

## Cartilla 8:

# Enfoque para investigaciones respetuosas. Derechos humanos y salud mental

## Caja de herramientas | Cartillas OPD

En esta cartilla se presentan algunas recomendaciones para investigar desde un enfoque de derechos humanos, que particularmente integre las complejidades, de un modo respetuoso, de los problemas del campo de la salud mental.

Diversos movimientos por la identidad en Argentina han llevado adelante una larga lucha por los derechos humanos que se ha trasladado, también, a las investigaciones académicas y las políticas estatales. El enfoque de derechos humanos supone adecuar las matrices epistémicas y las estrategias metodológicas a las particularidades que se configuran en cada situación. Por otro lado, el campo de la salud mental se entiende como un campo amplio, complejo, multidisciplinario, cuyos alcances y límites se encuentran aún en construcción. Estas características permiten una apertura del mismo a las ciencias sociales, sin reducirse solo a las disciplinas médicas, clínicas o psicológicas.

Observatorio Argentino de Drogas | OAD

# 1. PRIMERA PARTE: QUÉ ENTENDEMOS POR ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

El enfoque de derechos humanos supone adecuar las matrices epistémicas y las estrategias metodológicas a las particularidades que se configuran en cada situación, única y específica, atendiendo a las historias de vida y trayectorias de las personas. Esto no implica el olvido de los contextos sociales más amplios en que se desarrollan dichas vidas.

Esta perspectiva encuentra su **relevancia en que históricamente los derechos de las personas con padecimiento mental, personas consumidoras de sustancias y personas detenidas en contextos de encierro han sido vulnerados y violados**. No en todas las legislaciones estatales del mundo, que le brindan un marco a las investigaciones, estos

campos de problemas son vistos como una **negación de los derechos humanos de las personas, es decir, como una desubjetivación de ellas**, lo cual significa, **la eliminación de la condición de sujeto de las personas** (Galende y Kraut, 2006). Esta perspectiva permite cuestionar las políticas y prácticas violatorias de los derechos humanos a las personas padecientes, estigmatizadas, encerradas, etc. que han sido o son sometidas (Faraone, 2013).

La importancia de esta perspectiva es que se acerca, estudia e investiga a partir de comprender a los sujetos con autonomía y capacidad de decisión, que contando con las herramientas de fortalecimiento subjetivo a través del conocimiento de sus propios derechos, de sus alcances y



capacidades, pueden mantener lugares activos de enunciación y acción (Oberti, 2019).

En las investigaciones que se desarrollan desde la Sedronar, esta mirada implica repensar el modo en que se construyen los datos; desde la misma secretaría, los distintos observatorios y redes de investigación provinciales, entre otros puntos de producción de conocimiento. En este sentido, no solo se requiere medir los patrones de consumo, sino considerar las condiciones sociales de vida, los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, las condiciones institucionales, los escenarios y coordinadas espacio-temporales de las prácticas de consumo de sustancias, etc.

En esta misma línea, al abordar problemáticas sociales que pueden afectar la salud de la

población, es necesario superar la perspectiva de los paradigmas biologicistas, y conceptualizar la salud pública como un amplio campo de saberes y prácticas sobre el bienestar colectivo. Dicho campo se construye de modo dinámico, en un escenario de disputa entre los diferentes insumos metodológicos, conceptuales y técnicos que se requieren para poder dar cuenta de la complejidad de lo colectivo.

Tomar como punto de partida esta mirada o paradigma a la hora de abordar los consumos de sustancias determina en gran medida las respuestas político-asistenciales y las estrategias de prevención y acompañamiento que construyamos y consideremos válidas, así como nuestras formas de conocer y de construir datos científicos en materia de consumos.

## 2. SEGUNDA PARTE: EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA

La sanción en diciembre de 2010 y la regulación en 2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 introdujo un horizonte de expectativas de cambios promotores de la atención en salud mental desde enfoques no restrictivos de los derechos de las personas con padecimiento (Faraone, 2013). La sustitución de las lógicas manicomiales implica una apuesta a la construcción de un proyecto que debe transformar el mismo espacio hospitalario, pero también crear las condiciones para la externación y la dificultad que conlleva. Así, la institución psiquiátrica sería desplazada por el eje de la atención y la comunidad, asumiendo el cuidado de las personas con padecimientos mentales. Para que

esto comience a suceder fue clave la producción de legislación en salud mental, en la búsqueda de la ampliación, protección y conocimiento de los derechos de los usuarios de salud mental (Oberti, 2019).

En investigación, desde las Ciencias Sociales, se sugiere y recomienda comprender a la salud mental como un campo, en los términos de Pierre Bourdieu. **De este modo, al campo de la salud mental lo entendemos como un espacio de juego históricamente constituido, con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias.** Es decir, como un campo



---

de fuerzas, de luchas destinadas a conservarlo o transformarlo (Bourdieu, 1990; Gutiérrez, 1999). En esta línea, Emiliano Galende (1990) ha subrayado que se trata de un campo amplio, complejo, cuyos alcances y límites se encuentran aún en construcción. También comprende un carácter multidisciplinario e intersectorial que requiere de un abordaje analítico complejo.

Finalmente, aunque no profundicemos en este punto, se requiere aclarar que la salud mental no se reduce meramente al discurso o a la práctica médica, psiquiátrica o psicológica. Por el contrario,

su amplitud y complejidad permite y reclama preguntas e indagaciones desde diversas ciencias, como las que comprenden a las ciencias sociales, filosóficas y epistemológicas. Por otro lado, una segunda reducción cotidiana a tener en cuenta, es que la salud mental no se limita a los problemas del manicomio y el encierro, muy por el contrario, actualmente los problemas de la salud mental se relacionan con diversos procesos coyunturales como la medicalización y la farmacologización, la atención del padecimiento de diversas comunidades y disidencias, etc.

# 3. TERCERA PARTE: CONCEPTOS Y NOCIONES

Al hablar de salud mental, muchos conceptos son relevantes e interesantes, dado que nos permiten ampliar y complejizar el panorama de problemas. Sin embargo, en esta oportunidad, se presentan sólo algunos, los cuales entendemos como clásicos. Tienen a ser utilizados para comenzar algunas indagaciones, investigaciones y preguntas.

**Encierro manicomial:** el manicomio tradicionalmente fue un lugar que ordenó la vida social excluyendo y encerrando a las personas, pero también organizó la vida cotidiana de los internados de múltiples formas. “Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio” (Goffman, 1961, p. 19). Las instituciones totales, como el manicomio, lo que logran es una ruptura de las barreras cotidianas de estos tres ámbitos, desarrollando los aspectos de la vida en el mismo

lugar y bajo la misma autoridad, estrictamente programados en tiempos más o menos fijos, lo cual implica un conjunto de normas y funcionarios que las harán cumplir. Así, entendemos que uno de los mecanismos clave de estas instituciones es el manejo, expropiado por la organización, de la totalidad de las necesidades de los individuos, absorbiéndolos bajo sus propias lógicas, proporcionando al usuario un mundo propio, absorbiendo todo su tiempo e intereses (Galende, 1990).

**Estigma:** lo entendemos como una construcción mediada y realizada en las relaciones sociales, no como una esencia de la persona. Lo comprendemos, también, en términos de lenguaje de relaciones, y no llanamente como un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1998). Y si bien tal categoría no pierde la capacidad de “designar un atributo que arroja un descrédito profundo sobre aquel que lo lleva” (Martini, 1994: 7), aquello que nos interesa es **su potencia relacional**.

**Institución total (o totalizadora):** en términos de Goffman, se trata de “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (1961, p. 13). Son erigidas con el supuesto objetivo de cuidar de aquellas personas que resultan incapaces de cuidarse por sí mismas pero que, además, son una presunta amenaza para la sociedad (Goffman, 1961).

**Padecimiento:** La Ley Nacional de Salud Mental establece la noción de padecimiento, avanzando sobre antiguas nociones como trastorno y enfermedad (Faraone, 2013b). Tal como promulga la normativa, ya no se habla en dichos términos, sino de padecimiento o sufrimiento: “La presente

ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

En consecuencia, entendemos la emergencia del concepto de padecimiento mental vinculada a los derechos sociales, humanos y políticos. Así, las nociones de padecimiento psíquico y sufrimiento mental implican una ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental (Galende, 1990).



## 4. CUARTA PARTE: MARCO NORMATIVO RELEVANTE

Se recomienda siempre tener presente las siguientes leyes, decretos y artículos:

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657
- Ley Plan IACOP N° 26.934
- Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N° 26.529

# 5. QUINTA PARTE: BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA PARA COMENZAR A INDAGAR

## Bibliografía para indagar los problemas del campo:

Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología Conocimiento y Sociedad*. Forthcoming 2018.

Faraone, S. y Valero, A. (coord.) (2013a). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

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

Oberti, M. L. (2019). Milagros Luján Oberti. *El Dispositivo de Salud Mental: Análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10*. Tesina de Grado para la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

## Bibliografía clásica del campo:

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

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

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

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

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, 25 de noviembre.

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La Experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia.

**Sedronar**

Secretaría de Políticas Integrales  
sobre Drogas de la Nación Argentina



Jefatura de  
Gabinete de Ministros  
**Argentina**

**Argentina unida**