



EL HORMIGUERO Psicoanálisis ◇ Infancia/s y Adolescencia/s

**CONSIDERACIONES ACERCA DE LA LEY NACIONAL DE SALUD
MENTAL N° 26.657**

LORENA MADARIAGA

Universidad Nacional del Comahue

Centro Universitario Regional Zona Atlántica

lic.madariaga@gmail.com

Consideraciones acerca de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Resumen

El presente escrito se enmarca en el PI V112 (UNCo-CURZA) denominado: “Destinos de(s)ubjetivación en infancia/s y adolescencia/s, intersecciones y comunidad”. Dirigido por la Dra. Patricia Weigandt y codirigido por la Lic. y Prof. Marina La Vecchia. Este recorrido acerca de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, intentará ubicar algunos giros conceptuales que trae consigo el cambio de paradigma de la Ley, que se sitúan desde una lógica asilar-manicomial a una de inclusión social con perspectiva de Derechos Humanos. Para luego poder reflexionar sobre intervenciones y efectos subjetivantes o desubjetivantes en personas con padecimiento mental. Se tomará una viñeta sobre la situación de un adolescente con consumo problemático, que se trabajó en el Órgano de Revisión de Salud Mental de la Provincia de Río Negro.

Palabras clave: Ley de Salud Mental; psicoanálisis; paradigmas; consumos problemáticos.

Considerations about the National Law on Mental Health No. 26.657

Abstract

This writing is framed in PI V112 (UNCo-CURZA) called: "Destinations of (s)ubjectivation in childhood / adolescence / s, intersections and community". Directed by Dr. Patricia Weigandt and co-directed by B.C. and Prof. Marina La Vecchia. This research about the National Mental Health Law 26,657, will try to locate some conceptual twists that the paradigm shift of the law brings, which are situated from an asylum logic to one of social inclusion with a human rights perspective. To then be able to reflect on interventions and subjective or desubjective effects in people with mental illness. The author presents a

vignette about an adolescent with problematic drug use, which was worked on in the Mental Health Review Body of the Province of Río Negro.

Keywords: Mental health law; psychoanalysis; paradigms; problematic consumptions.

Reseña curricular

Lorena Madariaga, Prof. y Lic. en Psicopedagogía. UNCo. Se desempeñó en Clínica Psicoanalítica con niños y adolescentes. Integró el Gabinete Psicotécnico de la Escuela de Cadetes de Policía de la Prov. de Río Negro. Investigadora graduada en el Proyecto de Investigación PI V112 “Destinos de(s)ubjetivación en Infancia/s y Adolescencia/s, Intersecciones y Comunidad”, dirigido por Dra. Patricia Weigandt y codirigido por Lic. y Prof. Marina La Vecchia. Actualmente integra el Equipo Técnico Asesor del Órgano de Revisión de Salud Mental de la Provincia de Río Negro.

Consideraciones acerca de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Podemos leer en diversos escritos, desde paradigmas psicológicos, médicos, psiquiátricos, sociológicos, que la *nueva* Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en nuestro país en el año 2010, está escrita desde la inclusión social con perspectiva de Derechos Humanos, implicando un cambio de paradigma. Entonces ¿a qué nos referimos cuando hablamos que la Ley Nacional de Salud Mental trae consigo un cambio de paradigma?, ¿cuáles son sus diferencias con el anterior paradigma? y ¿qué efectos tiene en nuestra práctica?

Este escrito intentará arrojar luz a través de un recorrido sobre los giros conceptuales que trae consigo el cambio de paradigma y así poder reflexionar, por medio de una viñeta, sobre las intervenciones y los efectos subjetivantes o desubjetivantes en las personas con padecimiento mental.

Iniciaremos este recorrido diciendo que, en términos generales, una Ley es según la *Enciclopedia Jurídica* (2020) “una norma jurídica de carácter obligatorio dictada por la autoridad competente de un territorio o norma de derecho emanada del Estado”. Lo importante de ubicar este punto, es que una Ley legaliza¹ y legitima² las intervenciones, en este caso en el campo de la Salud Mental, esto que parece obvio no lo es, en tanto hoy sigue siendo discutida su implementación.

Para comenzar el recorrido, consideraremos el concepto acuñado por Lacan (1953) en su texto *Función y campo del lenguaje* cuando se refiere a la subjetividad de la época. Lo valioso de este concepto es que produce un cruce entre el discurso social y la subjetividad. Valioso en tanto podría dar contexto, en este caso, a una Ley.

¹ Entendida como conducta que supone la permisibilidad de realizar un acto que pasa a estar permitido.

² Que está de acuerdo con lo que se considera justo y razonable

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues ¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? (p. 308)

Lo que nos interesa situar de la subjetividad de la época, es la esencia de lo que al decir de Laurent (2005), nos encontramos en la práctica psicoanalítica.

A nuestra clínica llegan los significantes que el discurso social selecciona para identificar a los sujetos. Y vemos a los sujetos inclinar la cabeza, aceptando los significantes [...] Esto hace depender [...] la clínica de la sociedad. Y la pareja ‘clínica y sociedad’ se nos impone en la medida en que no hacemos de la clínica un término intemporal” (p.9.)

Ahora bien, para continuar nos preguntamos ¿Cuál es el discurso que organiza el discurso social en el que están inmersos los significantes, el lazo social y lo simbólico? ¿Cuál es el discurso que produce las subjetividades de la época? Lacan (1964) nos advierte en los *Cuatro conceptos fundamentales* que el discurso Amo es el que organiza el discurso social. Agrega que este discurso no es unívoco, es decir que no hace Uno sino que es plural y es, en esa pluralidad a la que se enlaza la posición del sujeto, en la que al decir de Jorge Assef (2013) “sea cual fuere la voluntad del Amo, no hay identificación salvo que haya consentimiento”(p.1). Aquí, Assef (2013) hace una pregunta que nos interpela: “¿Bajo qué coordenadas podemos hablar de la subjetividad de la época, si el discurso del otro es plural, y el sujeto puede o no consentir a él? Bajo la idea de hegemonía, como vector que organiza la pluralidad.” (p.1)

Esta idea de hegemonía convoca a uno de los semiólogos contemporáneos más importantes, Marc Angenot (1998) quien en *Interdiscursividades, de hegemonías y disidencias* habla del discurso social y pretende resaltar el poder organizador de ese vector. Aludiremos a sus palabras:

[..]implica que por sobre la diversidad de lenguas, de prácticas significantes, creemos posible identificar, en todo estado de sociedad, una resultante sintética, un campo interdiscursivo, de maneras de conocer y de significar lo conocido que es propio de esta sociedad, que sobredetermina la división de los discursos sociales: esto es lo que, desde Antonio Gramsci, llamamos una hegemonía” (p. 75).

Cabe resaltar aquí, que lo jurídico también es un discurso que produce efectos, efectos que pueden ser subjetivantes o desubjetivantes, eso quedará para debatir luego.

Para introducimos en los giros conceptuales, que diferencian a un posicionamiento de otro y que reformulan íntegramente las prácticas de los trabajadores del campo de la Salud Mental, es necesario mencionar que en Argentina la Ley de Salud Mental se encuentra adherida a Principios y Convenciones internacionales superiores de Derechos Humanos. Entre ellas, se destacan: los Principios de las Naciones Unidas para la protección de personas con padecimiento mental, la Declaración de Caracas (1990) de la OPS³ y la Declaración de la OMS⁴ para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de Salud. Estas Convenciones Internacionales no son de

³ Organización Panamericana de la Salud.

⁴ Organización Mundial de la Salud.

carácter obligatorio; esto significa que cada país tiene la potestad de adherir o no a las mismas. En el caso de Argentina, al adherirse, se comprometió a generar acciones de protección de derechos y promoción de la Salud Mental a través de sus Políticas Públicas en todo su territorio nacional. De esta manera, en el campo de la Salud Mental, los DDHH dejan de ser declaraciones políticas para ser normas jurídicas. Lo que pone en valor las prácticas generadas allí.

El cambio de paradigma surgió a partir de la necesidad de modificar prácticas asistenciales de Salud Mental, comprendiendo que el paradigma anterior (Modelo Asilar) no consideraba los aspectos subjetivos, culturales y sociales que forman parte de la historia de un sujeto. Dicho esto, el psicoanálisis nos convoca a hacernos una pregunta: ¿Podría pensarse la letra de la Ley y de las convenciones que portan fuerza de declaración, como una marca, una inscripción en un “pedazo de Real”, aunque sea a modo de corte o hendidura que nos permita abrir un marco de intervención subjetivante?

Lacan (1976) en su texto *Lo real es sin ley* nos advierte:

Yo hablo de lo Real como imposible en la medida en que creo que lo Real - en fin, creo: si es mi síntoma, díganmelo - en que creo que lo Real es, hay que decirlo, sin ley. El verdadero Real implica la ausencia de ley. Lo Real no tiene orden. Y esto es lo que yo quiero decir al decir que lo único que quizá llegaré a articular ante ustedes, es algo que concierne a lo que he llamado un "pedazo de Real" (...) pero el estigma de ese real como tal es no enlazarse con nada. (p. 135)

Las citas anteriormente consideradas nos permiten pensar sobre los efectos que tienen las nominaciones en lo subjetivo y en lo social.

Ahora bien, si tomamos en cuenta el concepto de Salud Mental que la Ley actual plantea, se lo describe como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos atravesados por una dinámica de construcción social y con la consecuente concreción de DDHH, en el cual se ponen de relieve los aspectos sociales de los *padecimientos mentales*. Se lo reconoce como un proceso multideterminado.

Varios son los giros conceptuales que iremos brevemente desarrollando para ubicar los puntos de diferencia. La Ley Nacional está dividida en 12 Capítulos (Cap.) con 46 Artículos (Art.) aunque no será objeto de este trabajo analizar exhaustivamente cada uno de ellos, sí tomaremos los que consideramos necesarios para ubicar diferencias.

Cabe aclarar que el modelo que daba sustento a la ley anterior, se lo reconoce como modelo asilar-manicomial, donde sus prácticas se realizaban alejadas de la Salud en general y de las prácticas comunitarias en particular. En la institución asilar-manicomial, se recluía a los “enfermos mentales” por largos períodos de tiempo o de por vida, bajo el supuesto de que se les brindaba tratamiento médico, considerándolos incapaces como característica principal.

La historia de cómo se materializó lo que se llamaba “locura” en las instituciones manicomiales en Argentina, es muy interesante y valiosa, pero no será una arista que trabajemos en este escrito.

En el modelo actual, se trata de dar respuesta sin patologizar o medicalizar, lo cual implica un abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario. También es interesante destacar que este modelo parte de la noción de capacidad de las personas, no se piensa en algo a curar o rehabilitar.

Encontramos que a los destinatarios de la Ley Nacional se los nombra como *personas con padecimiento mental*, en ninguna parte de la misma se habla de enfermo mental. (Cap.1 Art 1). Se subraya especialmente en el concepto de Salud Mental, los aspectos sociales de los *padecimientos mentales*, en el cual los aspectos biológicos y psicológicos se equiparan con el aspecto social. Esto convoca a que el abordaje sea interdisciplinar (Art 13). Aquí se destaca que, si bien las incumbencias de las profesiones son diferentes, la Ley les confiere el mismo rango y las declara complementarias, aunque iguales en el plano profesional y jurídico. Esto último significa que el psiquiatra deja de ser el referente de los procesos de atención (discurso médico hegemónico), ahora los tratamientos son interdisciplinarios, dejando de lado la atención netamente médica, donde los informes deben ser firmados por más de un profesional y no necesariamente por un médico.

La Ley trae consigo aspectos significativos. Uno es el concepto de *desmanicomializar*, donde se considera que la internación es “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Art. 14). En este punto podemos mencionar que el manicomio o las instituciones monovalentes no son lugares para vivir, razón por la cual surge que “la internación debe ser lo más breve posible y realizarse en hospitales generales” (Art. 15), el hospital general debe adaptar su estructura, y aclara que “en ningún caso puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes” (Art. 15)

Otro aspecto importante es el derecho a la *libertad* y la *autonomía* de la persona con padecimiento mental. (Art.7). Nos detendremos a reflexionar sobre el primer concepto, el cual está íntimamente relacionado con otro concepto que es el de “*riesgo cierto e inminente* para sí, o para terceros” (Art 20). Aquí nos encontramos con un pasaje del concepto de peligrosidad, que potencialmente todos podemos serlo, al de riesgo cierto e inminente, que se lo ubica como situacional (sucede en un momento puntual), y ese es el riesgo que debe ser evaluado por un equipo interdisciplinario.

Hay otros dos aspectos ligados al concepto de libertad. Uno de ellos es que la persona con padecimiento mental puede decidir no continuar internada, o sea, puede *revocar el consentimiento* (Art.7 K) si es que alguna vez lo brindó. Otro es que, para lo que no pueda decidir o hacer, se considera la figura de *modelo de apoyos*, las cuales son designadas por Juez competente en función de la solicitud del usuario o del equipo tratante. La figura de apoyo cumplirá una función específica, ya que no se considera que alguien sea incapaz para todo, como lo era la función que ejercía el curador que suplantaba íntegramente la palabra y la voluntad de las personas usuarias. Bajo estas condiciones surge el concepto de autonomía.

En el Sistema Asilar, el Juez era tutor de todas las personas con padecimiento mental, función que recaía sólo en él. Ahora, el Juez debe requerir el criterio de internación al equipo tratante para determinar el destino de una persona, contemplando que las internaciones pueden ser de carácter voluntario o involuntario.

Estos aspectos trabajados son algunos de los movimientos que se comenzaron a generar a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en nuestro país, aunque es preciso mencionar que no se pueden lograr sólo con la sanción de una ley, sino existe una adecuada asignación de recursos presupuestarios para Políticas Públicas en el campo de la Salud Mental.

Para poder pensar los conceptos citados anteriormente, compartiré una situación trabajada en el ORSM⁵ de un adolescente rionegrino derivado a una comunidad terapéutica en la provincia de Buenos Aires.

Rodrigo de 15 años.⁶

A Rodrigo lo derivan a una comunidad terapéutica fuera de nuestra provincia. Los profesionales intervinientes fundamentan la decisión argumentando que la misma se da en el contexto de que no se pudo concretar alguna otra estrategia que resguarde y contenga la situación, debido a que no se puede contar con ningún referente familiar. Hasta el momento de la derivación, Rodrigo no se encontraba internado por parte de Salud Mental, ya que no había criterio para la misma, requiriendo lugar de contención, resguardo, acompañamiento que su familia no podía garantizar. Los días previos a la derivación, Rodrigo ingresa al servicio de guardia del hospital acompañado por personal policial porque presentaba indicadores de consumo de sustancias tóxicas, proceden a desintoxicarlo, permaneciendo durante la noche en el servicio de emergencia, ya que no presentaba criterio de internación clínica ni de salud mental, aclarando que si bien el consumo permanente por parte de Rodrigo hace que su *riesgo sea potencial*, al momento de la evaluación no era cierto e inminente. En otra ocasión, personal de la Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia

⁵ Órgano de Revisión de Salud Mental

⁶ El nombre está modificado para salvaguardar la identidad.

(SENAF), informa al servicio de Salud Mental que Rodrigo durante la noche se presentó en la Comisaría refiriendo que no tenía lugar donde permanecer y no tenía para comer, cabe aclarar que esta vez, se encontraba “tranquilo, lúcido, orientado globalmente, sin alteraciones sensorceptivas, ni ideas de autoagresión y sin indicadores de intoxicación”. Los profesionales derivantes concluyen que Rodrigo permanecía en situación de extrema vulnerabilidad psicosocial, sin referentes familiares y con consumo de sustancias, mencionan que las estrategias implementadas anteriormente habían fracasado. Dejan asentado que el diagnóstico que presenta Rodrigo es “trastorno no especificado, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia en comorbilidad con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas”. Al cierre del informe se pronuncian diciendo que se evidencia que la problemática del paciente, no sólo radica en el consumo de sustancias, sino que presenta dificultades en su proceso reflexivo, con intolerancia a la frustración, dificultades en el control de impulsos, responden a la estructuración de un proceso adolescente patológico relacionado con una dinámica familiar disfuncional.

Hasta aquí la viñeta.

Al inicio del escrito planteamos que aún hoy es discutida la implementación de la Ley. La historia de Rodrigo nos muestra que las intervenciones que se llevaron a cabo no dan cuenta de lo establecido por el marco jurídico y tampoco dan cuenta de una apuesta al trabajo comunitario, cortando toda posibilidad a partir del momento en que se lo envía lejos de su comunidad.

Nos encontramos que las palabras que describen a Rodrigo, condensan un enorme sufrimiento psíquico, donde la *extrema vulnerabilidad social* enlazada al consumo de

sustancias que conllevan a una *medicalización* legal, terminan por darle el destino de la internación en una comunidad terapéutica.

La situación se complejiza aún más, cuando los trabajadores de la Salud Mental y organismos proteccionales consideran que se han agotado las estrategias y se debe internar en dispositivos acordes a las necesidades de los usuarios.

Lo intrincado se manifiesta cuando lo que se ofrece como acorde a las necesidades se transforma en el cumplimiento indefectible de fases, donde es Rodrigo el que se debe adaptar al dispositivo y no el dispositivo a él, perdiéndose de vista que los adolescentes con consumos problemáticos están amparados bajo la órbita de la Ley Nacional N° 26.657, que en su Art 7 inc. D declara “el derecho a ser tratados con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”.

Diversos aspectos surgen aquí. Uno de ellos es que generalmente las instituciones están fuera del territorio rionegrino o distante de la localidad de origen, lo que en un primer momento genera disgregación -trasladándolos fuera de su ámbito comunitario-, luego se los normaliza según criterios médicos y se intenta *reinsertarlos* en su comunidad después de internaciones prolongadas, siendo preponderante en esta instancia pensar sobre el efecto de desobjetivación de estas condiciones, ya que cuando se prioriza una internación prolongada, otros derechos quedan relegados en favor de la salud mental.

Por lo abordado anteriormente, considero imprescindible enfatizar las palabras de Alejandra Vita cuando plantea en su texto *Del niño Sacer al sujeto hablante* que:

La posición implicada y la certidumbre de la pertenencia a un entramado comunitario donde la acción u omisión de unos/as opera e incide sobre los destinos de otros/as, son más que un ideal, se trata de una decisión del deseo

puesta en acto en las intervenciones de rescate subjetivo de estos niños y niñas. (2018, p. 9)

Que la Ley de Salud Mental esté escrita con perspectiva de Derechos Humanos pareciera alentador, aunque al mismo tiempo nos resuenan las palabras de la filósofa Judith Butler (2006) cuando dice “podríamos decir que la tarea pendiente de los derechos humanos consiste en volver a concebir lo humano, cuando se descubre que su supuesta universalidad carece de alcance universal” (p. 122).

Referencias:

- Angenot, M (1998) *Interdiscursividades, de hegemonía y disidencias*. Universidad nacional de Córdoba. Córdoba.
- Assef, J (2013) *La subjetividad hipermoderna*. Bogotá. Revista Nueva Escuela Lacaniana de Psicoanálisis.
- Butler, J (2006) *Detención indefinida en Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires. Paidós.
- Enciclopedia Jurídica (2020) Recuperado de: <http://www.encyclopedia-juridica.com/inicio-encyclopedia-diccionario-juridico.html>
- Lacan, J (1964) *Los cuatro conceptos fundamentales. Seminario 11*. Ed. Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J (1966) *Función y campo de la palabra y el lenguaje. Escritos I*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores.
- Miller, J-A. y Laurent, E. (2005), *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Pérez, M T (2013) *Lo real sin ley y el cuerpo*. Revista digital Virtualia. Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar>

Vita, A. (2018) *Abuso sexual contra niños-as. Del niño Sacer al sujeto hablante.*
Revista El Hormiguero. Psicoanálisis ◇ Infancia /y Adolescencia/s. Recuperado de
www.psicohormiguero.com.ar . ISSN 25458043.