aún presente necesidad social de la “ortopedización” de los pobres. Las personas que llegan a ser internadas al hospital Vilardebó no tienen el recurso de acceder a otro tipo de alternativa, más que la Colonia Dr. Bernardo Etchepare, acerca de la cual no se profundizará en este trabajo, pero de la cual a grandes rasgos puede decirse que comparte las características esenciales.

Puede encontrarse en la página web de la institución la siguiente información: “El Hospital Vilardebó es el único hospital psiquiátrico de referencia de pacientes agudos de Montevideo, inaugurado el 21 de mayo del año 1880, ubicado en Millán 2515. En la época Colonial los etiquetados como “Locos” eran marginados por la sociedad y vagaban por las calles mendigando, siendo a veces detenidos y reclusos en los calabozos del Cabildo

donde compartían la reclusión con personas comunes, las mujeres eran a veces enclaustradas en las celdas del Convento de San Francisco.” ... “Fue en 1910 que el Manicomio recibe el nombre del médico uruguayo Teodoro Miguel Vilardebó, médico naturalista e historiador. En sus comienzos el hospital fue el mejor de América Latina; en 1915 el Hospital llegó a tener 1500 pacientes internados”.⁵

Dice Barrán (1995), que el manicomio estatal fue un espacio donde la autoridad médico-burguesa del Novecientos ejerció el control social de los marginados y rebeldes del sistema en pro de su disciplinamiento. El encerrado fue el elemento díscolo de las clases populares, al grado que de los hombres internados en el Hospital Vilardebó en 1896, el 82% de los que habían declarado profesión lo habían hecho con los oficios de los pobres: jornaleros (el 53%), albañiles, carpinteros, herreros, marineros, sirvientes, entre otros.

Afirman los De León y Fernández Romar (1996) que no es necesario recurrir a datos estadísticos para comprobar que el 90% o más de los internados en los manicomios nacionales provienen de los sectores más carenciados. Son trabajadores rurales, obreros, empleadas domésticas, esposas de jornaleros, etc. Basta con haberlos visitado alguna vez y haber tenido algún contacto con quienes allí se encuentran. Tampoco es necesario ser un especialista en el tema o haber leído al respecto para ver en la vasta muestra de locura que revelan los manicomios, las secuelas finales de la insalubridad, subalimentación promiscuidad y alcoholismo. Y aquí hablamos del presente.

El modelo de atención en salud mental en nuestro país, que es predominantemente manicomial, se encuentra sustentado por la vieja ley del 1936, Ley 9581 “Asistencia a psicópatas” la que organiza la asistencia psiquiátrica. La misma ha regido hasta fines del sesenta gracias al informe de Chainot⁶ en 1968, quien diagnostica las carencias del modelo de atención en salud mental centrado en el manicomio y la urgencia necesaria de avanzar hacia la transformación del modelo asilar. Durante la dictadura del país que va de los años 1973 a 1985, se produce un quiebre y la reapertura democrática trae consigo el comienzo de políticas públicas dirigidas a la salud mental y se constituye y se aprueba por el Ministerio de Salud Pública en 1986 el Programa Nacional de Salud Mental. Este plan tenía como cometido la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de salud mental en hospitales generales, la descentralización del servicio hacia el interior del país, la creación de centros de rehabilitación.

⁵ <http://www.hospitalvilardebo.com.uy/>

⁶ Consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

El chaleco químico en Uruguay ha predominado en el tratamiento de la salud mental y excede el campo de las drogas llamadas ilegales, el consumo autoadministrado y recetado ha crecido exponencialmente, nuestro país en la década de los 90s registraba el mayor número de consumo de ansiolíticos en la región con un 40 por ciento de la población que consume sedantes. El tema es en el campo de la salud mental bajo que dispositivos de rehabilitación y tratamiento psicoterapéutico se enmarca este consumo. Claro está que nunca debería centralizarse en un único dispositivo asistencial, sino en forma integral y abarcando todos los niveles involucrados.

2.a) El Arte como línea de fuga.

“Felizmente Gauguin, yo y otros pintores, no andamos armados todavía de ametralladoras y otras nocivas máquinas de guerra. Por mi parte yo estoy muy decidido a no tener más armas que mi pincel y mi pluma.”

Van Gogh (1889/1990)

Siguiendo la exposición de Baremlitt (2007), este autor considera que el arte no consiste en sus resultados, sino en su proceso. El arte es un productor de preceptos y de afectos, que crea con la materia prima de las percepciones y las sensaciones así como de las afecciones. Tales preceptos y afectos son la “obra” de Arte, son el “ser” de lo artístico. Lo que conocemos como “producto” del Arte, es una cartografía de viaje capaz de suscitar en el intérprete, o en el degustador, o en el paisaje melódico, preceptos y afectos igualmente intensos, pero ya diferentes. Éstos son expresiones de la idea que es suscitada a expresarse con los materiales que convocan a la idea a expresarse. Los síntomas y las inhibiciones, así como los delirios y los sueños son tentativas espontáneas de “cura”, no del sujeto sino del proceso. Tal vez por eso hablar acerca de, y practicar Arteterapia sea, al mismo tiempo, una estrategia respetable y un pleonismo. El Arte es cura, si por cura se entiende la restauración de un concepto de locura que siempre fue la salud de los artistas. El arte de vivir, Arte que tiene como fin y como medio de la libertad.

2.b) Arte y cura. Un ejemplo desde Brasil.

Etimológicamente la palabra arte viene del latín ars, artis y se refiere a aquella obra o trabajo que expresa mucha creatividad. Artis tiene origen indoeuropeo y refiere a hacer, colocar, ajustar.

El arte en Techera y Apud (2009) se vincula con lo terapéutico en el sentido que le permite al sujeto realizar un movimiento de reapropiación subjetiva de los afectos que lo recorren, la producción artística en el campo de la rehabilitación psicosocial permite

materializar impulsos y sentimientos que se crean y a su vez reelaborar el vínculo social, reconocer las relaciones con el otro, reconfigurar vínculos. Reconocer el ser sujeto para el loco y reconocer su intención artística como otra forma de comunicación, siguiendo a De Leon (1997) es una actitud ética que todo técnico debería desarrollar en el campo de la salud mental. En sus palabras:

“La locura constituye un estado de sitio, un estado de marginación con el cual no hablaremos sino manejamos el lenguaje de las determinaciones que esto implica. Estableceremos monólogos, como en muchas ocasiones sucede, donde a la persona que debemos “ayudar” siempre le “toca jugar de visitante” Manejar este lenguaje alude a nuestra ética, hace referencia a tomar partido en cuanto a aquellas determinaciones institucionales que coproducimos en la relación que se establece entre el técnico y la persona paciente”⁷

En Brasil, en un Centro Psiquiátrico de Rio de Janeiro, desde 1946 hasta 1974, se comenzó a trabajar en un sector denominado terapia ocupacional y rehabilitación de la mano de la Dra. Nise da Silveira. Una de sus estrategias se llamo 17 núcleos de activación en los que se encuentran trabajos manuales, música, danza, teatro, pintura y demás. Sus fundamentos principales iban abocados al fortalecimiento del ego, el relacionamiento con el medio social y la posibilidad de expresión. La idea era dar cabida a que los síntomas emergieran para luego despotencializarlos, le resultaba importante que los mismos comenzaran desde un nivel no verbal. Las resistencias institucionales aparecieron prontamente viendo efectivizadas en la no derivación de personas al sector.

Para ella la creatividad es un catalizador y por intermedio de esta las sensaciones, emociones y pensamientos se reconocen entre sí, se asocian y los conflictos internos adquieren forma.

Los resultados de las obras producidas sorprendieron por el gran nivel de creatividad de los pacientes, en 1947 se realiza la primera exposición pública de las pinturas en el Ministerio de Educación de Rio de Janeiro, más tarde el director del museo de arte moderno propone realizar una muestra allí. Esto fue para Nise una muy buena oportunidad de tomar contacto con las personas interesadas en la problemática de la salud mental, la exposición tuvo importante repercusión en los críticos de arte más no así entre los psiquiatras que eran el público que se pretendía sensibilizar. La mayoría de los mismos se negaba a ver las

⁷ En: “Locura y cronificación II” Jornadas de Psicología universitaria. Nº 5, Montevideo. 1997

obras con la excusa de que la producción reflejaba síntomas y ruina psíquica de las personas.

Sin embargo Nise, respaldada por la influencia de Jung, vio en las obras de sus pacientes una búsqueda de armonía y una recurrencia a imágenes que se vinculan a mitos ancestrales, algunas imágenes eran mandalas, lo que muestra una tendencia del psiquismo a compensar el caos interior y a buscar un punto central para reconstruir la personalidad dividida. Comienza a pensar la psique como un sistema vivo, autónomo que se regula en dirección de la cura y la salud. Se expresa a través de la creación el si mismo y a su vez se crea algo nuevo que produce transformaciones y efectos en la realidad interna y en la compartida. Trabaja con el concepto de afecto de Spinoza en el que se piensa que un buen encuentro puede generar un afecto que favorezca la cura. Integra así las nociones de afecto y catalizador en que se estimula la creatividad y promover lazos de comunicación con el mundo compartido. Crear un clima adecuado y un ambiente acogedor para motivar la libertad de la creación.

Otra de las preocupaciones de Nise eran las frecuentes reinternaciones que lleva a pensar que los pacientes deberían ser mejor preparados para el alta y el regreso a la comunidad. Así surge la Casa de Palmeiras una institución puente entre el hospital y la comunidad, allí se trabajaba en terapia ocupacional. Esta casa da la posibilidad de pasar a un ambiente de vida en comunidad y en familia.

3) Perspectivas de Derechos en el trabajo con usuarios, normativas, necesidades y derecho a la producción artística.

3.a) Derechos humanos.

Desde la representación jurídica Kakuk (2008) define: “Los derechos humanos llevan intrínseco el concepto de libertad en sentido jurídico y son propios del hombre por su condición humana. No son declaraciones de reconocimiento que realiza el Estado, sino una realidad esencial del ser humano. El estado debe garantizarlos y reafirmarlos”

Como se viene haciendo referencia a lo largo del trabajo, se hace evidente la estigmatización y expulsión de los enfermos mentales y como han sido históricamente discriminados y vulnerados sus derechos. Como dice Kakuk (2008) en lo referido a estas personas que las mismas han sido “pensadas, habladas y actuadas por otros”

En el año 2005 en nuestro país sucedió un viraje en lo referente a Salud y Salud mental en particular; el gobierno de izquierda promueve la participación de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa de Salud Mental con el objetivo de la creación de lineamientos dirigidos a la Salud mental, prestaciones, perspectivas vinculadas a aspectos culturales, legislativos y de derechos humanos consecuentemente. Esta mencionada Comisión desde el subgrupo de Legislación y Derechos Humanos en Salud Mental emprendió la redacción de un anteproyecto de ley de Salud Mental desde una óptica de DDHH; en la que se intenta reafirmar la calidad de sujeto de derechos la construcción de ciudadanía, la colaboración de usuarios y familiares en todo lo referente a Políticas de Salud Mental a efectos que se vean comprendidas todas las necesidades.

Según Galende (2008) la fuerte defensa actual de los Derechos Humanos, responde a esta creciente trasgresión de los valores humanos, ya que contienen un núcleo ético que le es esencial, en tanto se trata en definitiva de ajustar los comportamientos entre las personas a determinadas normas éticas. En las prácticas de Salud Mental, el problema central surgido a partir de la crítica de las instituciones manicomiales y las prácticas psiquiátricas ha unido fuertemente la defensa de los Derechos Humanos de los pacientes al control del comportamiento ético de los profesionales, especialmente de los psiquiatras; con el fin de construir relaciones justas y racionales entre quienes producen sufrimiento mental y quienes deben atender ese sufrimiento.

En materia de Derechos Humanos en Uruguay se incorporó la Convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, a través de su ratificación por la ley 18.418 en 2008 que sumada a la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de la OEA son dos pilares en el abordaje de la discapacidad, por lo tanto en la Salud Mental.

Es menester realizar un recorrido histórico del marco jurídico nacional e internacional, siguiendo los aportes de Ottonelli⁸ (2013):

- Ley n° 9581 del año 1936 dicta que los establecimientos psiquiátricos deben estar a cargo de un médico psiquiatra y autorizados por el MSP creando la Inspección General de Psicópatas.
- Ley n° 11,139 de 1948 crea el Patronato del Psicópata, la misma se propone el reintegro del enfermo a la Sociedad, determina la creación de talleres para capacitar y dar trabajo a los enfermos, luego un Decreto crea el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica.
- Ley 13.711 de noviembre del 1968 declara obligatoria la denuncia al MSP de todo menor con diagnóstico de retardo mental. Se inscribe en el Registro y se garantiza el secreto, queda a cargo del Poder Ejecutivo la organización de los servicios médicos, educacionales, de rehabilitación e internación, se duplica en caso de ser necesario la asignación familiar de los inscriptos.
- El Plan Nacional de Salud Mental surge en 1968 de una resolución del MSP y en su elaboración participaron el ministro, la universidad, familiares y asociaciones profesionales. No tiene apoyo económico pero sirve de documento que respalda la renovación, el desarrollo de talleres de rehabilitación, capacitación a familiares y se abren salas psiquiátricas en hospitales, se renuevan y aparecen nuevas instituciones públicas y privadas de atención psicosocial, se habilita la atención de base comunitaria.
- La Declaración de Alma Ata en setiembre de 1978 señala como grave la desigualdad en el estado de salud de la población y declara que el Pueblo tiene derecho a participar en la planificación de su atención en salud.

⁸ Abogado, integrante del instituto de estudios legales y sociales del Uruguay, egresado de Derecho Internacional de los Derechos Humanos para jueces y abogados, en Salud Mental en Debate.

Resume que deberían destinarse mayores recursos a la atención primaria en salud y denuncia los recursos destinados a armamentos.

- En el año 1990 La declaración de Caracas, ampara una reestructura en la atención psiquiátrica diciendo que la misma no es compatible con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Considera a la atención primaria en salud una estrategia. Pide la promoción de modelos alternativos centrados en la Comunidad y dentro de las redes sociales, realizando a la vez una fuerte crítica de la centralización que ejerce el Hospital Psiquiátrico; solicitando respetar la dignidad personal, los derechos del paciente y la permanencia en su medio comunitario. Respalda que las internaciones psiquiátricas se realicen en los hospitales generales.

La anterior declaración marca un punto de inflexión en la temática, en la misma se propone abandonar las lógicas manicomiales y comenzar a desarrollar la atención comunitaria centrándose en la perspectiva de derechos de la persona más allá del enfermo mental.

- Las Naciones Unidas en 1991 elaboran los Principios sobre la protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la salud mental, versan que todas las personas con enfermedad mental tienen derecho a la mejor atención y a contar con un defensor de sus derechos, tendrán derecho a vivir y trabajar y a ser atendidos en su comunidad, en lo referente al tratamiento serán atendidos de acuerdo a las normas medicas internacionales y serán protegidos de la administración injustificada de medicamentos. La información sobre su enfermedad es confidencial, el tratamiento será aceptado por el paciente o su representante a través del consentimiento informado. Está prohibida la esterilización como tratamiento. Comprende normas sobre equipos técnicos, requisitos de internación, órganos de control y garantías por la vigencia de los derechos humanos.
- En 1995 con la motivación de concretar realizaciones en el Campo de la Salud Mental surge la Declaración de Montevideo que entre otras da importancia a que la atención en este campo exige una reestructura y que la internación es para casos estrictamente necesarios y se implementan programas de rehabilitación accesible a todos.

- En el año 2007 La convención internacional de NN.UU sobre los derechos de las personas con discapacidad que incluye a los enfermos mentales y es aprobada en Uruguay en el 2008 con la Ley 18.408; promueve la instalación de bienes y servicios que favorezcan y ayuden a superar y adaptarse a la discapacidad, hay discriminación y debe lucharse contra la misma. Condena la explotación y consagra el derecho a la inclusión social, la rehabilitación, trabajo y a la asistencia personal y protección social, a fundar una familia y a acceder a la educación inclusiva.
- La ley 18.651 la Ley Nacional: protección integral a los derechos de las personas con discapacidad del año 2010 amplía y completa los derechos consagrados en la Convención mencionada anteriormente. Crea la Comisión Honoraria de la Discapacidad.
- Instauración del Sistema Nacional Integrado de salud: con la ley 18.211 del 2007 se incorporan Sevicios en un amplio “Plan de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud”
- La incorporación de los programas psicosociales y la psicoterapia al SNIS fueron una iniciativa de la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas a partir de 1987, marcando un notorio avance ya que a esto anteriormente podían acceder quienes tuvieran recursos económicos para hacerlo. Participaron del programa diversas orientaciones que a su vez emplearon técnicas tanto individuales y grupales como familiares. Estas y otras experiencias universitarias permiten poner en marcha el Programa de Formación en Psicoterapia en Servicios de Salud y crear la Federación Uruguaya de Psicoterapia. Todas ellas aportan al decreto del Poder Ejecutivo de agosto del 2011 el carácter prioritario de la salud mental en el SNIS y la incorporación de prestaciones psicosociales y psicoterapia ampliando por primera vez el derecho a estos servicios. (Ginés, 2012)
- En el año 2007 la Comisión Asesora Técnica Permanente del MSP comienza a redactar un *Anteproyecto de Ley se Salud Mental*⁹ respondiendo a la

necesidad imperante de que cobre obligatoriedad legal el cumplimiento de los derechos de los usuarios.

Si bien anteproyecto de Ley de Salud Mental no ingresa al ámbito parlamentario constituye un importante aporte en lo referente a dar visibilidad a los derechos, en el Artículo 1º como objetivo aclara que:

“La presente Ley tiene por objeto garantizar en la República Oriental del Uruguay el derecho humano a la salud mental de todas las personas, tanto en forma individual como familiar, grupal o comunitaria, así como su calidad de sujeto de derecho, no perdiéndose, ni suspendiéndose ésta, en ninguna circunstancia”

Su Artículo 10º representa el Derecho a la Cultura. “El Estado garantizará que la/os usuaria/os y sus familias, accedan, se integren y participen en actividades culturales y deportivas, entre otras. Procurará que tengan la oportunidad de utilizar su capacidad creadora, artística e intelectual, no solo para su propio beneficio, sino también para enriquecer a la comunidad. Se hará hincapié en las formas artísticas tradicionales y contemporáneas.”

3.b) Derecho a la producción artística.

Se reconoce en el anteproyecto de Ley de Salud Mental en el Artículo 1º la concepción de la salud mental como inseparable de la salud integral. Parte del reconocimiento de la persona en su integralidad y en su dinámica de construcción histórica, genética, biológica, psicológica y socio-cultural y de la necesidad de lograr las mejores condiciones posibles para su preservación y mejoramiento.

Implica la capacidad de participar en las manifestaciones del entorno, promoviendo el desarrollo físico, intelectual, afectivo y social y el de una serie de capacidades actuales o potenciales como la solidaridad, la creatividad y la responsabilidad, la capacidad de amar, trabajar, disfrutar y tolerar. Y está vinculada a la concreción a los derechos al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, a todas las expresiones artísticas, a la capacitación y a un medio ambiente saludable, entre otros, inherentes a todas las personas, teniendo en cuenta la equidad entre los géneros y las generaciones y la no discriminación.

Señala Petit (2009) que por todo eso, estoy empeñada en que cada hombre y cada mujer puedan tener acceso a sus derechos culturales, y en particular tener acceso a los

libros, con los cuales él o ella van a situarse en una lógica de creatividad y apropiación. El derecho a disponer de un tiempo de fantasía, propio sin el que no hay creatividad ni pensamiento, el derecho a descubrirse o construirse a partir de un espacio propio, íntimo, el derecho a compartir relatos, metáforas que los seres humanos han transmitido durante siglos o milenios, compartir textos o descubrimientos, todo esto es parte integrante de nuestra humanidad que contribuye a la democratización de la sociedad.

El derecho al acceso a la cultura. El derecho a la literatura, el derecho al arte. Que cada quien se sienta libre de sus elecciones, de sus distracciones preferidas pero que cada quien tenga la oportunidad de elegir, incluso en el encierro de que lugares participar. Que se habiliten los espacios.

4) Inclusión de los procesos creativos y la producción artística en los dispositivos de Salud Mental. “Sueño de Libertad”.

“Y en verdad la locura artística, en todos nosotros, yo no digo que sobre todo en mí, tal vez me haya herido hasta la médula; pero digo y mantendré que nuestros contra venenos y consuelos pueden, con un poco de buena voluntad, ser considerados como ampliamente eficaces”

Van Gogh (1889/1990)

4.a) Contextualización. Producción artística en el campo de la Salud Mental.

Se desplegarán tres aspectos de la conexión entre producción artística y salud mental; estos son la Rehabilitación Psicosocial, la Arteterapia y “Sueños de Libertad”: un ejemplo de dispositivo de producción artística.

Según Rocca (2013) Las personas que poseen una definición acabada del arte jamás podrían ser artistas ni investigar sobre sus cuestiones. Se podría si, rodear sus márgenes y explorar sus causas. En lo referido a la salud mental y sus internos, dice este autor, que “somos visitantes de paso”, y es así, se entra y sale del hospital, se admiran sus artes algunas veces y se comparten unas horas pero hay un hogar donde volver. Es difícil discernir entre los pacientes los más graves, o crónicos como se les llama la mayoría de las veces, de aquellos que no lo son, como se menciona a lo largo del trabajo, se hace rutina de los hospicios la tendencia a la homogenización de los colores y formas de los usuarios y lamentablemente, en su paleta, los tonos no varían de los grises.

En nuestro país en el año 2007 se inicia un proyecto de investigación denominado “Otro Arte en Uruguay” con el objetivo de relevar artistas que se les considera por fuera de los cánones de la alta cultura; aquí entran los artistas autodidactas, espontáneos, excéntricos, brut, naïf, ¡locos! La producción de los mismos está por fuera de los parámetros de valoración artística y de las instituciones de difusión cultural. Hasta entonces no existían intentos de reunir las producciones, expresiones, que existen al margen de las tradiciones modernas. En este proyecto, los involucrados se acercan a centros de internación psiquiátrica, cárceles y localidades fuera del mapa turístico-cultural; hacen el trabajo de difundir su producción con escasa visibilidad pública.

La producción simbólica de los artistas que tienen trastornos mentales para Rocca (2013) no es necesariamente la expresión de las pulsiones interiores, no se reduce a una catarsis, puede llegar a haber un intento de comunicación con el otro; puede ser que exista un ejercicio de confirmación de su ser pero no se constriñe solo a eso.

Lo antedicho transporta a las palabras de Deleuze (1987) cuando dice que un creador es un ser que trabaja por gusto, un creador solo hace lo que necesita, absolutamente y es algo, la creación es algo, muy solitaria.

Según Deleuze (1987) la filosofía es creadora, inventiva es una disciplina que inventa conceptos, que los mismos se fabrican, los conceptos hay que fabricarlos al igual que un pintor que no dice "mira, voy a hacer un cuadro así" tiene que haber una necesidad. Al igual que cualquier cosa, tiene que haber una necesidad, la pintura fabrica bloques de línea-color por ejemplo. El artista inventa, si un hombre de ciencia tiene algo que decir a un artista es en función de la actividad creadora de cada uno, si no es en nombre de la creación, no tiene que decirle nada.

Continúa diciendo que la información es el sistema de control de las sociedades disciplinarias de Foucault, que necesitaban lugares de reclusión como las cárceles, las escuelas, los hospitales, los talleres. La información es un conjunto de consignas, que dicen que se supone que hay que creer, informar es eso, propagar la consigna. Todo eso se está rompiendo y dando paso a la sociedad de control que pasara a prescindir de los medios de reclusión. La información es el medio controlado de las consignas y ¿qué tiene que ver el Arte? Está la contra-información que solo es eficaz y efectiva en caso que se convierta en acto de resistencia que ya no es información ni contra-información. ¿Qué relación tiene la obra de arte con la comunicación? Ninguna, la obra de arte no es un medio de comunicación, nada tiene que ver con ella, no tiene información se mire por donde se mire. Sí existe, en cambio, una actividad fundamental entre la obra de arte y el acto de resistencia, entonces si tiene que ver con la información y la comunicación como acto de resistencia. ¿Cuál es la relación misteriosa entre obra de arte y acto de resistencia? El arte es lo único que resiste a la muerte, es lo que resiste y ahí está la relación entre el arte, la resistencia y la obra de arte. Ni todo acto de resistencia es una obra de arte, ni toda obra de arte es un acto de resistencia aunque lo sean de algún modo y por lo tanto de cierta manera lo son. El acto de resistencia tiene dos caras, es humano y también es el acto del arte, solo resiste a la muerte el acto de resistencia, o bajo la forma de obra de arte, o bajo una forma de lucha de los hombres y tal es la relación en la obra de arte y la lucha de los hombres, esta relación es estrecha.

Volviendo y retomando lo que plantean ambos autores (Deleuze y Rocca) en lo referente a la comunicación y la obra de arte, se entiende que en sí, la obra de arte no tiene porque tener información o no tiene porque comunicar algo, bien, aun así, sería bueno relacionarlas desde el punto de vista de hacer circular estas "otras artes". Comenzar a

emprender una sociedad que se vuelva más sensible a la comunicación y el despliegue de la información y exposición del arte de los más vulnerados, pobres y locos, “la condena de ser loco y pobre” de Basaglia (2008) más que realidad, en esta realidad crítica y desconstructiva.

Así hablando de otra sociedad posible para Guattari (1990) Las cartografías artísticas siempre fueron un elemento esencial en la armadura de toda sociedad.

Las fuerzas productivas dice Guattari (1990) debido al continuo desarrollo del trabajo maquínico van a liberar cada vez mayor tiempo de actividad humana potencial, pero con qué fin, se pregunta; con la ociosidad, la soledad, la angustia, entre otros, ¿ó el de la cultura, la creación, la reinención del entorno, el enriquecimiento de los modos de vida y la sensibilidad? La verdadera respuesta a la crisis ecológica solo podría hacerse a escala planetaria y a condición que se realice una auténtica revolución política, social y cultural no solo en lo material, sino y sobre todo en los campos moleculares de sensibilidad, de inteligencia y de deseo. A todas las escalas individuales y colectivas, tanto lo que respecta a la vida cotidiana como a la reinención de la democracia, en el registro del urbanismo, de la creación artística, del deporte, siempre se trata de interesarse por lo que podrían ser dispositivos de producción de subjetividad, que van en el sentido de la resingularización individual y/o colectiva más que en el de una fabricación mass-mediática, sinónimo de angustia y desesperación.

La ecosofía social para Guattari (1990) consistirá en desarrollar prácticas específicas que tiendan a modificar y reinventar formas de ser en el seno de la pareja, de la familia, del contexto urbano, del trabajo, etc. Se tratará de reconstruir el conjunto de modalidades del ser-en-grupo, mediante mutaciones existenciales que tienen por objeto la esencia de la subjetividad, empleando prácticas efectivas de experimentación tanto a niveles microsociales como a escalas institucionales. La ecosofía mental, por su parte, se verá obligada a reinventar la relación del sujeto con el cuerpo, el fantasma, la finitud del tiempo, los misterios de la vida y la muerte, a buscar antídotos a la uniformización mass-mediática. Su forma de actuar se aproximara más a la del artista que a la de los profesionales “psy” obsesionados por un ideal caduco de cientificidad, pensando desde esto sobre los psiquiatras y técnicos des-aggiornados con los que se cuentan en los centros de reclusión de nuestro país.

La subjetividad no tiene buena prensa y quienes se interesan por ellas la toman con pinzas, es como si un súper-ego cientificista no lo permitiera, por lo que ciencias humanas y sociales se autocondenan a alcanzar dimensiones evolutivas y creadoras de procesos de

subjetivación como el Arte. Resulta urgente separarse de esto para inventar nuevos paradigmas de inspiración ético-estética.

4.b) Rehabilitación Psicosocial.

Para pensar la rehabilitación psicosocial desde Guattari (1990) con los paradigmas éticos, es fundamental recalcar la responsabilidad y el compromiso de los operadores psy y de aquellos que están en posición de intervenir sobre instancias psíquicas individuales y colectivas a través de la salud, la educación, la cultura, el deporte, el arte, etc.

Según la OMS la rehabilitación psicosocial “es un proceso que facilita la oportunidad a individuos, que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventaja del trastorno mental, para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La rehabilitación psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, deshabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad”¹⁰

En el anteproyecto de Ley de Salud Mental se declaran de orden público los siguientes enunciados referidos a la Rehabilitación. “La Rehabilitación, en el marco de un abordaje psicosocial comunitario, tratará de motivar a la persona a retomar los vínculos con la realidad readquiriendo su dimensión de ser social, en un constante aprendizaje de participación activa y superación, hacia el acceso pleno o protegido a la vida social.” “El Sistema de Salud Mental ofrecerá a la persona modelos terapéuticos rehabilitatorios para la mejoría en su calidad de vida, de acuerdo a sus necesidades, mediante redes y equipos de salud comunitarios, debiendo garantizar la más alta eficiencia y eficacia para cada persona. Las propuestas psicosociales y psicoterapéuticas serán adaptadas al perfil de la persona y su grupo familiar.” “La persona, en el marco de su atención en Salud Mental, será evaluada según potencialidades y déficit, a efectos de las posibles técnicas rehabilitatorias a plantear, en evaluaciones sistemáticas” “La Rehabilitación, para su efectividad, deberá asegurar la continuidad del proceso, y tenderá a generar procesos de autogestión, auto-

¹⁰ OPS/OMS –WAPR “Rehabilitación psicosocial. Declaración de Consenso WARP/WHO. En La sociedad del Olvido 2009.

responsabilización de tareas del diario vivir en forma armónica y los mejores logros en la inserción socio-laboral y curricular.” “El Equipo de salud mental evaluará y derivará a la mejor solución de vivienda para cada persona, la que será adecuada a las necesidades médicas y de rehabilitación social.”

En nuestro país los psicofármacos tienen gran protagonismo en el campo de la salud mental, desplazar la hegemonía de la psiquiatría en este campo, implica transformar la cientificidad y el paradigma clásico salud-enfermedad, dando lugar a un modelo más integral que contemple otras perspectivas y tratamientos relativos a la rehabilitación psicosocial y enfoques comunitarios.

Se ha de subrayar que la relevancia de la creatividad del loco, está relacionada con un cambio de mirada sobre la enfermedad mental ya que, si bien es una enfermedad que produce un considerable deterioro cognitivo, afectivo, emocional y social, también se ha de reconocer que todas las personas son poseedoras de un potencial, que siendo desplegado puede dar otro lugar o rol social al individuo dentro de la comunidad o mismo en el encierro.

Deleuze (1988) expone que fue Spinoza (texto original de 1677) quien hizo de la alegría un modelo de resistencia, de vida, cuando proponía que se eviten las pasiones tristes y se viva con alegría para alcanzar la máxima potencia, hay que huir de la resignación, la culpabilidad, la mala conciencia, lo que nos aleja de la potencia. Uno siente alegría cuando hace realidad una de sus potencias, la tristeza se da cuando se está separado de una potencia, toda tristeza es un efecto de poder sobre sí. No hay potencia mala, lo que hay es un grado más bajo de potencia, que es el Poder, que es la maldad. La maldad es impedir que alguien haga lo que puede, que efectúe su potencia, no hay potencia mala, hay poderes malos. El poder es un obstáculo a la realización de las potencias, todo poder es triste y aunque aquellos que tengan el poder, tengan alegría, es una alegría triste, puesto que la alegría es una realización de la potencia. Uno debe regocijarse de ser lo que se es, de haber llegado a donde esté. No se trata de una alegría de uno mismo, es el placer de la conquista, como la del pintor, la conquista de un color. Ahí está la alegría. Cuando se conquista una potencia o algo de ella puede ser muy potente para la persona misma y puede venirse abajo... ¡Van Gogh! La manera en que Van Gogh se internó al color, está más ligada a su locura, algo puede romperse ya que es demasiado grande para sí. En el momento que efectúa su potencia, como un pintor que aborda el color ¿cómo no va a dejarse la piel en ello? No es literatura la manera en que Van Gogh se interno en el color; son las relaciones con el color las que intervienen, fue su locura.

4.c) Arteterapia.

Uno de los primeros en utilizar el término de arteterapia fue Adrian Hill quien en 1942, acuñó este término para referirse al proceso mediante el cual las personas al expresarse por medio de la actividad artística experimentaban un mayor bienestar.

Para Paín y Jarreau (2006) el término de arteterapia hace referencia, generalmente, a todo tipo de tratamiento psicoterapéutico que utilice como mediador la expresión artística como ser la danza, el teatro, la música, entre otros. Al ser utilizada en contextos grupales, el arteterapia brinda la posibilidad de poder intercambiar, compartir y construir experiencias de socialización con otros, reconociendo la dimensión psico-social-espiritual del hombre.

En este sentido, Winnicott (1971) señala que en el caso de la enfermedad mental la creatividad no desaparece sino que se encuentra oculta. Así, según dicho autor, en este grupo se pueden encontrar individuos cuya creatividad se halla replegada dentro de sí -pero no ausente-y personas que son capaces de ver el mundo con mirada creadora a pesar de padecer una enfermedad mental.

El objetivo general que esta disciplina persigue es que el paciente crezca y logre un cambio a nivel personal. Esto se logra, en parte, sosteniendo al paciente -holding- a través de un ambiente facilitador en el cual pueda desplegar las potencialidades innatas que quedaron congeladas en su desarrollo por un mal manejo ambiental (Winnicott, 1971).

Las formas de considerar el arte o el proceso artístico, implican cierta familiaridad con la locura en su sentido más amplio; parecen aludir siempre a algo que no es posible aprehender completamente por la razón y que escapa a su área de influencia. Ello trae consigo una cierta dificultad de diferenciar en ocasiones entre ambos ámbitos de manera perfectamente nítida, no es posible medir ni la locura ni el arte desde los parámetros de la razón.

El arte está presente de manera intensa en la vida de las personas desde su niñez y cuando las propias personas perciban la fuerza que puede tener el arte para momentos de ocio, pero para cuidar y tratar de la salud. Cuando el arte sea tan común en la vida como trabajar y comer, viviremos con una calidad superior y la situación de enfermarse si convertirá en una rareza.

Según Ledoux citando al escultor Jean-Paul Melet "El arte no es únicamente algo que viene a sustituir una realidad desfalleciente, también algo que le hace frente al caos..."

que se resiste al orden general... En él se da la creación de un espacio insustituible.” Según este autor sea cual sea la expresión del arte, pictórica, musical o literaria se suscitan en nosotros cadenas asociativas que “reunirán nuestros yo” parcelados y sucesivos en una unidad recuperada y restablecer lazos desvanecidos o perdidos entre una experiencia corporal y representaciones de cosas o palabras. (Petit, 2009)

“La creación siempre contribuye en cierto modo a la sanación... No existe arte sin vivencias personales. Vivencias que surgen del encuentro del creador con el espectador, encuentro que nunca es pasivo para ninguna de las partes” (Rocca, 2013, 211)

Para Pichon Riviere (1986), dado su alto valor terapéutico, el arte es una actividad que tendría que estar al servicio de todos; sostiene que la Locura y la creación serían los dos caminos alternativos frente a una situación de crisis, y en uno y otro caso se pueden ver actos de la imaginación distintos. En uno, el sujeto puede mover su realidad externa e interna. En el otro como no la puede movilizar, intenta controlarla con los mecanismos de la locura. Por eso en el arte hay juego y en la locura solo existe una cruel distorsión de la realidad.

4.d) “Sueño de Libertad”: un ejemplo de dispositivo de producción artística.

Al apropiarse de los textos, se elaboran espacios de libertad, a partir de los cuales puede darse sentido a la vida en ese momento y encontrar o reencontrar la energía para escapar de callejones sin salida en los que estaban bloqueados, parafraseando el pensamiento de Petit (2009) y reubicándolo en el espacio de la biblioteca del Hospital Vilardebó “Sueño de Libertad” Crear espacios de libertad donde habrá disponibilidad para discutir acerca de las lecturas, si es que así lo desean, sin que se produzcan intromisiones si los lectores quieren conservar para sí sus descubrimientos. Continúa diciendo que, cuando uno puede acceder a la lectura, ésta siempre produce sentido, desde el influir el rumbo de una vida, permite abrirse a la fantasía, a lo imaginario, al mundo interior.

La relación de la lectura siguiendo con Petit (2009) tiene que ver con la estructura psíquica de la persona y con la manera de actuar respecto a la falta y la pérdida, sin duda esto más relacionado a la lectura literaria, dice que cuando uno pretende negar la pérdida evita la literatura, o trata de dominarla.

La lectura es desterritorializante como a la vez reterritorializante, en un acto de vaciamiento o abandono de viejas pautas, ideas o conceptos para dar lugar a nuevas. Podemos encontrar a veces en un relato, en un texto o palabra ajena una identificación que

da voz y hecha luz a algo que de no ser así sería más largo el camino de su descubrimiento. Una vez conquistado este nuevo saber acerca de uno mismo puede resultar más simple compartirlo.

¿Sería entonces el leer algo así como un reflejo que revela? Las palabras leídas tienen el poder de despertar en nosotros explicaciones a partir de nosotros mismos.

La obra de arte según Guattari (2008) para quienes disponen de su uso es una empresa de ruptura de sentido que conduce a quien la observa a una recreación, a una reinención de sí mismo y sobre ella un nuevo apuntalamiento existencial, reterritorialización y resingularización. El acontecimiento de este encuentro puede flechar el curso de una existencia y generar “posibles” alejados de la cotidianidad acondicionando nuevos campos de posibles.

La temática de la subjetividad se torna importante en la vida diaria, más en condiciones de encierro y la deshumanización en la que peligran todo rastro de subjetivación posible, es así que se intenta en este colectivo producirla, captarla, enriquecerla, reinventarla y hacerla compatible con otros universos libres y resingularizantes. Es necesaria la creatividad para potenciar las riquezas de cada uno.

La lectura literaria y la construcción del sí mismo en la elaboración de la subjetividad, habla de construirse o descubrirse al leer y salir de las prescripciones familiares y sociales por medio de la lectura. La lectura puede ser un atajo (línea de fuga) para mantener un espacio propio, íntimo, privado. Los lectores son activos y desarrollan una actividad psíquica desde lo que leen, interpretan el texto, se generan fantasías, angustias.

La tarea en este dispositivo, que es habilitado a través de las prácticas de Extensión Universitaria, de lecto-escritura, encuentros, acceso de cultura, es justamente acercar textos, documentos, arte. La biblioteca propone y ofrece un espacio, propone objetos culturales de los que pueden apropiarse y probar ya que “Lamentablemente el que es pobre se ve privado, la mayoría de las veces, del acceso a esos textos y a esas bibliotecas. Piensa que eso no es para él” (Petit, 2009)

Aunque no posean medios materiales y se cuente con poco de apoyo institucional, aun así existe este dispositivo independientemente del entorno y sus particularidades, se trata de un lugar de construcción colectivo donde cada integrante es considerado un sujeto digno de ser escuchado, de recibir una disponibilidad particular de que se le facilite tener

voz y vivir los textos, seguir con la mirada, respetar los ritmos, las intuiciones, las asociaciones libres y fluidas, los silencios, las idas y venidas. Se les presta entonces y se le facilita el espacio y los bienes culturales elegidos por los facilitadores y por ellos mismos.

Incluir procesos creativos y producción artística en los dispositivos de Salud Mental puede ser un medio para abrirse a otro, para ampliar el horizonte, para reunirse con los parecidos a ellos y compartir vivencias, a veces diagnósticos y dejar de sentirse eventualmente solos. Las actividades resultan reparadoras y cumplen un papel que se desempeña en el descubrimiento y la construcción del sí mismo, la representación de nosotros mismos y el sentido de nuestra vida.

Para Petit (2009) la importancia de la lectura (y se suma, toda actividad vinculada a la expresión y producción artística) en un hospital tiene que ver con un atajo privilegiado (con una línea de fuga, como una forma de resistencia) para mantener un espacio propio, íntimo, privado, incluso en ambientes donde no es posible disponer de un espacio personal, ayuda a elaborar y sostener el sentimiento de individualidad. Como prolongación de esto puede ser un recurso para dar sentido a la experiencia de alguien, dar palabra a sus esperanzas, miedos, deseos como también un auxiliar decisivo para repararse y encontrar la fuerza necesaria para salir de algo y como fundamental la apertura hacia otro, como soporte de intercambios. Es la conquista o la reconquista de una posición de sujeto y en el hospital tiene que ver con el sentido de la vida, con mantener la dignidad y la humanidad, con la imagen de uno mismo.

En este taller, todo lo que se lee sirve de trampolín y tarde o temprano surge la vida de cada integrante, el reconocimiento de sí mismo y del otro que la literatura habilita, el amor, los puntos de vista, el encuentro con la otredad y siempre los sentimientos. Muchos hombres y mujeres leen en los espacios de crisis para abrir espacios y soportar los encierros, se han escuchado testimonios de usuarios en similares palabras, en el hospital se abre un espacio que el resultado es la fuga.

La literatura activa funciones intelectuales específicas como aportan Bruner o Vigotsky en sus estudios y también ayuda a la construcción de la subjetividad además de ampliar el universo cultural.

5) Reflexión crítica. Dos líneas de problematización: entre el proceso de institucionalización y el despliegue creativo.

5.a) Institucionalización.

“Te escribo en plena posesión de mi presencia de ánimo y no como un loco; como el hermano que tú conoces. Esta es la verdad; un cierto número de personas de aquí ha dirigido al alcalde (creo que se llama Tardieu) una nota (había más de 80 firmas) señalándome como un hombre indigno de vivir en libertad o algo por el estilo. El comisario de policía o el comisario central, entonces, ha dado orden de que me volvieran a internar.”

Van Gogh (1889/1990)

Para Foucault (1971) la psiquiatría es un método para implementar el poder político en un grupo social particular, al igual que la justicia. La verdadera tarea política en una sociedad sería criticar el juego de las instituciones aparentemente neutras e independientes; criticarlas y atacarlas de tal manera que la violencia política que se ejerce oscuramente en ellas sea desenmascarada y se pueda luchar en contra de ellas.

Según De León¹¹ (1998) el propio campo de la Salud Mental y de lo concebido como “anormal” ha sido desde siempre territorio de la psiquiatría. El trabajo en equipo no es del todo auspiciado institucionalmente y lamentablemente es el psiquiatra quien tiene acceso a la mayoría de los encuentros con los usuarios. Lamentablemente ya que los encuentros son citas medicas, que acontecen no desde potenciar al interno en el sentido spinoziano, sino justamente lo contrario, son con tendencia a institucionalizarlo, homogeneizarlo, cronificarlo.

De la construcción del enfermo mental y la locura se han servido históricamente iglesias, hospitales generales, asilos, manicomios y psiquiátricos, con todo el despliegue de artillería necesaria para su manutención; es así que existe paralela y conjuntamente a esto la construcción institucional de la locura, con sus padecientes y técnicos. Pero más allá de las instituciones que se “especializan” en los tratamientos psiquiátricos, están otras que

¹¹ “Institucionalización de la locura: La enfermedad mental” IV Jornadas de Psicología universitaria. Montevideo. 1998

también los crean (a los locos y/o a los tratamientos) como ser la institución familiar, la institución educativa y la institución sanitaria, a la orden del día para colocar etiquetas y/o responder al desesperado llamado de la industria farmacológica avisando acerca de los nuevos psicofármacos de moda.

Producción singular de existencia; malas palabras para la subjetividad capitalística, cualquier singularidad debería ser evitada, así, se esfuerza por gestionar el mundo de la infancia, del amor, del arte, así como la angustia, la locura, el dolor, la muerte. Asegurándose el poder sobre el máximo de ritornos existenciales para neutralizarlos y controlarlos, la subjetividad capitalística se anestesia a sí misma.

La violencia y la negatividad, como sostiene Guattari (2000), son resultado de Agenciamientos que no están inscritos en la esencia de la especie humana, se construyen mediante agenciamientos de enunciación. Se necesita de una inmensa reconstrucción de los mecanismos sociales para hacer frente a los estragos del Capitalismo Mundial Integrado (CMI) y esta reconstrucción no parte solo de la modificación de leyes y decretos, también de la promoción de las prácticas innovadoras y experiencias alternativas centradas en el respeto de la singularidad y la producción de subjetividad.

La enfermedad y la internación son situaciones en las que el enfermo está confrontando más que nunca sus límites con la soledad, más cuando se está separado de sus allegados, se vive la experiencia del encierro y la estrechez del horizonte. Son muchas las razones por las que se puede ingresar al hospital psiquiátrico, y la crisis puede ser pasajera o sobrevalorada, sobrevaluada por los médicos y los familiares que lamentablemente les conviene “sacárselos de arriba”, aun sin explorar si el paciente quiere estar abajo, al costado o no estar. Mejor no ingresar en el terreno de la cordura, en el que dar voz al enfermo, sería incluso rehabilitante.

5.b) Despliegue de resistencia y creación.

“Luego, ¿hay que resistir en un sitio después de conquistarlo o hay que desertar? No juzgo a las personas por su interior, esperando no ser condenado yo mismo en caso de que las fuerzas me faltaran; pero si Gauguin tiene tanta virtud real y tanta capacidad de beneficencia, ¿cómo las va a emplear? Yo ya renuncio a seguir sus actos y me detengo silenciosamente; con un punto de interrogación, sin embargo.”

Van Gogh (1889/1990)

A Chomsky (1971) le parece vergonzoso dejar de lado la tarea más abstracta y filosófica de reconstruir el vínculo existente entre la libertad, la dignidad, la creatividad y otras características humanas fundamentales, que podrían enraizarse en una vida humana llena de sentido. Rescata como elemento fundamental de la vida humana, la necesidad de trabajo creativo, de investigación creativa, de creación libre sin que sea limitada arbitrariamente por instituciones coercitivas; implican superar los elementos de represión que la pulsión creadora pueda desarrollarse.

Algunas veces producir la escritura y los encuentros con textos leídos, pueden resultar decisivos en el proceso de curación; el leer, escribir o cualquier forma de hacer o acercarse al arte, logra hacer escapadas culturales que pueden surtir un efecto preventivo en lo referente a salud y rehabilitantes en lo referente a enfermedad. Por medio de ellos, se puede estar mejor equipados para manejar el destino y para resistir algunos procesos de marginación o mecanismos de opresión y represión. La lecto-escritura abre hacia otro lugar, donde se dice, donde se elabora la propia historia apoyándose en fragmentos de relatos, imágenes y frases escritas por otros. Palabras para sentirse menos solos y dominar los miedos, que multiplican las posibilidades de una existencia.

Hacer Arte estimula la autoexploración y posibilita el encuentro con otros ya que al estar en contacto con colores, líneas y formas se producen movimientos de la vida interna que permiten una mayor conexión del sujeto consigo mismo y con el mundo.

En los paradigmas estéticos y especialmente en las “prácticas psy” todo debería ser continuamente reinventado, partir de cero constantemente, de lo contrario los procesos peligran una repetición mortal. Debería suceder como en literatura o pintura donde la vocación de evolucionar, innovar está en cada obra. Tanto los “psy” como la sociedad toda, deberían, para converger en esta perspectiva del mundo del arte, deberían quitarse la bata blanca instalada en su cabeza, lenguajes y formas de ser y estar para no repetir indefinidamente las mismas obras. Así como cada institución de tratamiento, de asistencia, de educación debería tener, la preocupación continua, de evolucionar sus prácticas y sus andamiajes teóricos.

Para Spinoza (1677/2008), cada cosa se esfuerza en cuanto está en ella por permanecer en su ser, cada cuerpo tiene su entidad relativamente autónoma, que es la tendencia de la cosa a permanecer en la existencia, es la esencia de la cosa la que pide permanecer. Cada cosa en la medida que dependa de sí misma quiere seguir siendo. Los conatos, los deseos, se unen entre sí para constituir nuevas relaciones y se van conformando nuevos cuerpos, cada loco, cada cuerpo, cada proceso creativo, cada obra,

cada arte, cada encuentro va conformando otro. Y se vuelve ya otro loco, otro cuerpo, otro arte y otro encuentro.

Todos los cuerpos se encuentran en interacción y en cada uno de estos encuentros-interacciones se produce lo bueno, lo que afecta de sentimientos de alegría, que compone y que genera más encuentros y nuevas composiciones; un nuevo vínculo, un nuevo proceso creativo, una obra, un abrazo y más encuentros.

Motivados por el deseo, impulsar a alcanzar modos de producción de subjetividad, que posibiliten todo esto, es decir que posibiliten cultura, sensibilidad, sociabilidad en que se sitúan nuevos agenciamientos productivos. Que se organicen prácticas micropolíticas y microsociales, nuevas solidaridades, un nuevo bienestar con nuevas prácticas estéticas, para así las prácticas políticas y sociales trabajen por la humanidad y no desde las lógicas capitalistas.

Según Kaminsky (2013) Entre lo colectivo y lo individual no hay separación, entre lo político y lo social tampoco; lo político lo que hace es desagregar lo social para hacer obedecer unos a otros, lo social debe pensarse como un encuentro que potencia el conatos de los individuos, cada hombre completa a los otros y es completado por ellos. Una comunidad es un individuo colectivo que potencia a sus miembros. Somos conato, somos deseo.

La ecología social que plantea Guattari (1990) deberá trabajar en la reconstrucción de las relaciones humanas. Igualmente imperativo es afrontar los efectos en el dominio de la ecología mental, en el seno de la vida cotidiana individual, de creación y de ética personal.

En Van Gogh algo terminó rompiéndose, sí, tiene que ver con encontrarse con el color, pero también con su Locura. Él mismo lo dice en las cartas a su hermano citando a Millet¹²:

“El arte es un combate; en el arte es necesario jugarse hasta la piel”

Y así lo hizo. En el momento en que despliega su creación, en su acto creativo y de resistencia, no supo abordar su potencia.

¹² Jean-François Millet (1814-1875) pintor francés realista y uno de los fundadores de la escuela de Barbizon en la Francia rural.

El desafío consiste en ser facilitadores del despliegue de potencias, para que sí se rompa y también se rearme. Y se pierda y se encuentre, de eso se trata, de habilitar encuentros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Amarante, P., Ulloa, F. Bauleo, A. y Kazi, G. (Coord.) (2007). *Subjetivaciones, clínicas, insurgencia: 30 años de lucha*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Anteproyecto de Ley de Salud Mental en Uruguay* (2009). Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/asamblea_instituyente_por_salud_mental_desmanicomializacion_y_vida_digna_plataforma.pdf
- Aranguren, M. y León, T. E. (2011). *Arteterapia: sus fundamentos y beneficios de aplicación en la psicosis*. En Memorias III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR 22 al 25 de noviembre. (13-18). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) - Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP) - Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Pontificia Universidad Católica Argentina.
- Barembliitt, G. (1988). *Saber, poder, quehacer y deseo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía.
- Bichuetti J. (1999). *Lembranças da Locura*. Belo Horizonte: Biblioteca de Instituto Félix Guattari.

- Boutang, P.-A. (Productor) (1988). *El Abecedario de Gilles Deleuze. J de Alegría 1/2*. [Emisión televisiva]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=Hg5ZEnVGkO4>
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos: De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
- Chomsky, N. y Foucault M. (1971). *La naturaleza humana: Justicia versus poder*. Debates presentados por Fons Elders en el International Philosophers Project. Países Bajos. Recuperado de [2http://www.youtube.com/watch?v=c2sYYBQk-mE](http://www.youtube.com/watch?v=c2sYYBQk-mE)
- Cueto, E. (2004). *Entrevista a Armando Bauleo*. Recuperado de [1http://www.psicologiagrupal.cl/bauleo/entrevista1.html](http://www.psicologiagrupal.cl/bauleo/entrevista1.html)
- De Leon (1998) "Institucionalización de la locura: La enfermedad mental" IV Jornadas de Psicología Universitaria "Institucionalización de la Locura: La enfermedad mental" (1996). Montevideo: Multiplicidades.
- De León, N (Coord.) (2013). *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Levy.
- De León, N. (Coord.) (2013). *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros waslala.
- Declaración de Caracas: otra integración es urgente, posible y necesaria* (2006). Recuperado de [4http://fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/4.pdf](http://fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/4.pdf)
- Definición de Salud* (1948). Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Deleuze, G. (1987). *¿Qué es el acto de creación?* [Película]. Conferencia presentada en la Femis (Escuela Superior de Oficios de Imagen y Sonido), Paris. Recuperado de [7http://www.youtube.com/watch?v=dXOzcexu7Ks](http://www.youtube.com/watch?v=dXOzcexu7Ks).
- Deleuze, G. (2001). *Spinoza: Filosofía Práctica*. Barcelona: Tusquets.
- Deleuze, G. (2006). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus.
- Espina Barrio, A. y González de la Fuente, I. (Eds.) (2010). En búsqueda de la historia de la cura, en búsqueda de comprender la locura. *Antropología De Iberoamérica: Estudios Socioculturales En Brasil, España, México Y Portugal*, vol. (1), p125.
- Etimología de arte (2014). Recuperado de <http://etimologias.dechile.net/?arte>

- Foucault, M. (1967a) *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 1). México: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1967b). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 2). México: Fondo de cultura económica.
- Frente de Artistas del Borda (2007). *Contexto ideológico nacional e internacional*. Recuperado de <http://www.frentedeartistas.com.ar/contexto/index.php>
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- Goffman E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Guattari, F. (2000). *Las tres ecologías*. Valencia: Pre-textos.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta limón.
- III Jornadas de Psicología Universitaria “Historia, violencia y subjetividad” (1996). Montevideo: Multiplicidades.
- Kaminsky, G. (2013). Baruch Spinoza [Episodio de serie de televisión] En Canal á (Productor), *Grandes filósofos*. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=Zu3rwtMyrt8&feature=share>.
- Paín, S. (2008). *En sentido figurado: fundamentos teóricos de la arteterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Pérez Fernández, R. (Comp.) (2007). *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Petit, M. (2001). *Lecturas: del espacio íntimo al espacio público*. 2001, México: Fondo de Cultura Económica.
- Petit, M. (2009). *El arte de la lectura en tiempos de crisis*. Barcelona: Océano.
- Rocca, T. (2013). *Meditaciones en torno a tres creadores de la Colonia Etchepare* En N. De León (Coord.), *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros waslala.

Romero, J. (2000). Creatividad, arte, artista, locura: una red de conceptos limítrofes *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, 131-141.

Techera, A., Apud, I. y Borges C. (2009). *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC.

Van Gogh, V. (1990). *Cartas a Theo*. Buenos Aires: Paidós.

Zito Lema, V. (1976). *Conversaciones con Enrique Pichon Riviere*. Buenos Aires: Timerman.