

Material Didáctico Sistematizado.

LOS ESCENARIOS SOCIO-HISTÓRICOS Y LAS INSTITUCIONES DISCIPLINARIAS. FICHA DE CÁTEDRA.

D'Agostino Agustina María Edna.

Cita:

D'Agostino Agustina María Edna (2018). *LOS ESCENARIOS SOCIO-HISTÓRICOS Y LAS INSTITUCIONES DISCIPLINARIAS. FICHA DE CÁTEDRA.* Material Didáctico Sistematizado.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/agustina.dagostino/106>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pp0B/Z30>



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

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



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

PSICOLOGÍA INSTITUCIONAL

**“LOS ESCENARIOS SOCIO-HISTÓRICOS Y LAS INSTITUCIONES
DISCIPLINARIAS”**

FICHA DE CÁTEDRA

Año del curso: 2018

Docente: Dra. Agustina D’Agostino

I. Introducción

El presente escrito tiene el propósito de introducir a las y los estudiantes en algunos aspectos teóricos que son abordados en el taller optativo *“Los escenarios socio-históricos y las instituciones disciplinarias”*, perteneciente a la cátedra de Psicología Institucional de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Este taller comenzó a dictarse en el año 2010, a partir de la sanción de la nueva Ley Nacional de Salud Mental n°26.657. Enmarcada en el enfoque de Derechos e Inclusión social, la sanción de esta Ley implica el pasaje del paradigma de la exclusión al de Derechos Humanos. Al reconocer a los sectores excluidos como titulares de derechos que obligan al Estado, se modifica la lógica de políticas elaboradas para la asistencia de personas con necesidades, por la de sujetos con derecho a demandar prestaciones y conductas (Abramovich, 2006; Pautassi, 2010). En consonancia, la Ley Nacional de Salud Mental enuncia: “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...” (Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, Art. 1).

Este trabajo está estructurado en dos partes, la primera, incluye la presentación de algunas cuestiones conceptuales y teóricas que permiten pensar el movimiento al paradigma de derechos para los grupos que fueron incluidos/excluidos en las instituciones disciplinarias penales y psiquiátricas. Se enuncian las características de las *Instituciones totales* en relación con los modos de *producción de subjetividad* (Fernández, 1997; Pérez, 2008). Se señalan *Algunas cuestiones históricas sobre la institución psiquiátrica y la prisión* (Amarante, 2009; Foucault, 2008, 2012). Se presenta la *Exclusión social como el resultado de la dinámica del proceso de marginalización* (Castel, 1991). Para finalmente, describir la *constitución del campo de la Salud Mental* (Amarante, 2009; Cohen, y Natella 1994, 2013; del cueto, 2014; Rotelli, 2014), y las principales características de la *Ley Nacional de Salud Mental n°26657*.

En una segunda parte de presenta el “*Instructivo del taller Los escenarios socio-históricos y las instituciones disciplinarias*” (Anexo 1), en el que se explicita la bibliografía para cada encuentro y la modalidad de evaluación del mismo; a continuación se expone un listado de *Material Audiovisual y periodístico Recomendado*. (Anexo 2).

Instituciones disciplinarias: De la Exclusión Social al Paradigma de Derechos

1. Instituciones totales y producción de subjetividad

Las instituciones totales, o totalitarias como las llama Goffman, son instituciones con una alta capacidad de absorción del individuo. Las acciones, los intereses, el tiempo, las relaciones, son reguladas por estas instituciones. Se produce un ataque a la singularidad y a la circulación del deseo, a partir de la homogeneización del agrupamiento (Pérez, 2008). Se trata de coartar la libertad del individuo y coaccionar sobre él. En la aparición de “el encierro”, el cuerpo deja de ser objeto para ser mediador: se convierten en objeto los afectos, los pensamientos, la voluntad, gracias a un sistema de prohibiciones y obligaciones, el uso estricto del tiempo, y la vigilancia permanente. La moralización, se convierte así en la estrategia para la sumisión de las clases trabajadoras y las peligrosas a las nuevas formas de funcionamiento de la sociedad.

Este tipo de instituciones surgen con el advenimiento de la burguesía como un nuevo orden social, los intercambios se regulan por contratos y el Estado es el garante de los mismos: se debe respetar la estructura contractual y sancionar toda

transgresión del orden jurídico-económico. (Esto hace referencia la emergencia histórica que tienen los dispositivos) (Foucault, 2008).

El sistema hospitalario psiquiátrico se aproxima mucho al de las instituciones carcelarias, correccionales, penitenciarias. Es un sistema fundado en la vigilancia, el control y la disciplina, con dispositivos de castigo y represión (Amarante, 2009). Siguiendo los aportes de Foucault (2008), podemos afirmar que en ambas instituciones se observan cuestiones propias de la disciplina, como técnica de ejercicio del poder

- 1-Una distribución espacial de los individuos.
- 2-Ejercicio de un control sobre el desarrollo de una acción.
- 3-Vigilancia perpetua y constante de los individuos.
- 4-Un registro continuo de todo lo que ocurre en la institución.
- 5-Espacio de examen, de tratamiento, y de reproducción del saber médico.

Podemos ver algunos medios de “represión permitidos para obligar a los alienados a la obediencia”, en el artículo 32 de los estatutos del Hospicio Pedro II de 1952:

- 1-La privación de visitas, paseos y recreos.
- 2-La disminución de alimentos.
- 3-La reclusión solitaria.
- 4-El chaleco de fuerza.
- 5-Inmersión de la cabeza en el agua (torturas físicas).

2. Algunas cuestiones históricas sobre la institución psiquiátrica

El surgimiento del “hospital”: hospicio. No era una institución médica o de cura, sino un lugar para ofrecer abrigo, alimentación y asistencia religiosa a los pobres, mendigos y desamparados. “Instituciones religiosas”

¿Cuándo el hospital se transformó en una institución médica? En el S. XVII, en 1656 los hospitales pasaron a cumplir una función de orden social y político. “EL Hospital General” “La gran internación” o el “Gran encierro”: práctica generalizada de segregación y aislamiento de segmentos sociales: un nuevo lugar social para el loco y la locura en la sociedad occidental. La internación es determinada por autoridades médicas y judiciales. El Hospital general pasa de las funciones filantrópicas, a funciones sociales y políticas de control social, a una función posterior médica.

La intervención médica en el espacio hospitalario pasaría a ser regular y constante: el saber sobre el hospital le permite al médico agrupar las enfermedades, observar

su desarrollo y evolución (examen). Se produce un proceso de medicalización del hospital: el hospital se torna una institución médica, y la medicina se torna en un saber y una práctica hospitalaria. Este proceso fue posible a la tecnología política de la disciplina.

El Modelo bio-médico de la medicina occidental, es hospitalario, implica una relación con la enfermedad como un objeto abstracto y natural, y no se relaciona con el sujeto de la enfermedad.

Pinel: Alienación mental- Revolución Francesa. Ciudadanía (vinculada a la razón “virtud cívica, responsabilidad y compromiso social) y Burguesía. Si el hombre es un animal racional, al perder la razón sólo es un animal.

Alienato: volverse otro, puede implicar un peligro para la sociedad, perder el juicio, la noción de error y realidad. Por esta razón el concepto de alienación mental, nace asociado a la idea de “peligrosidad”. Todo alienado es un peligro para sus próximos y para sí.

El “tratamiento moral” implicaba el aislamiento y el “trabajo terapéutico”: En una sociedad de transición de los medios de producción, en los primeros momentos del capitalismo, el trabajo era un medio de reeducación de las mentes perturbadas y las pasiones incontrolables (Amarante, 2009; Foucault, 2008).

3. Algunas cuestiones históricas sobre la institución penal

De acuerdo a Foucault (2008), en nuestra sociedad ha prevalecido el encierro sólo desde finales del S.XVIII, con las grandes reformas que tuvieron lugar entre 1780 y 1820.

No hay un modelo universal de penalidad, sino una relatividad esencial en las penas: la infamia, la ley del talión, la esclavitud, son ejemplos de tipos de pena.

Es un hecho reciente y enigmático el encierro como pena. Desde el comienzo fue objeto de críticas formuladas por sus disfuncionamientos:

1. La prisión impide al poder judicial controlar las penas “la ley no entra en las cárceles”
2. contribuye a generar una comunidad de delincuentes que se solidarizan en el encierro.
3. al proporcionar abrigo, alimentación y trabajo, la prisión pasa a constituir un reclamo para la delincuencia.

La prisión es así denunciada como un instrumento que fabrica a quienes la justicia enviara y reenviará a prisión. Para esto se propone una reforma del sistema interno: Aislamiento completo y parcial, y moralización de los condenados mediante el trabajo, la instrucción, la religión, las recompensas y las reducciones de penas.

Se constituye además una “ciencia de los criminales”, que convierte la clase de desviación en objeto del discurso científico. La medicina se instala en el corazón de la práctica penal: el fin de la pena es curar.

Hay una nueva “física”, “mecánica”, “fisiología” y “óptica” del poder.

El encierro, interviene en:

1- la distribución espacial de los individuos,

2- y en el ámbito de conducta: castiga maneras de vivir, tipos de discurso, proyectos o intenciones políticas. El encierro interviene en nombre de la ley y la regularidad.

Las órdenes reales ascienden desde abajo: no es un instrumento exclusivo del poder arbitrario y absoluto.

Nuestra sociedad implementa un sistema de exclusión/ inclusión se excluye a algunos hombres del circuito de la población para incluirlos en las instituciones totales. La meta no sólo es castigar, sino también imponer por la fuerza un modelo de comportamiento y aceptaciones. Según Foucault, el objetivo del Grupo de Investigación en Cárceles, consiste en la *“Reintegración de los presos al marco de las luchas políticas”*, se postula así el reconocimiento de los derechos políticos de esta población.

La cuestión radica en descubrir qué papel le asigna la sociedad capitalista a su sistema penal, qué meta se busca, qué efectos producen los procedimientos de castigo y exclusión. ¿Qué lugar ocupan estos en el proceso económico, que importancia tienen en el ejercicio y mantenimiento del poder?, que papel cumplen en el conflicto entre clases. A modo de pregunta sostenemos: ¿Se reconocen con los derechos laborales de estas poblaciones?

Las medidas punitivas no buscan reprimir el delito: no sólo tienen el papel negativo de represión, sino también el papel “positivo” de legitimación del poder que dicta las reglas. La clase en el poder se sirve de la amenaza contra la criminalidad como una coartada continua para endurecer el control de la sociedad. La delincuencia da miedo y ese miedo se cultiva. El exceso en la pena (de la agonía a la guillotina) ya no es necesario: el objetivo es la mayor economía del sistema penal.

4. Dinámica del proceso de marginalización

Castel (1991), sostiene que existen grupos o individuos expulsados del circuito ordinario de los intercambios sociales: indigentes sin domicilio fijo, toxicómanos, jóvenes a la deriva, ex pacientes psiquiátricos, ex delincuentes salidos de instituciones totales: su situación de marginalización es resultado de un proceso, el desenlace o el final de recorrido de una dinámica de exclusión que se manifiesta antes de los efectos des- socializantes.

Se designan “poblaciones blanco”: etiquetamiento, destinatarios de políticas específicas, ¿qué hacer con este grupo?, no se piensa en la transversalidad que contienen estas categorías.

Las situaciones marginales se encuentra al final de un doble proceso de desenganche en relación al trabajo y la inserción relacional.

Trabajo estable- trabajo precario- no trabajo

Inserción relacional fuerte-fragilidad relacional-asilamiento social

Este esquema es dinámico, no son zonas dadas de una vez y para siempre.

1-zona de integración (trabajo estable y fuerte inscripción relacional)

2-zona de vulnerabilidad (trabajo precario y fragilidad de los soportes relacionales)

3-zona de desafiliación (ausencia de trabajo y aislamiento relacional)

4-zona de asistencia

El factor pobreza no es exclusivamente determinante: pobreza integrada, indigencia integrada, indigencia desafiada.

Asistencia generalizada y marginalidad residual

A fines de SXIX los Estados Europeos imponen el derecho a ayuda, garantizando prestaciones uniformes y legalmente exigibles. Las categorías son restringidas y recortan antiguas clasificaciones sobre la base de la incapacidad para trabajar: ancianos, discapacitados, enfermos incurables, niños abandonados.

5. Salud mental, constitución del campo

La salud mental es un campo de conocimiento y actuación técnica en el ámbito de las políticas públicas de salud. No se basa en un solo tipo de conocimiento. Se entrecruzan saberes de la psiquiatría, la neurología, neurociencias, psicologías, psicoanálisis, fisiología, filosofía, sociología, antropología, historia, geografía, entre otras. Además de incluir las manifestaciones religiosas, ideológicas, éticas y morales de las comunidades y pueblos con los que trabajamos. La naturaleza del campo de

la salud mental contribuye a pensar en términos de complejidad, simultaneidad, transversalidad de saberes, y dejar atrás un paradigma de verdad única y definitiva. Muchas veces las iniciativas de innovación se reducen a la reestructuración de servicios de asistencia: propuestas de reformulación de los servicios, intentos de humanizar, introducir nuevas técnicas y tratamientos para que se transforme en una institución terapéutica. “Cambios acotados a los servicios que dominaron la atención y la agenda de los profesionales y dirigentes” (p.62).

Se trata de un proceso social complejo en movimiento que se transforma permanentemente, en el que surgen nuevos elementos, situaciones a enfrentar, actores sociales, diferentes intereses, ideologías, concepciones teóricas, religiosas, étnicas, éticas.

1-Encontramos la dimensión teórico conceptual o epistémica: de la enfermedad como algo natural (paradigma positivista) a “poner la enfermedad entre paréntesis”

2-Dimensión jurídico política

3-Teórico Asistencial

4-Dimensión Socio-cultural: participación política y social.

6. Ley nacional de salud mental 26.657

Estructura y composición

Estructuralmente, la Ley Nacional de Salud Mental se encuentra dividida en 13 capítulos más un anexo en donde se presentan los “*Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*” que constituye uno de los antecedentes de esta Ley.

Fue promulgada el 2 de diciembre del año 2010 y publicada en el boletín oficial el 3 de diciembre de ese mismo año. Su reglamentación fue aprobada el 29 de mayo del año 2013.

En octubre de 2013, se aprueba el Plan Nacional de Salud Mental.

El texto de la Ley fue redactado por un psicólogo, legislador por la provincia de Santa Cruz, Leonardo Gorbacz; y fue promulgada siendo Director Nacional de Salud Mental y Adicciones de la Nación, otro psicólogo, el Lic. Yago Di Nella.

Algunos puntos centrales

La nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, aprobada en el año 2010 introduce modificaciones sustanciales en el rol y la práctica de los trabajadores de la salud en general y del psicólogo en particular. Esta normativa democratiza el ámbito de la salud mental porque (entre otros aspectos) se equipara el saber de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, licenciados en enfermería, entre otros, en lo que hace a la conducción de instituciones, servicios o equipos de salud mental. La misma está determinada por la idoneidad, anteriormente, esta función estaba vedado para los no médicos. Por otro lado, el psicólogo junto a otro profesional de otra disciplina puede determinar una internación o el alta de una persona, actos que antes sólo correspondían al médico psiquiatra solicitarla y el juez la determinaba. También se desjudicializan los permisos de salida transitoria o de visita, que antes requerían de la aprobación del juez.

Son requisitos indispensables desde la puesta en funcionamiento de esta normativa:

- La prohibición de creación de nuevos hospitales monovalentes, debiendo atenderse las problemáticas referidas a la salud mental en hospitales generales. Este ítem promueve la desmanicomialización y descronificación de tratamientos. Se prevé la reestructuración de los Servicios de Salud Mental.

- Se pone especial énfasis en la perspectiva de Derechos, sobre todo en relación a la puesta en valor de los derechos de los usuarios de los sistemas de salud.

- El trabajo interdisciplinario de todos los profesionales intervinientes. Esto está en relación con la concepción de sujeto de abordaje integral que se presenta en la ley. La interdisciplinariedad es uno de los puntos de mayor tensión en esta normativa, dado que muchas veces no se comprende el concepto de interdisciplina y se termina trabajando multidisciplinariamente, o muchas veces no hay personal suficiente para el trabajo interdisciplinario. En el primero de los casos, se hace necesario que se pongan en funcionamiento los espacios de formación y supervisión del personal que están contemplados en la ley, pero sin una puesta en forma concreta en la actualidad.

- Desjudicialización de la internación, que antes era dispuesta por un juez, quien determinaba tanto el comienzo como el fin de la misma. De este modo, se privilegia la noción de procesos de atención, ya que es el equipo interdisciplinario quien determina el inicio y fin del mismo.

- Énfasis en la integración comunitaria, ya que se toma a la internación como el último modo posible de atención, procurando que la misma sea lo más cerca posible de su comunidad de origen y con la premisa de que sea lo más breve posible. Esto también tiene que ver con la despsiquiatrización de la pobreza: los casos "sociales". La ley propone diferentes dispositivos alternativos a la internación para el tratamiento de las personas en comunidad, aunque resta capacitar personal para la puesta en práctica efectiva de esos dispositivos.

- Se le da mucha importancia al consentimiento informado, como uno de los derechos a promover, defender y hacer valer. También como modo de valorar al sujeto como partícipe y activo en su tratamiento, no tomarlo como sujeto pasivo.

- Se restringen las internaciones involuntarias a casos en donde corre un riesgo cierto e inminente la vida de la persona o de un tercero, es sólo para impedir un daño, retirándose la etiqueta de peligroso al sujeto que presenta una descompensación. Si se determina que la internación es el único medio que puede prevenir ese daño cierto e inminente, se procede a la internación involuntaria, pero debe ser por el tiempo estrictamente necesario.

- Se crea un órgano de revisión que supervisará las condiciones de internación, evaluará las internaciones involuntarias, recibirá y realizará denuncias sobre irregularidades, posee facultades de apelación y supervisión de internaciones involuntarias luego de un largo tiempo.

- Se incorpora a las adicciones como una problemática de salud mental, tomando a las personas con un uso problemático de drogas como sujeto de derechos.

- Se promueve un aumento en el presupuesto para salud mental (aunque este artículo no se encuentra reglamentado).

- Se parte de la presunción de capacidad de todas las personas.

Al igual que la Ley de ejercicio profesional, la Ley Nacional de Salud Mental, está redactada por profesionales de la psicología y establece un cambio fundamental en la práctica profesional al equiparar los saberes sobre salud mental con los psiquiatras. Así como la Ley de Ejercicio Profesional, sacaba a los psicólogos de la supervisión y del rol de auxiliares de la medicina que impuso la Ley Onganía, la Ley de Salud Mental, viene a ganar otro poco más de terreno en relación con la medicina.

ANEXO 1
“LOS ESCENARIOS SOCIO-HISTÓRICOS Y LAS INSTITUCIONES
DISCIPLINARIAS”
INSTRUCTIVO. CICLO LECTIVO: 2018

Presentación de la propuesta:

Con el objetivo de profundizar en temáticas específicas y actuales de nuestra sociedad, procurando un abordaje y un análisis desde las herramientas que nuestra asignatura oferta, se crea el espacio de Seminarios. Estos presentan una modalidad de taller y constan de aproximadamente 5 clases (en función del calendario académico) con una carga horaria de dos horas semanales.

Los encuentros combinan clases teóricas con la modalidad de taller de reflexión. En dichos encuentros se trabajará sobre los contenidos de la unidad temática correspondiente (Exclusión, Géneros o Infancias) cuyo contenido forma parte del programa general de la materia. Tales encuentros estarán coordinados por un docente de la asignatura y ayudantes-adscriptos alumnos designados.

La aprobación del seminario es condición para la promoción de la cursada y consiste en la asistencia regular y un parcial grupal domiciliario. El parcial tiene una instancia de recuperatorio (coloquio grupal) y forma parte de las tres instancias evaluativas de la materia, pudiendo acceder al art. 36 si se aprobaran las otras dos instancias (parcial de los TP y trabajo de campo). En el caso de los alumnos que se encuentran en el sistema de promoción sin examen final deberán obtener un 6 en el parcial grupal domiciliario.

Las asistencias se computan de forma independiente a las asistencias de trabajos prácticos. Conforme a lo estipulado en el Régimen de Enseñanza y Promoción- 85% de asistencias- (pueden faltar solo una vez).

Propósitos

-Aportar conceptos provenientes de diversos campos de conocimientos en la articulación de los procesos institucionales, la producción de subjetividad y la temática elegida (Géneros, infancias o exclusión).

-Indagar en torno a los conocimientos previos e implicaciones de los estudiantes respecto de la temática abordada.

-Promover el análisis y la crítica constructiva sobre los procesos históricos que involucran la producción de subjetividades.

-Elucidar acerca del imaginario social instituido y sus transformaciones.

Objetivos

-Que los alumnos se aproximen a las prácticas institucionales-comunitarias de restitución, protección y promoción de derechos ante los analizadores sociales abordados en el seminario.

-Que los alumnos logren comprender la importancia del marco legal, y su surgimiento histórico, como herramienta de acción profesional.

-Arribar a propuestas de estrategias de abordaje institucional y comunitario en el campo de indagación propuesto.

-Participar activa y responsablemente

Evaluación del Seminario

Parcial domiciliario grupal, de 4 a 6 integrantes **sin excepción**

Pautas formales de presentación: hoja A4, de seis a diez carillas con letra arial 12, interlineado 1,5. sin caratula y sin bibliografía)

Colocar en la caratula la comisión a la que pertenece cada alumno.

Consigna para el trabajo final

A partir del recorte de una situación problemática concreta, relativa al campo de indagación propuesto en la temática del seminario cursado construya y diseñe posibles estrategias de intervención acorde a los nuevos paradigmas que instituyen las legislaciones actuales en dicha temática.

Para tal diseño tenga en cuenta:

- 1) las formas institucionales que proponen las legislaciones, los principios rectores, población a la que va dirigida y actores intervinientes (profesionales, operadores, comunidad, diferentes instituciones).
- 2) las urgencias históricas a las que responde y las construcciones histórico sociales que lo anteceden.
- 3) dilucide las propias implicaciones del grupo y los saberes e imaginarios previos a la temática propuesta.

El trabajo final deberá tener las siguientes características:

- Marco teórico que dé cuenta del posicionamiento teórico que subyace a las diferentes legislaciones.
- Presentación de la problemática a abordar. Aquí deberá especificarse desde qué "supuesta" institución se inserta el psicólogo para el abordaje, realizando una breve descripción de dicha institución
- Presentación del dispositivo diseñado frente a tal situación problemática.

Tener en cuenta:

¿Cuál/es serían los objetivos y metas del dispositivo para su abordaje? ¿Qué prácticas podrían llevarse a cabo?; ¿cuál sería la especificidad del psicólogo allí?; ¿tal dispositivo implica un trabajo interdisciplinario?

Recuperatorio: coloquio en forma grupal oral (Fecha a acordar con el docente).

Art. 36: quienes no hayan alcanzado los objetivos en la instancia de recuperación y tengan aprobadas, ya sea en el primer examen o en el recuperatorio, las otras dos instancias de evaluación de la cátedra tienen la posibilidad de rendir el art 36 para aprobar el seminario. El mismo se tomara en forma escrita.

Bibliografía indicada para cada encuentro

1º encuentro

Temas a trabajar

Instituciones totales o totalitarias.

Algunas cuestiones históricas sobre la institución psiquiátrica.

Exclusión social: dinámica del proceso de marginalización.

Salud Mental, constitución del campo.

Modalidad de la clase: Expositiva.

Bibliografía

-Amarante, P. (2009). Salud Mental, Territorios y Fronteras. *Superar el manicomio* (pp.17-21). Buenos Aires: Topía.

-Amarante, P. (2009). Una institución para locos, enfermos y sanos. *Superar el manicomio* (pp.23-37). Buenos Aires: Topía.

-Castel, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión en *El Espacio Institucional N°1*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

-Foucault, M. (2012). Acerca de la cárcel de Attica. *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida* (pp. 181-193). Buenos Aires: Siglo XXI.

-Pérez, E.A. (2008). Instituciones totales y producciones subjetivas En: Ana María Del Cueto, *Diagramas de psicodrama y grupos - cuadernos de bitácora II* (pp.147-153). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

-LEY NACIONAL N° 26657 de SALUD MENTAL (2010, diciembre). Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>

Bibliografía ampliatoria

-Foucault, M. (2008). Incorporación del hospital a la tecnología moderna. *La Vida de los Hombres Infames* (pp.107-120). La Plata: Editorial Altamira.

-Foucault, M. (2008). La sociedad punitiva. *La Vida de los Hombres Infames* (pp.37-50). La Plata: Editorial Altamira.

2º encuentro:

Temas a trabajar:

Salud Mental, constitución del campo.

El paradigma de la exclusión: las instituciones cerradas. El hospital psiquiátrico y las cárceles. Situación actual.

Modalidad de la clase:

1) Primer momento: Exposición dialogada.

2) Segundo momento: Taller.

Bibliografía

-LEY NACIONAL N° 26657 de SALUD MENTAL (2010, diciembre). Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>

3º encuentro:

Temas a trabajar:

Nuevas alternativas y dispositivos en el campo de la salud mental. Los actores institucionales y las prácticas profesionales.

Modalidad de la clase:

1) Primer momento: Exposición dialogada.

2) Segundo momento: Taller.

Bibliografía:

-Amarante, P. (2009). Estrategias y Dimensiones del Campo de la Salud Mental y Atención Psicosocial. *Superar el manicomio*. Buenos Aires: Topía.

-Cohen, H; y Natella, G. (1995). Nuevas estrategias de trabajo. *Trabajar en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

-Cohen, H; y Natella, G. (2013). Los principios rectores de la desmanicomialización. Los recursos humanos que los sustentaron. *La desmanicomialización. Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Rio Negro* (pp. 26-54 y 99-102). Buenos Aires: Lugar editorial.

-Rotelli, F. (2014). Desinstitucionalización: otra vía. *Vivir sin manicomios*. Buenos Aires: Topía.

ANEXO 2

Material recomendado

-PELICULA DOCUMENTAL: COMUNIDAD DE LOCOS

[https://www.youtube.com/watch?v= Yr9C00yiDo](https://www.youtube.com/watch?v=Yr9C00yiDo)

-CURSO VIRTUAL "SALUD MENTAL EN EL MARCO DE POLÍTICAS INCLUSIVAS"

En el marco de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, en mayo de 2013, el lic. Leonardo Gorbacz participó de la filmación de los presentes videos. Gorbacz es psicólogo, diputado nacional (mandato cumplido). Fue autor e impulsor de la Ley Nacional de Salud Mental, y participó en su reglamentación. En los videos, Gorbacz explica en detalle los alcances de la reglamentación, que representa la confirmación de los principios y los derechos incorporados por la Ley Nacional y permite avanzar en su plena aplicación, a fin de hacer efectivas las garantías de las personas usuarias del servicio de salud mental.

Parte 1: <https://www.youtube.com/watch?v=EjpVxWle2AA&t=2s>

Parte 2: <https://www.youtube.com/watch?v=YFFMkvfZf-A>

Parte 3: <https://www.youtube.com/watch?v=U--hjLWwt4g>

Parte 4: https://www.youtube.com/watch?v=-GT_vqY14L4

Parte 5: <https://www.youtube.com/watch?v=3a6NY3dV-9Q>

-INFORME "Vidas Arrasadas"

Informe CELS: <https://www.youtube.com/watch?v=Ekv5JD0k42I>

-TESTIMONIOS

La ley de la locura: Alan Robinson es licenciado y profesor en arte dramático. Se considera a sí mismo un artista neurodivergente, dado que el delirio y la alucinación se manifiestan mediante su poética, ética y estética.

<https://www.youtube.com/watch?v=ZhcusOb1wuc&t=30s>

<https://www.youtube.com/watch?v=NkENrNJkGnE>