Emiliano Galende

# Psicofármacos y Salud Mental

## *La ilusión de no ser*

SRM Cursos®

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R M Cursos®

Lugar Editorial

Capítulo 5

# *Los fundamentos de Salud Mental*

En este capítulo trataré de abordar lo que entiendo es hoy la cuestión fundamental para comprender la situación en la cual estamos en Salud Mental, los caminos que se han abierto y los nuevos obstáculos hallados, que otorgan a este campo un panorama conflictivo, contradictorio, donde aun coexisten teorías y prácticas antagónicas y el logro de la meta propuesta no alcanza aun a vislumbrarse con claridad. Para este objetivo creo debemos tener en cuenta que Salud Mental no ha logrado aún constituir un campo teórico sistematizado ni tampoco un cuerpo de prácticas que se desprenda de su comprensión o construcción teórica del campo. De esta manera, esta falta de una coherencia epistemológica y metodológica, lleva a sus agentes, profesionales o no, a una dispersión y heterogeneidad de sus prácticas, por lo general referidas a sus disciplinas de origen, y no siempre comprendiendo su integración y su rol profesional en el nuevo campo.

Entiendo que el desafío mayor que tiene hoy Salud Mental está dado por lograr esta coherencia epistemológica y metodológica, que sistematice su campo teórico y práctico, y que genere la consistencia necesaria en su comprensión teórica de los problemas que trata, a fin de hacer posible la transmisión de la experiencia y de los conocimientos producidos. Es posible pensarlo bajo la idea de la construcción de una *transdisciplina*, pero los problemas a resolver son las contradicciones, los antagonismos y los conflictos que se plantean entre las varias disciplinas que intervienen, especialmente entre el modelo médico de la psiquiatría positivista y la orientación social del conjunto de las estrategias comunitarias.

## El espacio social del sufrimiento mental a la llegada de Salud Mental

Foucault mostró cómo la psiquiatría, como especialidad médica, surge a comienzos del siglo XIX teniendo el mandato de ocuparse de una población ya encerrada en los establecimientos del Hospital General. Sabemos

SRM Cursos®

cómo este mandato de origen condicionó muchos de los caracteres que tendrá esta disciplina a lo largo de su historia. Se trataba no de crear un conocimiento nuevo sobre la locura, ya que por entonces el espacio social de la locura estaba ya ocupado por la práctica del encierro del loco bajo condiciones similares a las de las prisiones y compartiendo esos lugares con sujetos de otros dramas sociales: vagos, prostitutas, pobres, enfermos de patología venérea, etc. El mandato era diferenciar entre esta población a los locos, separarlos y crear los lugares del nuevo alojamiento bajo la tutela de los médicos.

Del mismo modo, como ya he señalado, la propuesta de Salud Mental en la segunda mitad del siglo XX, tampoco surge como la creación de un campo social nuevo: el espacio de los trastornos psíquicos, su definición, su interpretación, qué profesionales debían ocuparse de ellos, cómo debían ser tratados, y el dispositivo jurídico que respaldaba y legitimaba este modelo de atención, estaba desde siempre ocupado por la psiquiatría. Ésta ya había definido esos trastornos como enfermedades, aun cuando su relación con la medicina era claramente marginal, contaba ya con los dispositivos de atención, basado en consultorios externos en los que se atendía a quienes demandaban atención o eran conducidos allí por sus familias, jueces o policía; la red de hospitales psiquiátricos situados por lo general en las ciudades, y en los que funcionaban estos consultorios externos como puerta de entrada a los mismos; y desde comienzos del siglo XX las denominadas Colonias de Rehabilitación, adonde eran conducidos esencialmente pacientes que se habían cronificado en los hospitales psiquiátricos de las ciudades. Estas colonias, once en el caso de Argentina, se ubicaban en zonas rurales, y fueron pensadas desde sus comienzos como lugares de contención para sujetos que no tenían chances de retornar a la vida social; gran parte de los trabajos que allí hacían los pacientes tenían más el sentido de proveer a las necesidades de las colonias mismas que de ser programas reales de rehabilitación. Pequeñas ciudades de locos, que albergaban entre mil y dos mil personas cada una, eran como la retaguardia de la atención psiquiátrica, allí han ido a parar todos aquellos que desde la internación en el hospital psiquiátrico no habían logrado retornar a su familia, o no tenían nada en la vida social a lo cual retornar. La composición de esta población internada era similar en muchas cosas a la que encontraron los primeros psiquiatras en los asilos: locos, pobres, desamparados de la vida social.

Este modelo de atención contaba con un ordenamiento jurídico preciso: ya en el Código Civil estaban incorporados (en gran parte copiado de la Ley Esquirol de 1838) los criterios para la declaratoria de incapacidad, y las atribuciones del psiquiatra para la internación, voluntaria o compulsiva, a través de su certificación de alienación y el argumento nefasto de la peligrosidad del sujeto. También en el Código Penal, el conocido Artículo 34, que hace que quien tuviera las facultades psíquicas alteradas y no



pudiera comprender sus actos, sea derivado sin proceso ni defensa, con condena implícita, a los hospitales psiquiátricos, condena sin tiempos y sin relación alguna con el delito cometido. También ya estaba instalada la disciplina como una especialidad más de la medicina, y enseñada en las facultades de medicina, aun cuando nunca muy tenida en cuenta por los médicos, de allí surgían los títulos habilitantes. En Argentina la Ley 17.132, dictada durante una dictadura en 1967, sancionaba la sola incumbencia del médico para la atención de estos trastornos y situaba como auxiliares del médico a los psicólogos, terapistas ocupacionales, enfermeros, etc. Y también estaba establecido el imaginario social de la locura y la psiquiatría como la disciplina legitimada, tema del cual nos hemos ocupado en el Capítulo 2.

De esta manera el espacio social del trastorno psíquico respondía a una historia y a una consolidación social que resistía los temores de la población por este poder del psiquiatra para declarar la alienación y sentenciar la pérdida de libertad. Resistía también las críticas y las denuncias al sistema asilar, que se venían formulando desde sus orígenes. Las tres cuestiones claves del dispositivo estaban aseguradas: ¿Qué son las enfermedades mentales? ¿Quiénes deben tratarlas? ¿Cómo deben ser tratadas? Las propuestas de Salud Mental, la fijación de sus principios y criterios de atención, no surgen de la psiquiatría misma (aun cuando fueron muchos los psiquiatras que tomaron partido y se incorporaron a esta posición), sino principalmente de las denuncias de posguerra sobre los manicomios en su impactante analogía con las condiciones de vida de los campos de concentración del nazismo. Estas denuncias llegaron a Naciones Unidas y a la Organización Mundial de la Salud, y desde estos organismos comienza a difundirse por el mundo. Pero antes de avanzar en esto creo necesario sintetizar los períodos en los cuales los cambios de perspectivas de la psiquiatría a lo largo de su historia generaron diferentes modelos de comprensión, no tanto de las prácticas, para constituir una sumatoria de prácticas diversas que se han mantenido hasta el presente. El repaso de la historia de estos momentos de la psiquiatría nos ayudará a comprender mejor la llegada de la propuesta de este giro hacia la Salud Mental.

## Continuidad y cambios en la historia de la disciplina

Existen diferentes interpretaciones de la historia de la psiquiatría. Desde las más positivistas que entienden la historia como un proceso de progreso continuo, que va desde las comprensiones míticas o religiosas de la locura hasta su iluminación por el conocimiento científico del siglo XIX, hasta su periodización, como lo hace Henri Ey, en base a sus cambios de paradigmas

SRM Cursos®

teóricos. No me interesa en este capítulo volver sobre esta historia,[1] el objetivo es solamente mostrar en su periodización, sus progresos y regresiones, para situarnos más fundadamente sobre los últimos cincuenta años, en los cuales surgen las propuestas de su reestructuración bajo los principios de la salud mental.

Podemos a este efecto diferenciar al menos cuatro "momentos", que van desde antes de su aparición en la medicina, hasta los años sesenta del siglo pasado en que comienza a difundirse las propuestas de Salud Mental. Digo "momentos", no períodos, concepto que implica una cierta comprensión lineal del desarrollo como progreso. Como veremos, esos momentos pueden situarse en sus fechas, en los cuales dominan ciertos criterios de comprensión, algunas teorías y sus prácticas, pero en cierto modo no se trata de una superación de un momento a otro, sino de dominancias transitorias que hacen que los principios de comprensión y las prácticas que se realizan son en gran parte simultáneas. No existen paradigmas en psiquiatría (Kuhn), porque ésta no ha sido ni es una "comunidad científica", sino más bien una articulación entre la definición social y política de un problema social existente que afecta a determinados individuos, los trastornos psíquicos; un ordenamiento jurídico sobre cómo tratar a esos sujetos afectados; un sistema institucional para su tratamiento; decisión de una incumbencia legal, que legitima a quienes deben ocuparse de los mismos. Voy entonces a abordar el tema bajo la diferenciación de cuatro momentos de este devenir histórico, guiándome por esos ejes: definición conceptual del sufrimiento, ordenamiento jurídico, instituciones, incumbencias y prácticas legitimadas.

Un primer momento es aquel, el más prolongado, anterior a la Revolución Francesa, es decir, hasta el año 1791, al que denominaré "momento político cultural", en que se sancionan los decretos que darán lugar a la fundación médica de la psiquiatría. Un segundo momento abarca todo el siglo XIX, podemos denominar a éste como "médico-positivista", aun con variantes que veremos; un tercer momento está dado por la irrupción de las críticas a este positivismo médico y el surgimiento de las psicoterapias, este momento abarca la primera mitad del siglo XX, y podemos denominarlo por su rasgo más importante, como "influencia de la psicopatología", momento de un retorno de la filosofía al campo de la locura y también la irrupción de las ciencias sociales en la comprensión del funcionamiento institucional de la psiquiatría; finalmente un momento que se inicia en la posguerra, los años cincuenta del siglo pasado, en el cual bajo la consigna de la reestructuración global de la atención psiquiátrica, se desarrollan las consignas de Salud Mental.

1. Un resumen del período positivista puede leerse en Galende, E. y Kraut, A. *El Sufrimiento Mental*, op. cit.



En lo que llamamos *"momento político cultural"*, la medicina mental ha querido situar los modos míticos o religiosos de comprensión de la locura, como si la nueva disciplina no fundara en ningún mito sus propias consideraciones, sino sobre una razón científica. Vale al respecto las demostraciones de Hans Blumenberg[2] sobre los mitos constitutivos de la razón moderna, sobre algunos de los cuales versó el primer Capítulo. En esta larga parte de la historia de la humanidad, hasta la revolución burguesa, los sufrimientos mentales existían en el espacio social, con tratamientos diversos. Lo primero y fundamental es que durante más de tres mil años, a pesar de que tal existente era reconocido, a nadie se le ocurrió construir un orden jurídico diferente al que regulaba las relaciones entre individuos sin manifestaciones de locura. Los filósofos se ocuparon de comprender la situación, desde Platón en su *Carménides*, hasta Hegel en su *Fenomenología del Espíritu*, o Kant en su texto *Antropología*. Coexistían con comprensiones religiosas y mágicas, de las cuales se desprendían modos de trato brindado a estos sujetos, pero en sentido estricto no existía una disciplina específica que los comprendiera y los tratara. Según la historia de la psiquiatría escrita por E. H. Ackernecht[3], las comprensiones de los médicos de ese periodo estaban basadas claramente en determinados mitos, éstos pertenecientes a la medicina de entonces.

Se sabe que desde el siglo XII existían en Arabia sitios que alojaban especialmente a estas personas trastornadas. Desde entonces existía una institución, a la cual llamaban "El Maristán", cuya función era brindar alojamiento y protección a estas personas que no contaban con capacidad de incorporarse a la vida social. Los musulmanes son en este sentido los primeros en elaborar una comprensión del loco como alguien incapaz de valerse por sí mismo en la vida social y necesitado de comprensión y ayuda. Estas instituciones existieron en el mundo árabe, la primera en Fez y ya en el siglo IX se fundó una en Granada, España, que persistió durante el período de convivencia entre musulmanes, judíos y cristianos[4] hasta el siglo XIV. Su construcción, de la cual aun se conservan restos, era similar a la arquitectura de los palacios y no solo se brindaba albergue en condiciones de libertad, sino que estas personas recibían alimentación, gratificaciones y trato especial, ya que se entendía que por su incapacidad debían recibir en el transcurrir de su vida terrenal aquello que podían no recibir en el cielo.

2. Blumenberg, Hans. *Trabajo sobre el mito*. Buenos Aires, Paidós, 2003 y *El mito y el concepto de Realidad*, Herder, 2004. Este autor ha mostrado de manera convincente los mitos que sostienen el surgimiento de la razón moderna, cuestionando su pretensión de haber surgido como ruptura con el pensamiento mítico anterior.
3. Ackernecht, Erwin H. *Breve historia de la psiquiatría*, Buenos Aires, Eudeba, 1962.
4. Granados, Juan A. y otros. *El Maristán de Granada. Un hospital islámico*. Madrid, AEN, 1989. Una Red de ocho universidades, cuatro de Europa y cuatro de América Latina, fundada en 1997, dedicadas a la investigación en salud mental, de la que formo parte, adoptó su nombre de estas antiguas instituciones musulmanas.

SRM Cursos

También en España, en el año 1409, desde otra perspectiva religiosa, se fundó el "Hospital de Desamparados", que luego fue replicado en otras provincias. Un humanista muy reconocido entonces por su gran formación filosófica, Luis Vives, junto a un fraile, el Padre J. C. Jofre, fundan este hospital con ayuda de la Iglesia y vecinos para alojar a personas que no contaban con recursos propios para sostener su vida, entre ellos los que padecían alguna forma de trastorno o retraso mental. En 1436 se funda en Zaragoza, por parte de la Iglesia Católica, una institución similar. En 1483 otro en Sevilla, hospital que alojó luego a muchos de los que regresaban de las colonias de España en América, trastornados o francamente reacios a su reintegración a la sociedad.

Ninguna de estas instituciones, las del Maristán o los hospitales religiosos, eran pensados como instituciones médicas, sino más bien basadas en la caridad y la beneficencia. Entre los árabes se entendía que los trastornos mentales de estas personas se debían de algún modo a fenómenos sobrenaturales, no a enfermedades. De allí la relación que buscaban establecer entre los delirios y la genialidad, como si se tratara de alguna iluminación divina, o la misma idea de "posesión", en tanto alguien extraño a sí mismos podía apoderarse de su alma para expresarse a través de ella y perturbarlo. Entre los años 1400 y 1800, este tipo de instituciones de caridad y beneficencia, en su mayoría fundadas por órdenes religiosas, se extendieron por toda Europa, con fundamentos y razones más bien filosóficas (el humanitarismo y la beneficencia) o religiosas. En Inglaterra se abren hospitales en Manchester en 1775, y el más conocido en York en 1777, y el Lunatic Hospital, en Liverpool. También el conocido El Retiro, organizado por los cuáqueros y dirigido por Tuke. Estos establecimientos se situaban a veces en monasterios, hospicios, o casas de refugio, y los atendían sacerdotes, monjas, algunos humanistas y personas dedicadas a la beneficencia. También se interesaron, como en el caso del instalado en Valencia y el de York, algunos médicos, más por su compromiso humanista que por su conocimiento médico.

Hay que tener en cuenta que durante todo el siglo XVIII en Europa crece el número de marginales. La población busca trabajo y alojamiento en las aldeas; en las ciudades multitud de pordioseros buscan refugio en las iglesias, vagabundos, leprosos y locos son conducidos en toda Francia a los establecimientos del Hospital General. El crecimiento de los lugares de caridad era un correlato de esta situación social de desamparo. Las razones estaban en que el capitalismo incipiente rompe la vida aldeana, a lo que se sumó la gran crisis del campo, con pérdida de las cosechas y el desplazamiento de grandes masas sobre las ciudades. La nueva producción industrial, que cambia el régimen tradicional del trabajo artesanal, y también la vida de los nuevos asalariados que se concentran cerca de las fábricas abandonando sus aldeas y su comunidad, o en el trabajo en las minas que modifica drásticamente sus



regimenes de vida. Se ha dicho que entre finales del siglo XVII y comienzos del XVIII había crecido en toda Europa el número de locos, lo cual no está demostrado; lo que sin duda es seguro que creció enormemente el número de pobres y miserables que deambulan por las ciudades.

Pero la población que alojaron estos establecimientos era muy reducida, la mayor parte de los individuos que padecían estos trastornos mantenían su vida en sus comunidades o se desplazaban entre un lugar y otro, huyendo a veces del malestar social que provocaban y debían enfrentar. Foucault reseña el trato que se les daba por medio de los viajes, "La nave de los Locos", que sin embargo en los registros conocidos de esa historia no parecen haber sido ni frecuentes ni dominantes. Lo cierto es que durante más de tres mil años la humanidad pudo convivir con estas personas trastornadas buscando comprenderlas dentro de los parámetros de su cultura, mítica, religiosa o filosófica. No había por lo tanto un orden jurídico especial para ellos, no existía una disciplina única que sistematizara un conocimiento sobre la locura, como tampoco una institución o especialistas que los trataran. El efecto de este ordenamiento fue el de dejar en la misma sociedad y en la cultura de su época la convivencia con estos sujetos y la búsqueda de comprensión y de trato hacía ellos. Esto no significa que se los tratara bien, como referí sobre el Maristán: en la Europa de la inquisición muchos fueron a parar a la hoguera o al destierro, pero no era un destino especial para el loco, ese era también el destino de muchos otros que se definían como peligrosos para el dominio de la religión.

Quiero señalar que curiosamente muchas de las condiciones de ese periodo de la humanidad, son las que ahora tratamos de restablecer para la comprensión y el trato del diferente por su trastorno mental: que la misma comunidad intervenga con tolerancia y ayuda, que no sufran el destino del estigma y la exclusión de su sociedad y su familia, que el trato esté dirigido a restablecer sus capacidades de integración a la vida social, a la de su comunidad, que quienes los traten no sean solo los especialistas sino que también participen su familia y la comunidad en los criterios para su integración a la vida. Creo que nadie duda de que no se trata ya de criterios basados en principios religiosos o míticos, se trata de fundarlos en una racionalidad que fue extraviada durante el período del dominio del positivismo médico y su correlato, los manicomios.

El momento *"médico-positivista"* se inicia con la Revolución Francesa, pero no es tanto P. Pinel, a quien erróneamente se identifica con la liberación de las cadenas a los locos y la fundación de la psiquiatría médica. Pinel no llega a Bicêtre y Salpêtriere por su condición de médico, y mucho menos porque poseyera un conocimiento sobre la locura, llega porque es un político confiable de la Revolución y ésta necesitaba compatibilizar sus principios humanísticos (especialmente la Declaración de los Derechos del Hombre) con el encierro miserable que representaban esas instituciones de

SFW Cursado

la Monarquía. Pinel no ocultó su intención política, más allá de los artículos y libros que escribiera describiendo y clasificando estos trastornos, su propuesta terapéutica se basaba en el disciplinamiento moral del loco y en su restitución a la sociedad bajo los principios de la Revolución. Me he ocupado en otros textos[5] de reseñar la fundación de la medicina mental, no volveré sobre ellos, solamente resaltaré, a los fines que guían este capítulo, los elementos centrales de este nuevo orden disciplinario para el sufrimiento mental del hombre.

Pero vale recordar que el positivismo en Derecho y en la psiquiatría nace en relación a una situación social que reclamaba soluciones. Por primera vez surge la idea de la "asistencia" a cargo del Estado, reemplazando a la caridad y la beneficencia. Desde entonces asistencia y pobreza están unidos y se extiende a toda la población necesitada: niños huérfanos, madres solteras, desocupados, ancianos y locos. El asilo mantiene esa indiferenciación entre locura y pobreza. Aun cuando el pensamiento médico positivista naciente ha tendido a ignorar esa confusión entre pobreza y locura, manteniendo en sus escritos la idea pura de la locura como enfermedad natural, lo cierto es que la pobreza pura se mantiene de orden privado, ya que es de responsabilidad del individuo procurarse trabajo e ingreso y el Estado solo lo asiste en condiciones extremas, mientras que la locura y el delito pasan a ser de orden público, el Estado se hace cargo de estos sujetos con el fin de proteger a la sociedad de su presencia. Desde entonces, enfermedad mental o delito, son las opciones para quienes no responden a las normas del comportamiento o de la Ley.

Ya he mencionado la fundación, por quien debe considerarse el padre de la psiquiatría positivista, Esquirol, de los tres pilares sobre los que se sostiene el edificio de esta nueva disciplina: su legitimación académica al integrarse a la medicina y de allí su reconocimiento oficial y la incumbencia del médico por su título de especialista; un orden jurídico especial sobre el trastorno mental, plasmado en la Ley de 1838, que respalda la incumbencia del médico y la delegación en su persona de funciones jurídicas como la de privación de libertad del enfermo; una red extendida de hospitales psiquiátricos que conforman la institución de la psiquiatría y el poder instituyente de la subjetividad de "alienado"; y la conformación de un imaginario social sobre la locura como peligrosidad y del psiquiatra como detentador de un poder de dominarla y controlarla. H. Ey observaba cómo este nuevo ordenamiento del conocimiento médico, permite abrir tres grandes ámbitos para el conocimiento positivo de la enfermedad: 1) el de los órganos vitales, ámbito de la medicina especial; 2) el de las relaciones del hombre con el mundo, espacio de la neurología; y 3) el de la integración física, psíquica, cultural y social del hombre, del cual se ocuparía la psiquiatría.

5. Galende, E. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires, Paidós, 1989 y *El sufrimiento mental*, op. cit.



Vale recordar algunos rasgos del debate intelectual de esos años previos a la intervención de Esquirol, que ayudan a entender el porqué de ese desemboque en el positivismo médico. Con Pinel no hay un nacimiento médico de la psiquiatría, porque no se trata de ningún progreso del conocimiento médico que hubiera llevado a esta disciplina. Nace esencialmente del debate de la Revolución, que se plantea exigencias éticas sobre la sociedad que está construyendo, frente a las cuales el asilo es un horror de degradación de la condición humana; de exigencias filosóficas, ya que era necesario a sus objetivos comprender la existencia humana en todas sus manifestaciones (de allí la publicación del libro *El tratamiento moral de las neurosis* de P. Pinel); y finalmente de las exigencias políticas y sociales de establecer las condiciones y derechos de ciudadanía. Esta disciplina no hubiera podido surgir sino enfrentando un debate entre la necesidad del reconocimiento social del individuo como existencia doble, entre lo público y lo privado; del derecho común de privacidad del que se derivan los criterios del "bien común" a preservar y la idea de peligrosidad del delincuente y el loco; y también de la constitución del Estado Moderno, porque la libertad individual y el valor espiritual del individuo son valores a preservar, el encierro compulsivo sin razón no podía ser admitido. Vale repasar los profundos debates filosóficos de esos años, que van de 1791 hasta la llegada de Napoleón, acerca de la naturaleza de lo humano, las relaciones entre las esferas de lo psíquico, el comportamiento moral y la responsabilidad del individuo.

Es también el tiempo de Hegel y su interés filosófico por develar lo esencial de la formación de la conciencia, cómo superar ese sujeto cartesiano dividido entre una parte racional y otra animal, entre los instintos y el entendimiento racional, moral, responsable de su dominio por el sujeto. Es el tiempo filosófico de la "alienación primordial", concepto del que se vale la psiquiatría para darle otro destino, antagónico al que lo fundara: el alienado de la psiquiatría esta del lado de lo animal, irracional. El de Hegel es una categoría necesaria para entender la conciencia en su pasaje obligado por la alteridad. Lo cierto y evidente es que el alienado, atrapado en esta concepción de lo animal, deviene puro instinto (por eso el tratamiento moral de Pinel), peligroso, no responsable de sus actos, y pasa a ser asumido por el Estado moderno como necesitado de control y custodia, en función del "bien común". Aquí fue la política y no la medicina quien triunfó sobre Hegel, impuso este giro extraño al concepto de alienación.

Sobre esta asunción del problema del trastorno mental por el Estado, bajo criterios de filosofía política, no médicos, es que se asume la decisión de la separación del loco de la sociedad, su vigilancia y control. Luego viene la medicina mecanicista, apoyada en las posiciones del positivismo de Augusto Comte, que entiende al cuerpo como máquina, para avalar que la alienación es expresión de una alteración de esa máquina biológica, sus

SRM Cursos

síntomas son la expresión, hipotética por cierto, de un cerebro alterado, de hormonas que funcionan mal, de humores que han perdido el equilibrio. La máquina biológica funciona mal y el espíritu se altera. Ya entonces hubo quienes observaron que esta posición consistía en una "medicina sin persona", es decir, sin sujeto. Finalmente un triunfo cartesiano sobre el entendimiento humano y la animalidad, la locura como sin razón, el loco como un desecho. En este contexto mecanicista de la medicina se incuba lo esencial del modo de comprender de la psiquiatría.

De esta manera nace, copiando los criterios etiológicos de la medicina, las diferenciaciones clínicas y las diversas nosografías, queriendo fundar entidades clínicas "claras y distintas". Pero la psiquiatría jamás logro afirmar la etiopatogenia de las entidades que postulaba, su anhelo de cientificidad médica se agotaba en las descripciones y la clasificación. La utopía detrás de la cual se lanzó la psiquiatría positivista era afirmar que detrás de sus descripciones semiológicas de los síntomas, las formas de comienzo y la evolución del trastorno, se ocultaba una causa específica de la enfermedad, postulada pero sin pruebas, como las que sí lograba la medicina respecto de otorgar racionalidad a sus tratamientos basándose en el conocimiento etiológico y patogénico de las enfermedades.

Esquirol, con su postulado de las "monomanías" pretende diferenciar y clasificar los trastornos en base a un rasgo parcial y dominante del mismo. Por este procedimiento sistematiza una nosografía cuyos diagnósticos se fueron perdiendo con el tiempo. Más allá de esos diagnósticos, el trato a los enfermos, cualquiera fuera el nombre diagnóstico que portaran, consistía en los mismos procedimientos. Por el mismo sendero Morel hablará de "delirios parciales"; Lasègue del delirio de "persecución sistemática", luego delirio de persecución; hasta Kraepelin y la construcción de la paranoia. Este autor agregará el pasaje de la "locura circular" de Falret a la "psicosis maníaco-depresiva", o ciclofrenia, suponiendo en todas ellas una especificidad etiológica que nunca logró demostrarse. Dentro de la utopía kraepeliniana del modelo anatomoclínico, esto es, demostrar en la anatomía un correlato biológico de los síntomas psíquicos, se producen reordenamientos constantes de los diagnósticos, la "hebefrenia" de Hecker, la "catatonía" de Kalban, son reordenadas dentro de la gran síntesis de Kraepelin de la "demencia precoz", incluida la demencia paranoide o las formas paranoides de la demencia precoz. Poco después otro psiquiatra, Bleuler, retoma el camino de Esquirol y postula la esquizofrenia, como una entidad clara y distinta, diferenciando sus formas hebefrénica, catatónica, simple y paranoide, en base a los rasgos dominantes en cada una de ellas. Esta utilización del síntoma, como rasgo parcial, consiste en una operación reduccionista: separar el rasgo de la totalidad de la persona para afirmar en base a él mismo un diagnóstico que abarca la totalidad de la persona.



Henri Ey señala cómo por medio de estas especulaciones se trataba de cumplir con el ideal médico sobre las enfermedades de la época, cuyo modelo eran las infecciones, de una relación causal pura y simple entre la alteración del cuerpo y los síntomas de la mente. Dice: *"Una entidad debía responder a la idea de una afección autónoma, de la cual la sintomatología debía rigurosamente estar determinada por una causa específica."*[6] Es decir, una relación causal pura y simple entre la alteración biológica y los síntomas psíquicos del trastorno. Otro ejemplo es el de la alucinación. Si ésta se comprende como alteración de la percepción, un fenómeno sensorial elemental, esto sería señal de que el delirio mismo es consecuencia de este trastorno de la percepción sensorial. El delirio estaría basado en accidentes sensoriales, no tiene en sí ningún otro sentido. Por esta vía los alienistas de finales del siglo XIX y comienzos del XX se vuelcan a diferenciar estos trastornos elementales de la percepción, desprovistos de sentido. Cientos de alucinaciones diferentes son descriptas y de ellas se desprenden caracteres de las diferentes psicosis. "Eco del pensamiento", "robo del pensamiento", "adivinación del pensamiento", etc., son actos que responden a percepciones extrañas, sinónimos de pensamientos extraños del delirante. Años después, este mecanicismo llevará a otro psiquiatra, M. de Clerambault, a la idea del "automatismo mental" y a entender al delirio como "anideico", sin ideas, ya no sólo afuera del pensamiento razonable, sino pura expresión de algo mecánico, descompuesto.

Toda la riqueza semiológica de la diferenciación entre síntomas, de los contenidos de los sistemas delirantes, de los rasgos de las alucinaciones, etc., se ve reducida a fenómenos elementales que son a su vez la causa de los mismos, mecánicamente producidos por la excitación de centros cerebrales de imágenes. Como si una multitud de átomos sensoriales hicieran de la alucinación el "fenómeno elemental" de las psicosis, y el "automatismo mental" fuera la razón mecánica de la producción del delirio. Nada hay para interpretar: estos fenómenos del psiquismo son anideicos, sus causas, postuladas, deben estar en un cerebro descompuesto. Los psiquiatras organicistas, biológicos diríamos hoy, se dedican a mostrar cómo estos elementos desprovistos de vida psíquica, separados del delirio que responde a este elemento sensorial mecánico, tienen la función de generar, de ser la causa, de la psicosis: el delirio no sería más que la yuxtaposición de ideas mecánicamente formadas o de sensaciones anormales. El lenguaje positivista cambia, hoy se hablaría de redes neuronales, de sinapsis y de neurotransmisores, pero la postulación es la misma: *se trata de razones y causas externas al sujeto y a su dominio.* Este es el núcleo de todo pensamiento positivista en psiquiatría. Resulta claro que esta insistencia periódica acerca de que las razones del trastorno mental están basadas en átomos (fenómenos elementales) mecánicamente condicionados o

6. Ey, Henny. *Encyclopedie Médico Chirurgicale. Psychiatrie*, T I, 37005, pág. 3.

SRM Cursos

perturbados por procesos biológicos, más o menos sofisticados, ajenos al psiquismo y a la existencia del sujeto que lo padece.

Sobre finales del siglo XIX la afasia constituyó un ejemplo de esta utopía positivista de la psiquiatría: existen centros cerebrales donde se forman las palabras, si estos centros cerebrales están perturbados se pierde el lenguaje o se distorsiona. Esto es comprensible: si se dañan o anulan las neuronas donde transcurren determinados procesos psíquicos, el resultado será la alteración o pérdida de la función que se cumple a través de ellas. Sobre esto la neurología tiene suficientes pruebas. Esta relación entre estructura cerebral y función hoy sabemos es más compleja y la teoría de las localizaciones fue siendo entendida como más compleja por nuevos descubrimientos sobre el funcionamiento del cerebro. En ese tiempo los hallazgos de Brocca de las localizaciones cerebrales dio lugar a una cierta euforia mecanicista entre los psiquiatras: se suponía entonces que cada acto psíquico tiene su lugar en el cerebro, si éste se perturba por su funcionamiento o anatomía, se altera por consiguiente el acto (la ideación, la percepción, el control motor, el lenguaje, pero también el pensamiento, la creencia, la percepción de la realidad, etc.). Naturalmente se confunde el sustrato por el cual circula la vida psíquica con la causa, esta confusión también es esencial al pensamiento positivista. Ilusión que siempre retorna: la de hallar en la biología la explicación final acerca de lo que somos, especialmente cuando no somos o no nos comportamos según lo esperable.

A grandes rasgos, esta es la configuración de la psiquiatría positivista del siglo XIX, cuyos postulados se conservan y extienden hasta la actualidad. Un ideal médico de conocimiento causal, etiopatogénico; el forzamiento de los diagnósticos diferenciales que resultan en una botánica naturalista de especies "descubiertas" y no reconocidas como construcción del mismo diagnóstico, lo cual lleva a diferentes nosografías; un cartesianismo objetivista de fondo que les hace pensar en la "objetividad" de lo que postulan; finalmente un mecanicismo que se fue sofisticando a medida que la biología, especialmente la molecular, fue alumbrando los mecanismos biológicos del cerebro. No más misticismo proclaman: se trata de teorías médicas. No más posibilidades de la conciencia o extravíos de la razón: se trata de enfermedades. No más tema de reflexión filosófica o interpretaciones religiosas: está la disciplina médica legitimada para conocerlas. No más practicas míticas, religiosas o culturales: se trata de asunto de incumbencia de los médicos. No más que la familia, la comunidad o la sociedad se ocupe de convivir con la locura: para esa tarea esta el hospital psiquiátrico. Naturalmente era lógico esperar que por este camino la psiquiatría no se limitara a incorporar solamente a la locura como enfermedad, sus postulados y su anhelo de legislar sobre la normalidad y la anormalidad, lo sano y la enfermedad psíquica, avanzó hacia la conducta y el sentir de los individuos, como hemos visto en el primer capítulo.



El tercer momento está dado por una verdadera crisis del pensamiento psiquiátrico positivista, cuyo liderazgo mayor por entonces lo ostentaba Kraepelin. Este momento, que denomino *"la influencia de la psicopatología"* por la importancia que tuvo la aparición del texto de K. Jaspers en 1913, "Psicopatología General", inaugural de la fenomenología en psiquiatría y de la comprensibilidad, es a su vez complejo y resultado de una serie de hechos que coincidían en cuestionar desde diferentes ángulos los criterios y las prácticas de la psiquiatría. H. Ey lo denominó como "segunda revolución psiquiátrica", entendiéndolo como un progreso de la misma, cuando, según creo y expondré las razones, se trató de la primera crisis del pensamiento psiquiátrico y del mecanicismo médico, con la llegada de otras perspectivas sobre el trastorno mental, que solo parcialmente modificaron los criterios de la psiquiatría positivista.

Dice H. Ey de este giro:

> Reintegrar la enfermedad mental en la naturaleza del hombre, y hacerla expresión de esta naturaleza, considerar al hombre enfermo mental como un hombre presa de su angustia, de sus conflictos interiores y de sus situaciones desgraciadas, hacer depender sus trastornos de las vicisitudes, las sugestiones, las pasiones y los sentimientos que los ligan a los otros hombres, tal fue la nueva perspectiva que debía profundamente transformar el primer estadio (positivista) de la psiquiatría.[7]

Este autor, sin duda posicionado cerca de la naciente fenomenología, no toma en consideración la denuncia y la conmoción producida en las prácticas de la psiquiatría como determinante de este giro en sus teorías.

Ya a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, los estudios de Kraepelin, que habían sido presentados como auspiciosos para confirmar la teoría positivista de la causalidad, se muestran decepcionantes e incrementan la disputa con los neurólogos que competían por su incumbencia en los trastornos psiquiátricos. Las clasificaciones muestran que no pueden cumplir con el postulado de ser etiológicas como en la medicina general, en definitiva lo que está en cuestión es que la patología psíquica no se logra vincular con la anatomía del cerebro, más allá del valor para la neurología de la relación del daño de la estructura como causa de determinados trastornos neurológicos. Se difunde todo un movimiento que plantea por primera vez la atención de los enfermos mentales por fuera de la institución manicomial. En primer lugar por el surgimiento de las psicoterapias; de la Higiene Mental con Clifford Beers en EE.UU.; el texto de J. Janet sobre las "Medicaciones Psicológicas"; el movimiento de Open Door y el Cristian Sciencie, con Clover, Patterson y Eddy. Y porque de alguna manera, aun

7. Ey, H. op. cit., pág. 5.

SRM Cursos

cuando los menciona, no vislumbra el peso del texto de Jaspers y el crecimiento del psicoanálisis. En esta crisis del positivismo mecanicista se vuelve a leer a los pensadores clásicos, y a la filosofía para la cual el problema de la vida interior del hombre y de las fuerzas subjetivas de la naturaleza humana, constituían el centro de la especulación metafísica: Kant, Shelling, Schopenhauer, Goethe. Y naturalmente a quienes habían vuelto a poner en la escena de la comprensión humana a la subjetividad: Husserl, Jaspers, Freud.

La conmoción en las prácticas de la psiquiatría, sobre la cual los psiquiatras no exponían ningún argumento que las justificara, especialmente las asilares, surge como efecto de múltiples denuncias y propuestas de un cambio sobre la situación del internamiento asilar. Conolly, en el Hospital Hanwell, adhiere al Open Door en 1908, Herman Simon, en 1929, en Westphalie, plantea las estrategias de socialización del enfermo mental, que, como método de una terapéutica activa y amplia que considere todas las dimensiones de la vida del enfermo, constituyen los primeros intentos de una socioterapia. En su conjunto, todos estos intentos de reforma se centran en el manicomio y constituyen un llamado optimista a poner fin a la situación del internamiento del paciente, la reintegración del mismo a la sociedad, el reconocimiento del carácter humano de la locura. En su programa práctico coinciden con las propuestas teóricas de la nueva psicopatología y provocan un estallido de las nosografías positivistas abriendo un abanico de teorías comprensivas de la locura. Se puede afirmar que la Higiene Mental, el Open Door y el ingreso de las psicoterapias, forman un solo bloque de cuestionamiento a las prácticas psiquiátricas instituidas, y se basan en los principios de cuestionamiento del manicomio como dispositivo de encierro y control, del reconocimiento de la locura no como enfermedad crónica sino como parte de la condición humana, y el cuestionamiento a la medicina mecanicista que sostenía, en general en silencio, la situación de estos establecimientos.

A modo de ejemplo de este cuestionamiento de las clasificaciones positivistas: paulatinamente se impone la noción de "síndrome" para cuestionar el ideal de las entidades puras y distintas. Este cuestionamiento a las ilusiones de la entidad pura, en la cual se basaban todas las minuciosas descripciones para un diagnóstico diferencial y su clasificación, como las psicosis maníaco-depresiva, la demencia precoz de Kraepelin, abre la puerta a consideraciones como la existencia de formas variadas y dinámicas de la enfermedad y pone en primer lugar los intentos de establecer la psicogénesis, es decir intenta restablecer la condición del sujeto para el diagnóstico. Psiquiatras como Regis, H. Cloude, Bonhoffer sobre todo (1912), son en Alemania los primeros en oponerse a Kraepelin y sus nosografías. Plantean por primera vez la idea de formas de reacción que no son específicas ni autónomas de ninguna enfermedad "pura", que las enfermedades mentales



son modos humanos patológicos de reacción frente a diferentes causas, del cuerpo, del medio ambiente social, de la vida psíquica.

Por la misma época, Adolf Meyer en EE.UU., quien posteriormente fundara la Asociación Psicoanalítica Americana, introduce la teoría que denomina "biopsicológica", para entender a la enfermedad como una reacción de la totalidad del organismo humano a múltiples factores. Mientras la psiquiatría biológica, mecanicista, descomponía en átomos (fenómenos elementales en Clerambault) para conocer y clasificar, estas nuevas tendencias se proponían encontrar un sentido a los síntomas de la enfermedad, que armonizara y explicara la heterogeneidad de sus manifestaciones. Se pasó de centrar la semiología en síntomas aislados específicos a una comprensión más estructural y global de la enfermedad. En este periodo comienzan a componerse en las historias clínicas relatos de la vida del enfermo, su familia, su entorno social y las circunstancias de su vida.

Por otra parte comienza la revisión de la teoría de las localizaciones cerebrales. H. Jackson muestra que no existe una relación lineal entre la lesión cerebral y la función, la afasia misma muestra que es el sistema neuronal en su conjunto el que reacciona para producir los síntomas, se atiende de este modo a la organización compleja de las funciones, desestimando la etiología mecanicista de causa-efecto. El esquema conceptual de la psiquiatría positivista queda cuestionado en sus pretensiones biologistas: reducir el cuadro clínico a un síntoma basal; interpretar ese síntoma por una patogenia específica vinculada a la localización cerebral; excluir el factor psíquico, o considerarlo sólo como contexto de la persona que no modifica la estructura misma del trastorno.

En EE.UU., según relata R. Castel en su estudio sobre la psiquiatría americana[8], la psiquiatría positivista nunca se instaló totalmente en ese país, y aun los manicomios fueron cuestionados desde el inicio. La psiquiatría asilar, surgida en Europa; cuando se extiende a este país el tema de la creación de asilos para alienados, se debate conjuntamente con el de la pobreza y el delito, y de que forma el Estado debía asumir o no a su cargo los trastornos mentales para su atención asilar. En 1875, la Asociación de Neurólogos de New York, crea una Comisión especial para estudiar "los abusos de los manicomios". Se genera un debate de esencia política entre los psiquiatras que utilizan el termino *"insanity"* (insania, locura) y los neurólogos que dicen que sólo deberían permitirles utilizar el término "trastorno mental", ya que se trata de trastornos y no de enfermedades del cerebro, cuya atención les corresponde a ellos. Naturalmente en este debate discute las incumbencias, también la clientela, y esta Asociación de Neurólogos denuncia públicamente la impostura de la psiquiatría al afirmar una causa cerebral de los trastornos, que no pueden demostrar con criterios médicos.

8. Castel, Robert y otros. *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona, Anagrama, 1980.

SRM Cursos

Lo cierto es que estos debates tuvieron consecuencias prácticas. Las prácticas asilares de los psiquiatras se vieron poco a poco cuestionadas e ingresan a los establecimientos, por primera vez, los trabajadores sociales que se hacen cargo de la situación de los pacientes. Desde 1915 todos los hospitales psiquiátricos de EE.UU. debían contar con al menos un trabajador social especializado en psiquiatría, cuya labor no era asistencial sino política y de integración social. Recordemos que el trabajo social surge en EE.UU., junto al movimiento de Higiene Mental, los primeros psicoanalistas (la esposa de Adolf Meyer era trabajadora social) y los psiquiatras que se oponían a las prácticas del asilo.

Las características de su comprensión teórica y las prácticas de estos tres momentos que hemos reseñado estaban presentes en la configuración de la atención psiquiátrica al momento de producirse la propuesta del giro hacia Salud Mental, y, por cierto sigue con los mismos rasgos en muchos países, como Argentina, a pesar de la aceptación oficial de la Salud Mental. Los bordes oficiales del campo de la salud mental son porosos, muchas prácticas están por fuera de él, tratan de responder a las formas de pensar y sentir de sus adeptos. Por lo general sin embargo, no se plantean como alternativas a la atención formal instituida. Muchas personas que padecen distintos trastornos psíquicos acuden a sus iglesias y templos buscando en su comunidad religiosa alivio a su sufrimiento. La creencia hace eficaz a muchas de las intervenciones de los pastores, los sacerdotes o los compañeros de la comunidad religiosa. Otros, respondiendo más a creencias o convicciones culturales, encuentran en el "control mental", la "meditación", o prácticas hinduistas, una forma de lidiar con sus malestares psíquicos.

Ingenuamente algunos pensaran que lo que en esos lugares atienden, curan o alivian, no se trata de enfermedades, como la depresión, la obsesión, el delirio o la manía, sino simplemente de creencias. Ignoran que los que acuden al sistema formal de atención también lo hacen bajo otras creencias, el diagnóstico de enfermedad es parte del modo en que se comprenden estos trastornos y sus tratamientos no pueden alegar ser siempre más eficaces a la hora de curar o aliviar los síntomas. Hasta hace poco tiempo estas prácticas eran dominantes en los países con mayores índices de pobreza, pero en la actualidad están presentes también en países desarrollados, y ciertos sectores de la clase media también se incorporan a estas prácticas en búsqueda de alivio. Hay un rasgo esencial en esto: las prácticas culturales, religiosas o míticas, operan en base de una integración social del que sufre a su comunidad, y a la producción de una ligadura comunitaria, el lazo social, que produce la creencia entre los fieles o practicantes del rito. Por el contrario, la psiquiatría positivista se desentendió siempre de este elemento esencial de la integración social y comunitaria para el proceso de cura o mejoría del trastorno mental.



Por cierto que a la llegada de la Salud Mental, también estaba presente todo el sistema de servicios y prácticas de la psiquiatría positivista: el consultorio externo en los hospitales o privados, la internación en hospital psiquiátrico y las colonias de rehabilitación. Las prácticas siguieron siendo las mismas, aun cuando la llegada de los modernos psicofármacos ha permitido atenuar los tratamientos físicos, el encierro y la cronificación de las largas permanencias en esos establecimientos. En los últimos años se agregó a este sistema de servicios y prácticas un refuerzo de la creencia positivista, por vía de los psicofármacos y las investigaciones de las neurociencias, que están haciendo regresar a esa antigua posición. Nadie puede dudar de la eficacia y utilidad de estos fármacos, en ellos muchas personas encuentran alivio a sus malestares, en el caso de los psicóticos muchos han podido retornar a sus familias, o evitar una internación prolongada gracias a los nuevos neurolépticos. El problema es la ideología positivista que retornó junto a ellos, la de que es posible actuar sobre el cerebro, modificar o alterar por medios artificiales los mecanismos biológicos, sin atender al sujeto, a su afecto y sensibilidad, a su experiencia y a su memoria, como ya vimos. En algunos casos por confusión del conocimiento, en otros por simple mala fe, lo cierto es que se presenta la capacidad de alterar ciertos procesos biológicos, como la neurotransmisión, y sus efectos en el sujeto como si equivaliese a intervenir sobre la causa del comportamiento psíquico. Estas prácticas centradas en la administración de medicamentos solo en apariencia hace a los psiquiatras más médicos, sabemos bien que la utilización de los recursos de una ciencia no significa cientificidad en la práctica que lo incorpora. Es preciso tener en cuenta el conjunto de su forma de comprender el trastorno y, esencialmente, los significados y límites de una práctica real que pone en suspenso al sujeto y su experiencia subjetiva, social y cultural.

Por su parte las psicoterapias se han consolidado y están presentes en la atención, gran parte de ellas apoyadas en la fenomenología (muchas sin saberlo o aceptarlo), otras por parte del psicoanálisis, y últimamente un retorno también del conductismo en las llamadas "psicoterapias conductuales". La psicoterapia cognitiva esta más vinculada a la rehabilitación neurológica, pero también tiene presencia y eficacia en la reeducación de hábitos de conducta y comportamientos en algunos trastornos psíquicos. Pero son justamente las psicoterapias las que se han visto más restringidas a partir de la demanda cultural de eficacia sin interrogación y la respuesta farmacológica que le es funcional. J. Derrida comenta respecto a esta posición de eficacia sin pensamiento ni palabra: *"El psicoanálisis es asimilado en nuestros días a un medicamento vencido relegado al fondo de la farmacia. Esto puede siempre servir en caso de urgencia o de falta, pero hay cosas mejores."*[9] Derrida piensa en Francia, que, como sabemos, es el país

9. Derrida, Jacques. *Resistances de la psychanalyse*. París, Galilee, 1996.

SRM Cursos

de mayor consumo de psicofármacos, especialmente sedantes, ansiolíticos e inductores del sueño.

Por último *"el momento de la Salud Mental"*, que arranca en los años cincuenta del siglo pasado con diversos procesos de reforma en distintos países de Europa y que habrán de converger luego en una sistematización de estas experiencias y propuestas y recomendaciones de los organismos internacionales de salud basadas en ellas. He relatado los pasos de esta propuesta en un texto anterior[10], sólo me ocuparé ahora de resumirlos y analizar en qué situación están hoy estas propuestas de reforma.

Ya antes de que la Organización Mundial de la Salud se ocupara de los problemas de la salud mental, en Inglaterra había surgido la experiencia de las "Comunidades Terapéuticas". En el año 1943, aun no finalizada la Segunda Guerra, un psicoanalista, que además había sido piloto de guerra, W. Bion, junto a Rickman, trabajando en el Hospital de Northfield, realizan grupos con objetivo terapéutico con pacientes allí internados, todos soldados que habían vuelto de la guerra con algún trastorno mental; de esta experiencia surgirá posteriormente la idea del "grupo terapéutico", de orientación psicoanalítica. Pero también a partir de esa experiencia se proponen ampliar esa intervención e invitar a los pacientes reunidos a debatir la situación en que estaban, los problemas de la gestión del pabellón y la relación con el entorno social, el "afuera" del hospital. Recordemos que eran los tiempos de la guerra y Londres estaba siendo bombardeada por los nazis. Esta experiencia la llamaron "comunidad terapéutica". Por la misma época y en el mismo país, Maxvel Jones que trabajaba con pacientes ex prisioneros de guerra en Dartford, comienza una experiencia similar a la de Bion y Rickman. Posteriormente en Hendersen Hospital, el mismo M. Jones replica esta Comunidad Terapéutica, y elabora una técnica de intervención que denomina "socioterapia". Tanto esta técnica como la comunidad terapéutica, respondían más a criterios sociológicos que médicos, y mostraban ser una estrategia eficaz para la recuperación de los pacientes.

El gobierno laborista en Inglaterra había sancionado poco antes la ley que constituía la "Seguridad Social" y poco después la creación del "Servicio Nacional de Salud Mental". Desde este Servicio se apoyó las experiencias del Hendersen Hospital y del Northfield. En 1953 la OMS decide convocar a un "Comité de Expertos" con el mandato de estudiar la organización de los servicios de psiquiatría en todos los países miembros de la UN. Esto respondía a un sinnúmero de denuncias que se estaban produciendo sobre las condiciones de los Hospitales Psiquiátricos, especialmente en Europa y EE.UU. En la Asamblea General de ese año fue discutido este informe y se aprobó la recomendación a los países miembros de atender a la situación de sus servicios psiquiátricos y propender a desarrollar la estrategia de las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos,

10. Galende, E. *Psicoanálisis y Salud Mental*, op. cit.



como iniciativa para mejorar, o cambiar, el régimen interno de estos establecimientos y el trato con los pacientes.

Por su parte en EE.UU., la situación era semejante respecto a los hospitales psiquiátricos y bajo el Gobierno de J. F. Kennedy se crea en 1963 el "Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria". En Francia el Frente Patriótico sanciona la ley de Salud que crea la denominada "Política de Sector", que fija los criterios de una política en la atención psiquiátrica dirigida a territorializar los servicios y desarrollarlos fuera de los hospitales psiquiátricos. Tiempo después, el conocido movimiento liderado por Basaglia en Italia, el comienzo del cierre del hospital psiquiátrico de Trieste, hasta la sanción de la Ley de Salud Mental 180, que sistematiza sus posiciones como política sanitaria respecto a los cuidados psiquiátricos. Luego de la caída del franquismo en España, también surgen movimientos partidarios de la reforma, en este caso liderados por los psiquiatras mismos, que finalmente logran la conocida "Resolución Ministerial" que reconoce el proceso de reforma y lo respalda.

Estas experiencias convergen sobre la OMS, se van instalando como nuevas políticas para el sector y desde 1957 se sanciona la propuesta de dirigir los servicios psiquiátricos hacia la Salud Mental. Había ocurrido un cambio de lenguaje, aun dentro de una gran heterodoxia en cuanto a las propuestas teóricas, prácticas y sobre la institución psiquiátrica. Ya no se habla en términos médicos de "enfermedad", se habla en términos sociológicos o en categorías políticas de "comunidad", de "democratización", de "participación social", de "gestión social", etc. En todo este movimiento se afirma un reconocimiento acerca de que el problema del manicomio es social y político, de derechos y de ciudadanía, no es un problema intrapsiquiátrico, por lo cual se debe resolver "desde afuera" de la psiquiatría. Así se comienza una apertura a la entrada de otras disciplinas y de otros profesionales a las prácticas y a los hospitales psiquiátricos.

Para sintetizar esta reseña, surgen básicamente tres ejes en la reforma:

1. **Una propuesta sanitaria**: la política del Sector Francés. Salir de los hospitales psiquiátricos, crear servicios fuera de éstos, abrir la atención a los no médicos. El 15 de marzo de 1960 se sanciona la Circular del Ministerio de Salud que sanciona esta política para salud mental y se crean en Francia 250 hospitales de día, separados de los hospitales psiquiátricos; 100 hospitales de noche para pacientes que necesitan alojamiento y cuidados en el proceso de atención; 70 hogares para alojamiento (que sólo en EE.UU. se llamaron de "medio camino"); 3.000 centros comunitarios. Paulatinamente la población internada fue disminuyendo y cerrando varios de los antiguos hospitales psiquiátricos departamentales. La línea del Sector es actuar creando una alternativa para la atención del sufrimiento mental, mientras se actúa paulatinamente sobre los hospitales psiquiátricos.

SPV Cursos

2. Una propuesta técnica y pragmática: la Psiquiatría Comunitaria anglosajona. Ya en 1946 se había creado en EE.UU. el "Instituto Nacional de Salud Mental", cuyo primer director fuera Robert Félix. Junto al Servicio Nacional de Inglaterra, fueron las dos primeras experiencias de un ámbito específico en la administración para abordar la reforma. El 5 de Febrero de 1963 el Presidente Kennedy por primera vez en la historia del país, incluye en su discurso al Congreso de la Nación una referencia amplia a la situación de pobreza y exclusión social, y como parte de esto, la situación de los servicios psiquiátricos. Ingresa una nueva Ley para este sector, la cual es aprobada en octubre de 1963, con el título de "Community Mental Health Center and Retardation Act.", a través de la cual se crean los Centros Comunitarios de Salud Mental en todos los Estados de la Unión. A esta política se sumó la propuesta de Erich Lindeman, de una intervención psiquiátrica preventiva, a la cual llamo "intervención en crisis", que en su formulación consistía en una estrategia de actuar en el momento agudo de los síntomas con un criterio amplio que incluía a la familia, el grupo social, los compañeros de trabajo, etc. Se puede considerar a Lindeman como el padre de la "psiquiatría comunitaria", al cual se suma posteriormente la conocida propuesta de G. Caplan de intervenir en los tres niveles desde el criterio de la prevención. En diez años de comenzada esta política, el 70% de la atención psiquiátrica era brindada por los Centros Comunitarios, el 17% en clínicas privadas y el 12% en los hospitales psiquiátricos. Al comienzo de la reforma había 553.000 personas internadas en los hospitales psiquiátricos, diez años después quedaban 220.000.[11] Un frente opositor a esta política se opuso a su implementación. Lo constituían el Partido Republicano, que presento varias iniciativas para anularla; la Asociación Médica Americana y la Asociación Psiquiátrica Americana, que realizó denuncias sobre abandono de pacientes, en general nunca probadas ni serias.

3. Una propuesta crítica y antipsiquiátrica: la "desinstitucionalización" italiana, bajo el liderazgo de Basaglia. Comenzó incorporando la Comunidad Terapéutica sajona a la psiquiatría italiana, pero luego avanzó hacia el cierre del Hospital Psiquiátrico de Trieste y el logro de la sanción de la Ley de Salud Mental Nº 180, en 1978. Basaglia veía al paciente bajo dos aspectos: por sus síntomas psicopatológicos, como un enfermo; por su situación de exclusión y estigmatización social, la expresión de un síntoma social. De allí concluía que la psiquiatría era la práctica de una contradicción, entre ambas dimensiones. El movimiento de "Psiquiatría Democrática", participó activamente para la reforma y centró el problema en la abolición de la institucionalización psiquiátrica, para lo cual se proponía abolir los cimientos mismos de su institución. Esta propuesta se extendió

11. Nacional Institute of Mental Health, *Staticas Note*, 1976.



por el mundo, pero paulatinamente fue limitando sus objetivos a la externación del paciente y el cierre de los hospitales psiquiátricos.

Los procesos de reforma, y los diferentes documentos elaborados por la OMS sobre Salud Mental, han reunido los criterios de estas tres propuestas: una política sanitaria de descentralización y sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos; estrategias vinculadas a la comunidad e inclusión del trabajo social y la enfermería, junto a una distribución territorial de los servicios; incorporar la deinstitucionalización y la experiencia del cierre de los hospitales psiquiátricos como parte esencial de la reforma de la atención. La política en Salud Mental, la planificación y los programas especiales deben guiarse bajo estas premisas. Pero bajo la necesidad de avanzar hacia estos criterios de reforma de la situación, no se establecieron consensos que permitieran fundar nuevos conocimientos y nuevas metodologías para dar cuenta de los efectos de estas experiencias y que permitieran orientarlas racionalmente hacía una nueva posición epistemológica y metodológica capaz de establecer coherencia en los criterios de la comprensión y de las prácticas. Las nuevas propuestas debieron convivir de este modo con la antigua estructura del modelo asilar, sus prácticas de consultorio e internación, en las cuales se mantiene lo esencial del criterio positivista de la enfermedad y el poder de los psiquiatras.

Posteriormente la Conferencia de Alma Ata agregará y sistematizará de un modo más amplio esta política. La enseñanza mayor de esta Conferencia, que reunió a representantes, en general los Ministros de Salud, de 134 países, fue mostrar que el problema de la Salud excede los ámbitos de la medicina. No es que no se supiera antes, pero a partir de las definiciones aprobadas quedó claro y aprobado por los países que la salud es un tema político y social amplio. En el informe que presentara el Director de OMS, señalaba:[12]

> La comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización, y la administración de la atención primaria de la salud. Cómo la APS forma parte al mismo tiempo del Sistema Nacional de Salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cual estaría condenada al fracaso, se habrá de coordinar en el plano nacional, con los demás niveles del Sistema de Salud, así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país.

La inclusión de los cuidados de salud mental en las estrategias de APS tuvo al menos dos sentidos, en parte descriptos más arriba a propósito del desarrollo de servicios. En primer lugar "despsiquiatrizó" los problemas del

12. Informe de Director General de la OMS y del Director de UNICEF, publicación *OMS*, New. York, 1978.

SRM Curso 6

sufrimiento mental, integrándolos como uno más de los cuidados de salud, en segundo lugar abrió un horizonte de comprensión de estos trastornos en la vida de las comunidades, su cultura, las condiciones de la vida social y económica de quienes lo sufren. El Programa de Salud Mental de la OMS incorporó las recomendaciones de Alma Ata e impulsa desde entonces la integración de los cuidados de salud mental en estas estrategias de atención primaria de la salud. No me extenderé sobre esto ya considerado en escritos anteriores, pero quiero resaltar que la posibilidad de desarrollo de estrategias de intervención comunitaria, la participación de los usuarios, sus familias y grupos y organizaciones sociales en el proceso de atención y rehabilitación, y aun la propuesta de la "comprensión transformadora" como ética del conocimiento y de la relación terapéutica, no es pensable por fuera de esta integración a los servicios y a los criterios de la APS.

## Los destinos de la propuesta de Salud Mental

He reseñado los distintos modelos de atención existentes a la llegada de las propuestas de Salud Mental. Posteriormente he resumido lo esencial de estas propuestas. Como resulta obvio, estas propuestas debían partir del análisis y la comprensión de la organización de los servicios psiquiátricos; de la formación y pertenencia de sus profesionales y de la producción de conocimientos y sus valores; el ordenamiento jurídico tanto de las internaciones como de las incumbencias profesionales y el sostén legal de los establecimientos psiquiátricos; del conjunto de prácticas que se efectuaban y su sentido; de la prevalencia de los trastornos psíquicos y la demanda social asociada a ella. Se trataba de transformar un sistema complejo y fuertemente asentado en el aparato administrativo de los estados y en las creencias del imaginario social. Se optó entonces no por la fundación de un ámbito nuevo, algo que prometía la nueva denominación de "Salud Mental", en los modos de comprender el sufrimiento mental y en los modos prácticos de actuar, sino por la reforma progresiva de lo existente. La reforma fue identificada por quienes se oponían a ella con la sola acción de cierre de los hospitales psiquiátricos, dejando en suspenso sus ambiciones más amplias de un cambio en la comprensión y en las prácticas sobre el trastorno psíquico. De esta opción surgieron infinidad de problemas que son los que han caracterizado el desarrollo de las propuestas de Salud Mental en sus cincuenta años de existencia.

Optar por la conformación de un campo nuevo, de Salud Mental, hubiera permitido la coherencia entre los diferentes ejes del problema a atender: una nueva manera de comprender y de hacer con el sufrimiento mental, que hubiera permitido una consistencia epistemológica y metodológica a sus enunciados teóricos y propuestas de prácticas coherentes con



sus enunciados; una red de servicios que respondieran a esta nueva comprensión del sufrimiento mental y su tratamiento; una formación de los cuidadores, profesionales y no profesionales, que fuera acorde a los principios que se proponían e hicieran coherente la producción y reproducción de los conocimientos; proponerse la construcción de un nuevo imaginario social sobre los trastornos psíquicos, más solidario y tolerante hacia el diferente y menos centrado en el estigma psiquiátrico de la enfermedad; una nueva relación con el aparato del Estado para lograr un reordenamiento del sistema jurídico y legal, tanto de las disposiciones sobre la incapacidad, la internación, la imputabilidad, los derechos de ciudadanía y las incumbencias profesionales. No ignoro la utopía de haber optado por la fundación de algo nuevo, en el seno de una crisis que mostraba agotados los criterios de la vieja atención psiquiátrica en los años sesenta. Pero tampoco quiero ignorar las dificultades que trajo la idea de esta reforma, la reestructuración de los servicios psiquiátricos hacia políticas de Salud Mental.

Era necesario atender a las características de cada país, a sus niveles de pobreza y de desarrollo de los sistemas de salud y salud mental, a las resistencias de los profesionales, esencialmente de los psiquiatras y sus corporaciones y de parte del personal de los manicomios, a los intereses políticos que rodean las instituciones psiquiátricas, a un imaginario social que presiona para el control y la internación de sus trastornados, etc. Como toda reforma que enfrenta estas resistencias en cada país los comprometidos con esta propuesta debieron negociar cada paso de la reforma, dando lugar a híbridos que simplemente sumaban prácticas contradictorias y hasta antagónicas. Esto hizo, lo cual no deja de ser curioso y paradojal, que muchos países incorporaran las propuestas a nivel oficial, utilizaran oficialmente el nombre de "Sistema y Servicios de Salud Mental" para su sistema de atención, mientras que la realidad mostraba que nada o muy poco se había hecho para que esta nueva denominación se correspondiera con la realidad de sus sistemas de atención, ya que se mantenía la vieja estructura asilar.

Pero poco y nada se fundamentaron estas propuestas en nuevos criterios de comprensión del sufrimiento psíquico, este terreno quedo en manos de la psiquiatría y en lo que aportaban nuevos profesionales que se incorporaron a la atención en los hospitales psiquiátricos. La reforma hacía énfasis en las cuestiones sanitarias, avanzar hacia una descentralización y territorialización de los servicios de salud mental; ir cerrando progresivamente los grandes hospitales psiquiátricos; resguardar los derechos humanos de los pacientes y recortar legalmente el poder de los psiquiatras para la internación y el tratamiento compulsivo; lograr la participación de los usuarios y sus familias en el proceso de atención del trastorno; avanzar hacia una participación mayor de la comunidad en los cuidados de salud mental, en la

SRM Curso 09

promoción de valores de salud, en la prevención de los trastornos y en la misma atención que brindan los servicios. El problema es que los fundamentos de la atención siguieron siendo los de la psiquiatría, ya que no se proponía fundar un nuevo modo de comprensión y acción sobre estas bases sanitarias alternativas. Este error trajo muchos costos a las propuestas.

La estructura de los servicios de atención, las políticas que se implementen, los planes concretos para llevar adelante esas políticas y los programas específicos que se elaboren para actuar sobre los problemas a tratar, resultan coherentes y eficaces sólo si responden a fundamentos epistemológicos y metodológicos precisos, en los cuales estén plasmados los principios de comprensión del trastorno y los modos correspondientes de tratarlos. De estos fundamentos se desprende cuales deben ser los servicios adecuados para su implementación. Esto es contar con una repuesta coherente a las tres cuestiones que plantea un sistema de salud mental: definir qué son las enfermedades mentales, cómo deben comprenderse; quiénes deben ocuparse de tratarlas y qué conocimientos se deben exigir para su habilitación; cómo deben tratarse, cuáles son los principios éticos que regulen el poder de los profesionales y sobre qué criterios de participación del sujeto del sufrimiento, su familia, y su comunidad.

El camino inverso, que es el que se siguió y se sigue, es inconducente a los resultados buscados. Ninguna política, planes o programas, ni ninguna reforma en la estructura de los servicios, sirve por sí sola para producir nuevos fundamentos para la comprensión y la acción. Su resultado, claramente observable, es el de una dispersión de criterios de atención, fundados cada uno en creencias de sus propias disciplinas, sumados a un mismo lugar pero pensando y actuando de maneras diferentes. Por este camino no hay posibilidades de lograr una coherencia mínima entre la teoría y la práctica, el divorcio entre los valores que se enuncian sobre la salud mental y las prácticas reales que se hacen en los servicios es patente. En muchos países, incluido Argentina, el resultado hà sido hasta el momento que las consignas y propuestas de Salud Mental, bien recibidas por los profesionales y cuidadores no psiquiatras, se convierten en prácticas solidarias con los pacientes, se ocupan de la complejidad social de su padecimiento (empleo, familia, vivienda, pensiones o subsidios, situación jurídica, etc.), en suma se ocupan de "lo social", mientras que la hegemonía de la atención médica queda en manos de los psiquiatras, quienes deciden sobre todo el proceso de atención y su control. Pertenece a ellos la ideología que finalmente se difunde al campo social.

Otra cuestión acuciante es la imposibilidad de la OMS de intervenir, y la no consideración por parte de los gobiernos que deben intervenir, sobre la complejidad de los intereses que convergen en el campo de los servicios a transformar. La OMS ha elaborado recetas muy claras y convincentes sobre cómo actuar para avanzar en esta reforma, pero naturalmente, ya que se



trata de cuestiones que debe enfrentar cada país, nada dice sobre estos intereses: los personales de los psiquiatras que resisten el cambio, los de sus corporaciones, los de los gremios del personal que se desempeña en los servicios existentes; los de la industria farmacéutica, los de los políticos locales. Se limita a aconsejar la incorporación de las familias y los usuarios, la conveniencia de contar con equipos multidisciplinares, proponer los servicios adecuados en el primer nivel de atención y hospitales generales, etc. Los gobiernos locales evitan los conflictos políticos que puede traerles esa intervención y por lo mismo lo negocian o toleran su presencia, esterilizando sus posibilidades de acción. Esta situación arriesga con convertir en abstractas las propuestas, ya que la determinación mayor de los procesos de reforma proviene de esos intereses, que no argumentan su posición ni la fundamentan en ningún criterio de salud, sino que están basadas en la fuerza con la que cuentan para la protección de su interés.

Un factor positivo en los procesos de reforma ha sido la incorporación de otros profesionales a la atención. Los psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros preparados para la atención de estos pacientes, los terapistas ocupacionales, incorporan un modo de comprender y un trato con los pacientes diferente al tradicional de los psiquiatras. Se comunican más y mejor con las familias, vinculan más fácilmente los problemas del paciente con su situación social, y por esta vía restituyen muchos de los caracteres subjetivos del padecimiento. De modo general estos profesionales reflejan para los servicios los otros problemas de los pacientes en tratamiento (la relación con sus familias, la ausencia o los conflictos con las mismas, el empleo y la capacidad para integrarse socialmente, los problemas de la vivienda, la participación comunitaria, la existencia de amigos o sostenes afectivos, el logro de subsidios o pensiones, etc.). De esta comprensión más amplia del sufrimiento se desprenden modos de comprensión diferentes que llevan a intervenciones más integrales con la familia, el grupo, la cultura y la vida social. De hecho sus intervenciones son siempre a través de la palabra y el diálogo, lo cual instala los síntomas del sufrimiento en un terreno de mayor humanidad y mejor eficacia. La dificultad está en que, dada la ausencia de una coherencia en el conjunto de las prácticas, cada uno se dedica a una parte del problema, lo cual genera contradicciones a la hora de orientar de manera unificada los tratamientos, especialmente cuando está en juego la integración del paciente a su vida social, eje y esencia de todos las intervenciones en salud mental.

Una de las propuestas de la Salud Mental es la de luchar contra el estigma que rodea al enfermo mental. Pero el estigma no es una reacción espontánea de la gente frente a la locura, esta reacción esta formada por la existencia de todo el dispositivo asilar y el poder de los psiquiatras a lo largo de dos siglos. La idea de la peligrosidad atribuida al loco no surgió de la población misma, se instaló a partir de su utilización por la psiquiatría para

SAM Cursos

la justificación del encierro y el control del loco. En los comienzos de la psiquiatría y el derecho penal positivo, entre ambos, instalaron la idea del "furor maníaco", una manifestación casi animal del delincuente o el loco sin control de sus actos. Esto justificaba la asignación al psiquiatra o al juez de su control, pero el encierro en lugares como la cárcel o el manicomio no hicieron más que sancionar socialmente la idea de peligrosidad.

De hecho, para el imaginario social, el sujeto encerrado, apartado de la sociedad, se convierte en un extraño amenazante. Luchar contra el estigma no puede consistir solamente en modificar este imaginario social si no se logra al mismo tiempo quitar ese halo del encierro psiquiátrico del enfermo, o del delincuente en la cárcel En otras palabras, el desafío es el mismo de transformar un imaginario social construido por la existencia de la psiquiatría y su poder asilar, es decir, del poder del encierro y el control sobre quienes bajo la sentencia de alienación han sido o deben ser encerrados. En cuanto a esto, la psiquiatría ha operado del mismo modo en que piensan hoy los sectores sociales acomodados: frente a la inseguridad social que crean los pobres y miserables en la vida social, no se pide por su integración social, modo de restablecer una seguridad basada en la integración con los semejantes en condiciones de mayor igualdad; solo se reclama por la seguridad en base a la represión o el encierro. La psiquiatría siguió el mismo camino: frente a la no integración del loco a la vida social, no se plantea los medios para lograr esta integración, se elige la represión y el encierro por razones de seguridad.

En todas las propuestas de reforma que ha producido la OMS/OPS a lo largo de los últimos cuarenta años, al igual que lo entienden todos quienes participan y actúan bajo estas propuestas, está presente el eje de la integración social de quien padece cualquiera de los trastornos psíquicos conocidos. Este eje es el que debe ordenar todas las propuestas tanto en la promoción de la salud mental, en la prevención de los trastornos como en la atención de quienes lo padecen. Esta posición se corresponde con una comprensión racional y científica del sufrimiento mental, cual es que, ya se entienda que la enfermedad mental afecte en primera instancia al lazo social de la persona, o se entienda que ese lazo social trastornado o impedido constituya una de las razones de la enfermedad, siempre se tratará de restablecer las capacidades de la persona para integrarse a los intercambios sociales, materiales y simbólicos de la vida social. La curación equivale de alguna manera a este restablecimiento de la capacidad social para vivir con los otros, proveerse el ingreso a través del trabajo, comprender y participar de los significados y valores de la cultura en que habita. El eje de la integración social es lo que ha puesto a la idea de comunidad como estrategia prioritaria para la acción.

Como hemos visto, el mandato que recibe en su origen la psiquiatría fue el del control y la contención del loco, de este mandato, sin contar todavía



con ninguna teoría que lo justificara, surgía como lógico que para cumplirlo se crearan establecimientos para esa función. Es coherente entender que con un consultorio externo para el diagnóstico y la evaluación del trastorno, y para la decisión de si era necesario o no el encierro para dominar la situación que el loco planteaba, y la necesidad de contar con el manicomio para ejercer esa contención, se diseñaba lo esencial del modelo de atención psiquiátrica. Esta demarcación entre los trastornos que no impedían la vida en sociedad y aquellos que por su manifestación hacían necesario el control bajo privación de libertad, marcó la línea de peligrosidad, y pendió como amenaza en todos aquellos que eran llevados a la consulta con el alienista. Quiero decir con esto que todo modelo de atención se desprende de la definición de los problemas a tratar, de las funciones y objetivos con que la disciplina se propone abordarlos y de las personas que se harán cargo del mismo. En el caso de la psiquiatría, sus premisas y objetivos a lograr, fueron anteriores a los modos de entender y teorizar la enfermedad mental. Los diagnósticos y las nosografías llegaron cuando ya las personas estaban encerradas y controladas.

En el caso de la Salud Mental las premisas y los mandatos son otros, y esta vez anteriores a la concreción del modelo de atención. Se trata de construir sobre la base de lo que se ha comprendido como esencial en los procesos de determinación del trastorno psíquico. Es aquí donde juega un papel central el eje de la integración social mencionado. Es en base a este principio de atención que se deben crear los servicios adecuados para este objetivo. Es obviamente contradictorio proponer el cuidado de la integración social del paciente y luego separarlo de su familia, aislarlo de sus amigos, alejarlo de sus grupos o comunidades. Esta contradicción es equivalente a actuar a favor de la enfermedad: si esta daña las capacidades para la vida social y al enfermo le resulta difícil integrar su vida con la comunidad, ¡entonces suprimamos de su existencia a la comunidad, a la familia y a la misma sociedad! Esto es lo que I. Goffman mostró a propósito del manicomio como "institución total": reemplaza por la institucionalización todas las dimensiones de la vida social.

El modelo de atención que se propone en base a este cuidado por la integración social requiere de servicios que sean adecuados a estas prácticas, que no aíslen al enfermo de su familia o grupo social, que preserven la accesibilidad geográfica y cultural para el paciente, que posibiliten la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención. Esto llevó a la propuesta de radicar lo principal de la atención en el primer nivel, ya sea por servicios de Atención Primaria de la Salud, Hospitales Generales, Centros de Salud, etc., que garanticen esa accesibilidad y posibiliten la participación familiar y comunitaria. Espero se perciba que resulta contradictorio y antagónico sostener ese eje de la integración social y contar a la vez, como parte de la red de atención, con hospitales psiquiátricos fuera del

eRM Cursos®

territorio de vida del paciente, fuera de la accesibilidad para la familia y la comunidad. Y además con el peso del estigma que tienen esos establecimientos.

Como ya he dicho, creo que lo fundamental para el destino de las reformas que se proponen dependerá de lograr una fundamentación epistemológica y una coherencia metodológica de los conocimientos sobre el sufrimiento mental y los métodos para su estudio, de ello dependerá que las prácticas que se realicen conserven la racionalidad de los enunciados en los cuales se comprenden los problemas a tratar. Esta fundamentación, como lo vengo sosteniendo, no puede provenir de la psiquiatría tradicional, cuyos supuestos son antagónicos con las premisas de la Salud Mental. En el capítulo en el cual me ocupé de la "comprensión transformadora" he intentado ubicar en este concepto lo esencial de una comprensión racional del sufrimiento mental. Creo que de esa comprensión, que incluye lo principal de la tarea terapéutica y del diálogo entre las disciplinas que hoy actúan en este campo, se desprende una metodología para abordar su conocimiento racional. En absoluto se trata de crear una nueva teoría totalizante del problema del sufrimiento mental, de la cual ya existen muchas. Por el contrario se parte del desconocimiento que aun pesa sobre esta parte de la razón y la sinrazón del hombre, se propone un espacio de comprensión mutua entre quienes sufren y quienes tratamos de hacer inteligible ese sufrimiento. Este estado de ignorancia parcial sobre las razones de los trastornos mentales es sin embargo fructífero si nos permite fijar un nuevo punto de partida, en el cual estén ausentes los prejuicios, las falsas atribuciones de causalidad, el empeño ideológico por asignar a los mecanismos biológicos aquello que aún no sabemos y, muy especialmente, si nos libera y libera al paciente, del peso de la institucionalización promovida por la psiquiatría. Se trata del esfuerzo racional de hacer inteligible lo ininteligible, no de llenar los vacíos de la ignorancia con nuestros supuestos y prejuicios. Al menos, de la aceptación del no saber, de la escucha del saber del mismo sujeto que tratamos, del esfuerzo por instalar una comprensión respetuosa de los tres elementos mencionados (el afecto y la sensibilidad, la experiencia del paciente con su trastorno, la memoria de su devenir) este proceder es el que puede llevarnos a un trato respetuoso de los valores éticos que debe tener toda práctica que actúe sobre la vida de otro.

También entiendo, como parte de esta comprensión, el resguardo de la ética, cuyos rasgos en salud mental he descrito antes, dado que el problema esencial a reformar es el trato con el paciente, el respeto por sus derechos, su reconocimiento como un semejante. La crisis de la psiquiatría, la de comienzos del siglo XX, como la que dio lugar al surgimiento de la Salud Mental en los años sesenta, fue justamente una denuncia a la ética de las practicas asilares y la utilización del poder por los especialistas. Es para la salud mental la prioridad mayor revertir esta ética,



regular las intervenciones de los especialistas bajo criterios que sean coherentes con la comprensión y a la vez con la consideración y el cuidado del otro como semejante.

En el apartado siguiente veremos lo que denomino el "Programa de la Salud Mental", es decir, cuáles son las propuestas que en todos los niveles del campo se están promoviendo, desde los servicios, hasta los profesionales y un nuevo ordenamiento jurídico. En un texto de hace veinte años[13], cuando aún los procesos de reforma eran incipientes, me ocupé de mostrar los ejes sobre los cuales se estaba promoviendo ésta y también las características que habían tomado en algunos países que fueron pioneros en la misma. Relaté entonces la importancia de la política de Sector en Francia, las propuestas de Comunidad Terapéutica en Inglaterra, la reforma promovida por el gobierno de Kennedy en EE.UU. y la creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental, la reforma llevada adelante por Basaglia en Italia. Han pasado veinte años y estos procesos han sufrido avances, transformaciones, y especialmente se ha acumulado una enorme experiencia sobre las posibilidades, los obstáculos, las resistencias y las forma de enfrentarlas, las prioridades y la secuencia de los pasos a cumplir.

Excede este trabajo poner al día estos procesos de reforma. Sólo mencionaré que la misma se ha afianzado en casi todos los países de Europa, atravesó los embates neoconservadores de la década pasada, aun dentro de la misma Inglaterra con el tatcherismo, sufrió retrocesos en EE.UU., especialmente por el recorte de los presupuestos y el crecimiento de la pobreza y el desamparo social, promovidos especialmente por los gobiernos republicanos, a la vez que la supresión de las ayudas sociales. En España, país que conozco de cerca, una vez comenzado el proceso se ha hecho continuo, cuenta hoy con servicios comunitarios de salud mental, existe un "acuerdo ministerial" para llevar adelante estos cambios y sólo quedan algunos hospitales psiquiátricos pequeños. Se puede decir que luego de casi cincuenta años las propuestas han mostrando su eficacia en el campo de la experiencia práctica. Sin embargo, la falta de fundamentos se hace sentir en la diversidad de prácticas y criterios de comprensión, en la suma más que en la integración de profesionales de disciplinas diferentes que tratan de regir sus prácticas por referencia a sus propias disciplinas, no siempre concordantes con los principios y valores promovidos por Salud Mental. Una cultura, cuyos valores no eran previsibles hace treinta años, se impone en dirección contraria a las propuestas de Salud Mental, infiltra nuevos poderes de propaganda y difusión social mucho mayores a los que el esfuerzo y la tenacidad de los profesionales de salud mental pueden lograr.

Si algo están teniendo en común todas estas experiencias es el resurgimiento de la psiquiatría positivista, impulsada por la industria farmacéutica

13. Galende, E. *Psicoanálisis y Salud Mental*, op. cit.

SRW Cursos

y la producción de nuevos psicofármacos. Este es un nuevo poder dentro del campo de la Salud Mental, no desestimable. Al año 2004 esta industria representó el 2% del producto bruto mundial, lo que equivale a 600.000 millones de dólares estadounidenses, y explica el 25% del gasto total en salud de los países. Obviamente la red de vendedores de sus productos esta representada por los médicos, con consecuencias que ya he mencionado. Los efectos benéficos de la utilización de los psicofármacos actuales no deberían ocultarnos el contexto de su funcionamiento social y el poder que a través de ellos se hace presente. Creo, y espero sea comprendido el porqué del empeño en analizar en profundidad la psiquiatría positivista a lo largo de este trabajo, ya que entiendo está en ella el mayor de los riesgos para los principios, las categorías de comprensión y las estrategias asistenciales de la Salud Mental. En el panorama actual, aun en los países donde la reforma ha avanzado mucho, sigue caracterizado por la dominancia de un examen médico biológico según una teoría biológica de la causalidad (que sigue sin contar con pruebas), y la investigación del psiquismo a través de las diversas psicoterapias. La tradicional división de funciones que tiende a congelar la comprensión en esa dicotomía del cuerpo y el espíritu. En ambos casos sigue siendo asunto de los especialistas, que amplían su campo incluyendo en el mismo cada vez más formas del malestar de la existencia. Se utiliza un nuevo arsenal de medios, más sofisticados sin duda que los torpes aparatos mecánicos de los asilos del siglo XIX, medicamentos y psicoterapia, que el especialista aplica en virtud de su saber o su intuición llamada "clínica". Es decir, el ideal de la integración transdisciplinaria y el de la participación del paciente y la comunidad, parecen haberse alejado del horizonte de las prácticas reales.

Sin duda se han modificado las instituciones psiquiátricas, las profesiones, y también las técnicas de intervención, pero es difícil afirmar que la meta de la desinstitucionalización, que no se agotaba en el cierre de los hospitales sino en crear un nuevo instituyente a partir de la integración comunitaria a los procesos de atención, parece también lejos de alcanzarse. Se agrega que la idea de la institución cerrada y la internación se expande ahora hacia los adictos, las granjas de rehabilitación, los geriátricos, los hogares de menores, etc., que hacen pensar en una permanencia de aquello que I. Goffman nos enseñó con la "institución total".

En la vida social, como veremos en el análisis de la nueva cultura, avanza una racionalidad tecnológica, de origen taylorista, sobre la vida de las personas. El objetivo que se fijan ya no es sólo el de curar o mejorar la salud mental, se trata también de suprimir el malestar por los medios que sean, sin necesidad de reflexión ni interrogación, y maximizar el funcionamiento psíquico por la intervención técnica: medicamento, consejo, terapia. Se ha ido produciendo una nueva relación entre los psiquiatras y la población. La psiquiatría, con la enorme ayuda de la industria farmacéutica, ha sobrevivido



sin duda a las propuestas de la participación comunitaria, a las psicoterapias dominantes del siglo XX, incluyendo al psicoanálisis. Esta nueva relación se asienta en un ideal social, en el cual mucho tiene que ver la publicidad, de creer que hay un saber para el malestar de la existencia y que ese saber se expresa en el medicamento adecuado para cada uno de los síntomas del sufrimiento de la existencia, de la intimidad y de los comportamientos. El anhelo de este ideal parece realizado por estas prácticas, cuya similitud con la medicina no esta dado más que por el uso de medicamentos, en tanto la oferta, hecha en nombre de un saber "científico" del especialista, abarca todos los aspectos de la gestión cotidiana de la vida, aquello que el hombre normal realizaba hasta hace poco bajo su propia responsabilidad, bajo su reflexión y en relación con su entorno social.

En el estudio que Robert Castel realizara hace veinte años sobre la psiquiatría y la sociedad americana, con sentido premonitorio, decía este investigador: [14]

> Se podría constituir una tipología de los dispositivos actuales. En el polo más tradicional y, por lo general, el más abiertamente represivo, encontraríamos una cuádruple agrupación: la más fuerte institucionalización (por ejemplo, el hospital psiquiátrico); la tecnología más clásicamente médica (por ejemplo, el electroshock o el tratamiento medicamentoso); el profesional más técnicamente especializado (por ejemplo, los psiquiatras); los usuarios más gravemente afectados (por ejemplo, los psicóticos o dementes). En el otro extremo de la cadena, todas las características se invertirán: instituciones muy abiertas, técnicas poco sofisticadas, personal poco profesionalizado, clientes "normales".

La gran utopía de la cultura actual, en la que naufragan muchas de las propuestas y los ideales de la salud mental, es la creencia de que todo lo que le sea presentado en la bandeja de la ciencia (aun cuando no sea ciencia), promete que la felicidad individual y colectiva se logra con consejos o prescripciones técnicas de "especialistas" que saben en que consiste poseer una conducta, un aspecto y un existir "normal".

## El programa de Salud Mental

Como hemos visto antes, la psiquiatría se desarrolla incluyendo progresivamente en sus criterios de enfermedad a un sinnúmero de trastornos psíquicos. Se parte de aquellos trastornos en los cuales la determinación

14. Castel, R., op. cit., pág. 291.

SAM Cursos

biológica es comprobable, como las demencias, las psicosis tóxicas, algunas epilepsias y debilidad mental, se avanza hacia trastornos en los cuales esta causalidad biológica es solo un postulado, como en las psicosis y los trastornos afectivos, se sigue hacia las neurosis que, a pesar de que su componente psíquico resulta evidente no se privan de categorizar como enfermedad, incluyen luego al alcoholismo y las adicciones, y llegan a una serie de trastornos inespecíficos, como los trastornos de ansiedad, las crisis de angustia, las perturbaciones del sueño, los llamados "déficit de atención" de los niños y hasta ciertos comportamientos antisociales. La flecha de la inclusión en las categorías de la enfermedad avanza desde lo que parece justificar el calificativo de enfermedad y la incumbencia de los médicos, hacia todo comportamiento considerado anormal. Comprender este proceder es darse cuenta que se avanza desde aquello que resulta "explicable" por la causa orgánica hacía trastornos que por ser próximos a la experiencia de todos se hacen comprensibles, pero no obstante al calificarlos como enfermedades se hacen pasibles del tratamiento dispensado por los especialistas.

La Salud Mental parte en su concepción de invertir el sentido de esta flecha: desde la comprensibilidad de las neurosis y los trastornos de conducta, se propone avanzar con su comprensión hasta aquellos otros trastornos, como las psicosis, cuyas causas orgánicas no estén demostradas. Esta posición incluye que, aun en trastornos de causa orgánica, el individuo afectado vive su sufrimiento con la totalidad de su persona, por lo tanto un tratamiento racional de la misma debe incluir todos los aspectos de ella comprometidos por la enfermedad. Esta inversión del sentido de la flecha es clave para poder avanzar sobre los trastornos severos con la herramienta de la comprensión y la ética del semejante, es decir, para considerar al sujeto como centro de toda intervención. Esta posición no desestima aliviar el sufrimiento a través de los psicofármacos, pero éstos ocupan un lugar parcial en la comprensión del sujeto como totalidad de vida y en la necesidad de actuar en toda la complejidad que expresa el trastorno.

Los procesos de reforma pretenden actuar en varios niveles implicados en el modelo de atención. Se puede avanzar en alguno en particular cuando las condiciones así lo permiten, pero no se puede dejar de entender que el cambio sólo es posible en la medida en que los nuevos criterios se impongan en la totalidad de esos niveles. Éstos son: en primer lugar el cambio disciplinario, la inclusión de otras disciplinas en condiciones de igualdad y cooperación, momento interdisciplinario como pasaje a la construcción de un campo unificado por la transdisciplina; en segundo lugar se debe abrir el campo de las teorías: en tanto se trata de un sector de la salud las teorías no son exclusivamente médicas, los aportes de la sociología, las psicologías, el psicoanálisis, la antropología, el trabajo social, la enfermería y sus criterios de cuidados, son esenciales a la hora de



construir un conocimiento más racional del sufrimiento mental y su devenir histórico y cultural; en tercer lugar se reformula el papel de los profesionales y sus incumbencias, para avanzar hacia la constitución de equipos formados por diferentes profesionales y cuidadores, que definen sus funciones en el proceso de atención no sólo por su pertenencia disciplinaria sino por la integración de los cuidados que deben dispensar a las personas que atienden o a los programas que gestionan; en cuarto lugar se deben redefinir las prácticas y el valor de cada una en el caso singular, bajo la tendencia de la comprensión, la intervención a través de la palabra y la participación del paciente, la familia y, cuando es posible, de la comunidad; por último se deben diseñar los servicios adecuados a esta perspectiva global de comprensión de los problemas.

Todo este programa de reforma tiene dos grandes ejes centrales: el primero está dado por la necesidad de desarticular la institucionalización psiquiátrica, esto es, reformular los criterios de internación, desarrollar programas que lleven al cierre de los grandes establecimientos psiquiátricos, hospitales psiquiátricos y colonias, y reemplazarlos por camas de internación en hospitales generales, pequeños y modernos hospitales psiquiátricos para las internaciones que no puedan hacerse en el dispositivo anterior y contar con alojamientos alternativos para pacientes que necesiten vivienda durante el proceso de rehabilitación; el segundo eje es el desarrollo del sistema alternativo de atención, prioritariamente en la red de servicios del primer nivel de atención, Centros de Atención Primaria, con el respaldo de los hospitales generales, integrando todos los dispositivos de rehabilitación a estos servicios.

Estos dos ejes deben desarrollarse en forma conjunta, ya que es imposible e ineficaz avanzar en la desinstitucionalización de pacientes, o el cierre de hospitales psiquiátricos, si no se cuenta con un sistema alternativo para la atención de estas personas; por lo mismo no tiene sentido instalar atención de salud mental en el primer nivel si paralelamente se conserva la internación en los hospitales psiquiátricos, ya que esa situación convierte rápidamente a estos servicios en puerta de entrada a esos hospitales. Es un contrasentido, desde el punto de vista sanitario, pretender mantener ambos sistemas en forma conjunta, o creer que los hospitales psiquiátricos puedan formar parte de una red de atención basada en los servicios del primer nivel. Estos híbridos, cuya experiencia en otros países lo demostró, y es parte de las incoherencias del sistema de salud en Argentina, agregan al crecimiento del costo de la atención un crecimiento de la ineficiencia de la gestión y la ineficacia de los resultados en términos de logros de recuperación de los pacientes.

Comencemos por lo último, *los servicios*. Como todo proceso de reforma el proceso de desarrollo de nuevos servicios debe plantearse la reconversión

SFM Cursos

de lo anterior, esto es, el traslado de los profesionales y los cuidadores, cubrir la necesidad de capacitación en las nuevas tareas, transformar los criterios de la relación para ampliarlos hacia las familias y la comunidad. La formación de los equipos de atención de salud mental, los cuales luego veremos, deben plantearse sobre la base de un compromiso con los principios y los criterios terapéuticos establecidos por parte de los profesionales y los cuidadores. Cada país mantiene diferentes formas sanitarias para la red de servicios del primer nivel, tomaremos como base común la mejor formulada cual es la de los servicios organizados bajo las premisas de la Atención Primaria de la Salud (APS). En la Ciudad de Buenos Aires, se corresponde con los denominados CESAC.

La decisión de desarrollar en estos servicios los cuidados de salud mental, debe partir de la decisión de integrar estos cuidados a los cuidados generales de la salud, esto es, abandonar la idea de servicios monovalentes. *Integrar a salud* y abandonar los servicios monovalentes, no equivale a abandonar la especificidad de la salud mental. No se debe confundir monovalente con especificidad, lo primero es un criterio de organización sanitaria, lo segundo, la especificidad, depende de los fundamentos de la disciplina y lo específico de sus prácticas, y esto no se altera por desarrollar esas prácticas junto a los demás cuidados de la salud, sino que, por el contrario, los potencia como lo muestra, entre otras, la experiencia inglesa y española.

Este pasaje a la APS debe acompañarse con la formación de *equipos de atención* de salud mental. No es posible sostener una cobertura racional y amplia si no se cuenta con un equipo interdisciplinario capaz de asumir las diversas tareas que deben realizarse. Estos equipos deben estar formados por médico psiquiatra, psicólogo, enfermero y trabajador social. Mínimamente, dados los criterios de atención de la complejidad que presentan los sujetos con trastorno psíquico, es imprescindible contar con una *integralidad de los recursos* en este primer nivel de la atención. Los recursos para la atención deben reflejar la complejidad de los problemas a tratar: el control de la salud general y la atención de los síntomas por medios farmacológicos; la psicoterapia individual, grupal o familiar; la atención domiciliaria cuando sea necesario; la coordinación con otros dispositivos de rehabilitación o de internación para la contención de las crisis (hospital de día, centros de empleo, hospital general, viviendas alternativas, centros de rehabilitación específicos, etc.); la atención de la situación social del paciente y su familia, esto es, el cuidado del empleo si lo tiene, el otorgamiento de subsidios de ser necesarios, la provisión regular de los medicamentos indicados, etc. Los programas específicos que se elaboren deben ser también implementados por estos equipos: programas de promoción, sobre alcoholismo, sobre adicciones, sobre violencia familiar, etc. Hay que tener en cuenta que es a través de estos programas que se refuerzan los



vínculos de los servicios con la comunidad y sus organizaciones (centros de jubilados, asociaciones vecinales, clubes sociales, bibliotecas, etc.) Se trata de que los equipos en estos servicios cuenten con todos los recursos necesarios para una atención integral, que incluye la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación, problema específico que enseguida retomaremos.

Otra premisa es la de las *acciones intersectoriales*. Una parte importante de los sujetos con trastornos psíquicos, como también de los programas especiales, plantean necesidades de intervención que exceden los recursos de estos servicios y requieren de articular para su tratamiento la participación de otros sectores o instituciones. Especialmente en adicciones, en violencia familiar, en psicosis crónicas, en episodios psicóticos agudos que requieren internación durante la crisis, se debe contar con acuerdos con el Poder Judicial, a nivel de jueces de familia u otros, de manera que las acciones sean coordinadas y no contradictorias. Igualmente atender el problema del empleo del sujeto que ha padecido una crisis psicótica o una depresión severa, es un elemento clave del proceso de recuperación. Para este objetivo se debe contar con acuerdos con el sector Trabajo, a fin de poder lograr empleo, que puede o no ser subsidiado, a fin de cubrir esta necesidad. También algunos pacientes que no cuentan con familias, o los conflictos con ésta hacen imposible la convivencia, es necesario contar con un programa de vivienda alternativa, que debe coordinarse con el sector de Desarrollo Social. Esto es que el principio de los acuerdos intersectoriales es esencial para ampliar los recursos de atención.

También, especialmente para los programas especiales, se necesita contar con acuerdos para *acciones interinstitucionales*. La economía de recursos y la eficiencia muestra que es necesario evitar la derivación de problemas entre los sectores de la administración, o la sumatoria no coordinada de acciones, que deben ser asumidos en forma conjunta entre los servicios de salud mental y las instituciones en que participa el individuo, o que se ocupan de atender alguna necesidad de éste. Esto es clave entre la escuela y el servicio para los problemas con niños escolarizados a fin de evitar la "patologización" de los problemas de conducta o de la violencia escolar, también con institutos de minoridad, o programas para niños en situación de calle, con los Hogares de Tránsito, etc. Se trata de acudir a la racionalidad de asumir en forma conjunta los problemas de la atención compleja de estos problemas y evitar la dispersión o multiplicación de acciones, llevadas por diferentes profesionales o diferentes servicios.

Sabemos que los principios de *territorialización* de estos servicios facilitan, sino aseguran, la accesibilidad geográfica y cultural. También permiten abordar más fácilmente otros problemas de accesibilidad. Este criterio es básico porque de él depende la relación que el servicio tenga con el paciente, su familia, sus grupos de pertenencia. Además estos centros,

SRM Cursos®

dentro del territorio de un barrio o una comunidad, integran de forma más natural los problemas generales de la salud con el servicio de su lugar, personalizan la atención porque dan lugar a relaciones de mutuo conocimiento entre profesionales y familias y organizaciones de la comunidad. En salud mental esto es clave ya que se necesita revertir un antiguo problema creado por la atención en hospitales psiquiátricos y colonias en zonas rurales. Estos servicios hacen que los pacientes deban atenderse o estar internados lejos de su familia o comunidad, lo cual no sólo es contradictorio con las necesidades de atender a su integración social y la participación de las familias en los procesos de atención, sino que también dificulta o impide la relación del servicio con las familias o la comunidad. La mayor parte de los programas especiales de promoción o prevención, requieren para ser eficaces de esta consideración del territorio básico alcanzado por cada servicio, única manera de articular los enunciados de los programas con las relaciones concretas entre el sector salud y las comunidades.

Finalmente la red de servicios de APS que integra los cuidados de salud mental, debe estar *coordinada centralmente*. No es suficiente una distribución de los servicios en las áreas territoriales, una cantidad importante de situaciones sólo pueden resolverse con la coordinación centralizada de los mismos, para conformar una red de atención. En primer lugar esta coordinación es la que debe planificar la información que deben producir los servicios sobre los problemas prevalentes y las necesidades de los recursos, por lo mismo la evaluación permanente de cada servicio requiere contar con criterios análogos para el conjunto. Esta evaluación centralizada, es decir que concentra la información, debe atender diferencialmente la *evaluación de la estructura* de los servicios para adecuarla a las necesidades del territorio y la población local; *evaluar los procesos de atención* y la ejecución de los programas, a fin de ajustar las prácticas a los problemas detectados; finalmente debe *evaluar resultados*, éstos son los que en definitiva orientan a la planificación e imponen correcciones, ajustes y alternativas.

El funcionamiento de la Red requiere diferenciar una *planificación centralizada* y una *planificación estratégica local*, esto es que a nivel central se establecen las normas generales para la atención, cuando sea posible y establecidos los problemas prevalentes, podrá confeccionar por consenso con los equipos, "protocolos" de atención que fijen las pautas acordadas que deben cumplirse para una atención eficaz. Pero como los problemas son locales y se tratan localmente, cada servicio deben planificar las estrategias propias para la atención, considerando las características locales de los sujetos, las familias, las organizaciones de esa comunidad. Como parte de esta planificación central se debe contar con lo que ha dado en llamarse *"historia clínica única"*, esto es, una historia clínica que fije la información de los sujetos atendidos bajo criterios semejantes en todos los servicios. Esto es esencial a la hora de conocer la prevalencia asistida, la evolución y



el resultado de la atención. Creo que la experiencia ha demostrado que es necesario diferenciar entre los registros estadísticos, que suele llevar la administración, del registro local en base a esta historia clínica única, sobre la cual es posible establecer el conocimiento epidemiológico sobre prevalencia, diseñar las prioridades de investigación en los servicios o la red, ajustar las normas o los protocolos de atención.

Con los recursos y facilidades actuales, es necesario que la red sea informatizada, esto es que, entre otras ventajas, que pueda contar en el sistema informático con las referencias de cada sujeto atendido, ya sea con una información básica o con la historia única. Con los resguardos obligados de confidencialidad y reserva de nombres y datos que deben ser privados, la informatización de las historias permite controlar los desplazamientos territoriales del paciente, esto es, que si consulta en cualquier punto de la red, quien lo atienda pueda contar con la información del registro de la historia y el tratamiento, un resguardo importante para asegurar la continuidad de los tratamientos.

Esta red de servicios en el primer nivel de atención necesita de otros servicios de apoyo, especialmente para dos situaciones: la atención de las crisis y la rehabilitación. Estos están integrados a la red, pero a la vez mantienen cierta especificidad según su característica y su función. Se los ha denominado *"dispositivos intermedios"* (también "Servicios Especializados"), dado que por lo general atienden con internaciones de tiempos acotados, o de permanencia parcial del paciente en los mismos. Según los datos epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos severos que requieren de este tipo de servicios, que es de 1 a 2 por mil habitantes, y que significan una incidencia en la consulta a los servicios de entre 8% y 15% del total de las consultas, se planifican el número y la amplitud de estos servicios. De acuerdo a mi conocimiento de las estadísticas sobre prevalencia en la consulta de los servicios de la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, alrededor de un 10% de las consultas totales atendidas responden a las características de estos pacientes.

La atención de las crisis permite de varias estrategias, según las características singulares de las mismas. Este grupo está formado por primeros episodios de psicosis, o trastorno afectivo severo, entre ellos los intentos de suicidio; recaídas de pacientes con trastorno psicótico; episodios agudos en pacientes alcohólicos o en adictos; crisis en algunos trastornos de personalidad severos. No sólo es importante el diagnóstico anterior a la crisis, o bajo el cual se califica la misma, es también importante las características singulares del caso, que es necesario evaluar: el tipo de síntomas, la perturbación general de la persona, el estado de confusión, la continencia o incontinencia de la familia o la ausencia de la misma, la presencia de personas significativas en la vida del paciente que pueden colaborar en la crisis, etc.

SRM Cursos

Los dos dispositivos principales para la contención de estas crisis bajo internación, son las camas en hospitales generales, que pueden estar integradas a las de clínica médica, lo cual restringe el tipo de crisis que puede alojarse allí, o diferenciadas en salas especiales para este fin, o contar con pequeños hospitales psiquiátricos para la atención más especializada de casos que requieren una contención mayor y un tiempo más prolongado. A esto se agrega la denominada internación domiciliaria, de muy buenos resultados cuando se cuenta con familia continente y personas allegadas al paciente que participan de la contención. En estos casos, la internación en hospital general o la domiciliaria, la experiencia muestra que es conveniente que sea el mismo equipo de atención primaria quien se haga cargo del paciente, ya que es quien habrá de planificar el tratamiento y su continuidad a la salida de la crisis. En el caso de la internación en hospital psiquiátrico, la atención la brindan los equipos del hospital, pero es conveniente articular esta atención con los equipos de atención primaria para que éstos puedan planificar la continuidad del tratamiento luego de la internación.

Estos servicios deben complementarse con la disponibilidad de lugares de alojamiento para pacientes que no cuentan con familia, o que ésta no los acepta, y que tampoco cuentan con posibilidades de brindarse un alojamiento propio. También estos programas de alojamiento deben ser concretados intersectorialmente con Desarrollo Social, sector que posee experiencia en esto y suele contar los recursos presupuestarios para este fin. El sector salud se ocupa de la atención de los pacientes alojados en estos lugares. Existen diferentes tipos de alojamiento que pueden brindarse según las características de cada paciente. Algunos solo necesitan un alojamiento temporario mientras logran un empleo, y ya poseen capacidades de mayor autonomía para la gestión cotidiana de sus necesidades. En estos casos puede alojárselos en pensiones o casas de familia que les den albergue. Otros casos son personas en tratamiento que no tienen autonomía, por diferentes causas de incapacidad necesitan no sólo del albergue sino también de la atención de necesidades cotidianas. En estos casos se les debe proveer alojamiento mientras dure el tiempo de rehabilitación y se los asiste en sus necesidades de alimentación, cuidados de salud, compras y gestión de la casa, sin necesidad de tener personal permanente en esos domicilios. Y hay pacientes, especialmente aquellos que han estado institucionalizados, cuya pérdida de habilidades sociales y capacidad de autonomía los hace dependientes del cuidado de los equipos de atención. En estos alojamientos sí debe contarse con personal permanente para los cuidados y la gestión cotidiana. No es necesario personal profesionalizado, muy bien pueden brindar estos cuidados personas que, asesoradas por los equipos, sepan los modos de trato y de cuidado con las personas alojadas.



El problema de la contención y rehabilitación requiere de dispositivos diferentes. Es necesario aclarar que la rehabilitación psiquiátrica realizada en el interior de los hospitales psiquiátricos y en talleres protegidos, ha sido muy cuestionada y entendida como extraña a los mismos criterios de rehabilitación. En primer lugar porque el eje central de la integración social para la rehabilitación del paciente requiere que esta se realice en los medios naturales donde se desarrolla la vida social. Es un contrasentido pretender la recuperación de habilidades sociales, adquisición de significados que regulan la vida social, en lugares artificiales que mimetizan básicamente el funcionamiento del hospital mismo. Desde hace años la OMS ha desarrollado el programa denominado "Rehabilitación Basada en la Comunidad" (RBC), entendiendo que todo proceso de rehabilitación en salud mental debe llevarse a cabo en dispositivos integrados a la comunidad, o al menos, que estén referidos a los procesos sociales y comunitarios reales.

¿Qué es lo que se trata de rehabilitar en estos sujetos? Básicamente habilidades sociales prácticas, que van desde la utilización del dinero, el transporte, la comunicación, las compras, los diálogos cotidianos, etc. Al mismo tiempo que la recuperación de las capacidades sociales, esto es, posibilidades de integrase a los intercambios materiales, económicos, y simbólicos (significados, valores, modos de actuar, etc.), fundamentalmente a través del trabajo y la participación en los espacios de la cultura. Es necesario mantener esta diferencia entre habilidades y capacidades sociales, las últimas requieren siempre de contar con las primeras, no a la inversa. Si el individuo no comprende o no sabe los códigos básicos de las acciones necesarias para vivir con los demás, o ignora los intercambios regulados en la vida social, difícilmente pueda integrarse en el trabajo, en un club social, en una actividad cultural. Enfatizo esto porque he observado múltiples veces a ex pacientes institucionalizados, que han sido integrados a empleos protegidos o insertados en actividades culturales diversas, que, al desconocer los códigos y las habilidades sociales, mimetizan, a veces ridículamente, los comportamientos que requieren esta integración social y que ellos no comprenden. "Insertar socialmente", la misma palabra lo dice, no equivale en ningún caso a "integrar socialmente", que requiere de otras capacidades prácticas y de otras adquisiciones simbólicas.

Los dispositivos intermedios de rehabilitación son variados, dependen de la población asistida y de su número, y es siempre decisión de la planificación central establecer las prioridades de estos servicios. Naturalmente no pueden ser dispositivos para cada servicio de atención primaria, se planifican en número adecuado a la población que los necesita, pero a la vez es necesario que mantengan una coherencia con los principios de atención de la red y que estén vinculados a ella. Es conveniente su ubicación geográfica ligada a la red de APS, para solucionar los problemas de los traslados y para permitir un intercambio periódico entre los equipos de la Red y los de estos

SRM Cursos

dispositivos. La lista de estos dispositivos depende de las necesidades y de los recursos disponibles. Los más esenciales son los denominados "Hospital de Día", ligados a la contención y a la rehabilitación de habilidades sociales, paso necesario antes de integrarse a procesos que requieren de una estabilización del trastorno y una aceptación de incluirse en actividades sociales. Un tanto diferentes por sus actividades son los "Centros de Día". En estos últimos se desarrollan actividades de tipo social o cultural, tratando de integrar en las mismas a pacientes y miembros de la comunidad. Las actividades son variadas: talleres de literatura, de lectura y discusión de diarios, revistas o artículos de interés, talleres de teatro, de pintura, etc. Deben estar abiertos a la comunidad, es decir, admitir o interesar a la población del lugar, a participar de estas actividades. También existen Clubes Sociales, con actividades semejantes, pero dirigidos más específicamente al ocio y al desarrollo de ciertas capacidades simbólicas: juegos de mesa, taberna o confitería, actividades culturales, como conferencias, charlas participativas, etc. Siempre que se logre es preferible tener acuerdos con los clubes ya existentes en la comunidad para integrar a sus actividades a los pacientes, no siempre fácil pero con excelente resultado en los sitios en que ha logrado hacerse.

Un lugar aparte merece la consideración de la rehabilitación para el trabajo. Esta es variada, siempre se debe partir de las capacidades ya obtenidas por el paciente, el oficio, la profesión o las habilidades del trabajo desempeñado. Rehabilitar en estos casos es recuperar capacidades y ayudar luego a la obtención de empleo, ya que los resultados de la rehabilitación sólo se muestran en ese momento. Ya mencioné la necesidad de articular esta rehabilitación con el sector de Trabajo. Desde hace años se han desarrollado experiencias de las llamadas "empresas sociales", habituales en los países de Europa y especialmente en Italia que fuera su iniciadora. En el caso de Europa estas empresas son propiciadas por el Estado, financiadas en su inicio por el mismo Estado, quien les brinda asistencia tecnológica, especialmente para la producción y la comercialización de lo que producen. La clave esencial es entender que el paciente se integra a un emprendimiento cuyas características son las mismas del mundo social y económico en que vive. La mayor parte de ellas integran a pacientes con otras personas que simplemente tienen allí su empleo o desempeñan su profesión u oficio. Esto crea en su desenvolvimiento un clima social de camaradería y la rehabilitación ya no depende solo de los servicios sino del espacio social real del trabajo y las relaciones con sus compañeros. Estos emprendimientos, que han demostrado mayor eficacia a la esperada en sus comienzos para la rehabilitación de ex pacientes institucionalizados, requiere de compromisos intersectoriales entre Trabajo, Economía y Salud; el sector Salud Mental por sí solo no puede llevar adelante este tipo de empresas.

En suma: una red de servicios de salud mental, coordinada centralmente; que evalúa la información sobre prevalencia asistida e investiga



sobre la prevalencia de problemas de salud mental en población general; que planifica las normas de atención o elabora los protocolos; que mantiene una evaluación continua sobre la estructura, los procesos y los resultados de la atención; una red de equipos interdisciplinarios de salud mental, instalados en cada uno de los centros de APS; que cuentan con la totalidad de los recursos necesarios para la atención integral de los problemas del sufrimiento psíquico; que desarrollan su actividad ampliada con criterios intersectoriales e interinstitucionales; que son coordinados centralmente y desarrollan sus estrategias locales de atención; que producen la información necesaria para la planificación y el desarrollo de la investigación; que cuentan con un sistema de evaluación continua de las estructuras de sus servicios, de los procesos de atención y de los resultados de la misma; y que está articulada a un conjunto de "servicios intermedios" para la atención de las crisis y la rehabilitación.

Creo escuchar en este momento en mis oídos la voz de un funcionario a cargo de Salud Mental, quien dice *"usted pide demasiado, eso es ideal, es imposible contar con tantos recursos, apenas nos alcanza para lo que ya hacemos"*. Quiero responder a mi interlocutor imaginario que *"esto no es en primer lugar ideal, es lo que ya se está haciendo en muchos países de modo racional, y si usted cree que no tiene recursos presupuestarios fíjese lo que gasta en los hospitales psiquiátricos, para una atención que además de poco racional y eficaz, es iatrogénica en muchos casos; si vuelca usted esos recursos a una red de atención, más racional y científica, le sobrarán recursos para ampliar aun más las actividades de esta red"*. En Europa, donde se ha avanzado mucho en esta dirección, se constituyó hace varios años un grupo multinacional de estudio de costos de la atención, entre otras cosas, para poder comparar los costos de estos nuevos modelos de atención con los tradicionales de la atención psiquiátrica. El grupo se denomina *"Psicost"* y su información es accesible y recomendable.[15]

## Los objetivos de la desinstitucionalización

Los objetivos de *la desinstitucionalización*. O también, ¿cómo desandar el camino de la institucionalización psiquiátrica y avanzar hacia un nuevo instituyente, una nueva subjetividad, sobre nuevos significados y valores del sufrimiento mental? Esto tiene un primer momento de externación y reubicación de los pacientes que están en los hospitales psiquiátricos a otros dispositivos de atención, y lo segundo actuar con distintos programas de rehabilitación. Desde el punto de vista psíquico se trata de lograr bajo estos modos de atención que la persona recupere una subjetividad desprovista de

15. Saldivia Bórquez, Sandra. *Estimación del coste de la esquizofrenia asociado al uso de servicios*, Universidad de Granada, 2002.

SRW Cursos

los significados que supone la larga permanencia en esas instituciones. Desinstitucionalizar es a la vez rehabilitar la subjetividad, recuperar una sociabilidad en los niveles en que sea posible, no se trata de una simple relocalización de pacientes de un establecimiento a otro, o de una derivación a la familia de una función que pertenece a la responsabilidad del Estado y el sistema de salud y de la acción social. El traslado a la familia cuando esto es posible, o a otros dispositivos de atención, no es más que el primer paso para crear las condiciones necesarias para la rehabilitación.

En un programa de recomendaciones para los países de América Latina y el Caribe, elaborado por OPS/OMS entre los años 2000-2004, y con la consulta a un número considerable de expertos de Europa y Latinoamérica, de cuyo grupo asesor y redactor participé, denominado "Programa Comunitario para la Atención de las Psicosis"[16] , se establece lo esencial de los procedimientos necesarios para esta meta de la desinstitucionalización. Tendré como referencia ese texto en las reflexiones que siguen.

> La desinstitucionalización de personas supone su egreso desde la institución, por lo general un hospital psiquiátrico, su reubicación en un espacio residencial natural o sustituto, así como una serie de estrategias de intervención orientadas a una efectiva integración social en el espacio comunitario. [17]

Naturalmente este proceso comprende no sólo a los pacientes, implica también a los profesionales de esos hospitales, a los equipos de la red de atención primaria y al conjunto de la organización del sistema de salud mental. Nunca es un programa aislado, debe integrarse y ser coherente con el funcionamiento global del sistema de salud. Ya señalé antes, que esto sólo es posible si previamente se cuenta con la red de atención primaria, los servicios intermedios y el personal comprometido con esta línea de comprensión de la atención.

Estos procesos ya se han cumplido en varios países en forma total (caso Inglaterra e Italia), muy avanzada (caso de España, Francia) y está en proceso en varios países. En América Latina, Brasil y Chile quizás son el mejor ejemplo de los logros. Esto es, que ya contamos con suficiente experiencia en los procesos de desinstitucionalización como para validar sus resultados, y especialmente evaluar los obstáculos y fijar la eficacia de la meta propuesta. Al menos tres cuestiones están establecidas: es posible la desinstitucionalización sin abandono de los pacientes ni la derivación de la responsabilidad a las familias; es factible la coordinación entre la política general de salud mental y la política presupuestaria del proceso, esto es, los resultados muestran que el factor presupuesto no es un obstáculo; también

16. *Programa Comunitario para la Atención de las Psicosis*. Washington, OPS/OMS, 2004.
17. Lo escrito entre comillas pertenece a las recomendaciones del Programa de OPS.



la experiencia ha demostrado la capacidad de la red de servicios comunitarios para atender estos procesos e integrar a los pacientes a sus dispositivos de rehabilitación.

Entre los obstáculos que han surgido, especialmente por parte de los psiquiatras que se desempeñan en los hospitales psiquiátricos, es su creencia en que algunos de los servicios nuevos pueden ser desarrollados en el mismo hospital psiquiátrico, y que estos ya han modernizado la atención e impedido la cronificación; por lo general los llamados servicios de agudos, servicios de "corta estadía", "internación en crisis", etc. La experiencia ha mostrado la casi total imposibilidad de lograr integrar a los tradicionales hospitales psiquiátricos a los criterios de salud mental por medio de su modernización. El Programa, que evaluó esta alternativa, concluyó:

> El "Servicio de Corta Estadía" o de "Agudos": Situado al interior de un hospital psiquiátrico, se encuentra aislado de la interacción con el conjunto de la medicina, privando en muchos casos al paciente de una adecuada valoración clínica. En un modelo asistencial que carezca de una adecuada red comunitaria, el servicio de corta estadía es junto al policlínico el punto más demandado de la red, generando tres productos asistenciales habituales:
>
> a) pacientes que se benefician de la intervención y que egresan en buenas condiciones a una red asistencial insuficiente lo cual genera alta probabilidad de recaídas y consiguiente deterioro de su red de apoyo social y familiar.
> b) pacientes que se benefician de la intervención pero que se encuentran ya marginalizados o en condiciones de abandono, por lo cual son candidatos a su derivación a un Servicio de Larga Estadía por razones no psiquiátricas.
> c) pacientes que responden insuficientemente a la intervención psiquiátrica de corta estadía y que a causa de su alta complejidad psiquiátrica y conductual requieren de intervenciones más prolongadas siendo derivados frecuentemente a larga estadía.
>
> Servicios de Urgencia: La existencia de un servicio de urgencia al interior de un hospital psiquiátrico consolida el aislamiento de la psiquiatría y sus pacientes respecto del conjunto de la medicina y el sistema sanitario. Su presencia en dicho lugar frecuentemente hipertrofia su rol como vía de ingreso y distorsiona el funcionamiento de los dispositivos.
> Hospital de Día: No es infrecuente que en un intento por modernizar la institución psiquiátrica se creen instancias de hospitalización parcial en su interior, sin embargo en el modelo institucional refuerzan el poder de ésta y pierde su potencial de reintegración."

ERM Cursos®

Por otra parte sabemos que la convivencia de estos servicios con un altísimo porcentaje de pacientes cronificados, de larga estadía en el hospital, no altera la situación de éstos, que permanecen bajo las condiciones tradicionales del asilo. Es naturalmente sobre esta población que se establece la mayor necesidad de la deinstitucionalización. Este proceso parte de la decisión política y de la administración, del sector Salud y Salud Mental, de Desarrollo Social, de Derechos Humanos, etc., y requiere de la participación del personal que se desempeña en los establecimientos. No se trata no obstante de una decisión que simplemente se ejecuta, requiere de un proceso complejo de integración de los profesionales, las organizaciones de familiares, los administrativos, los dispositivos o políticas de Desarrollo Social, que deben converger para diseñar las etapas y tiempos del proceso. El diseño acordado del proceso debe incluir las estrategias que se llevarán a cabo para la rehabilitación, la inclusión de los nuevos dispositivos para la atención de las personas externadas y los acuerdos con los distritos administrativos locales cuando, como es frecuente, el paciente retorne a un territorio lejano al del hospital. Como es obvio, la primera decisión es que una vez iniciado este proceso, no se admita la internación de ninguna persona a ese hospital, para lo cual hay que programar con anterioridad los nuevos lugares de atención, como también contar con lugares de alojamiento alternativo para pacientes que durante la atención necesiten asistencia intensiva, especialmente para pacientes que sufren recaídas de un trastorno antiguo.

Por lo general los pacientes de larga permanencia en los hospitales psiquiátricos constituyen una población un tanto indiferenciada, por su situación social, por el grado de pérdida de su relación con el mundo exterior, por su patología, por la presencia o no de síntomas agudos, por el grado de incapacidad, por la edad, la situación jurídica de la internación, etc. La primera tarea es necesariamente una evaluación en profundidad de cada uno de ellos, ya que los dispositivos de rehabilitación se ordenan en general según las características de la población que asisten. Una diferenciación que establece el Programa, más centrada en las características de la patología y la incapacidad, los agrupa según:

a) pacientes portadores de trastornos psiquiátricos severos estabilizados.
b) pacientes portadores de trastornos psiquiátricos severos no estabilizados, de curso grave, refractario al tratamiento y con alteraciones conductuales de importancia.
c) pacientes portadores de retraso mental grave o profundo.
d) pacientes neurológicos graves, postrados o semipostrados.
e) pacientes adultos mayores, estables en lo psiquiátrico y con otros deterioros graves asociados.
f) personas sin patología relevante.



En una primera aproximación todas las personas internadas deberían ser evaluadas respecto a:

- Condición clínica general.
- Necesidades específicas por condiciones no psiquiátricas.
- Grado de deterioro o pérdida de habilidades, lo cual orientará las alternativas de reubicación y reinserción comunitaria.
- Condiciones de apoyo familiar para la desinstitucionalización.
- Condición jurídica de la internación psiquiátrica y del propio paciente.

Esta evaluación permite agrupar los pacientes según caracteres afines, esencialmente vinculados a los dispositivos en que pueden ser ubicados. Por ejemplo: las personas mayores con deterioro, adultos con retraso mental severo, o simplemente ancianos sin patología específica, requieren ser alojados en lugares básicamente de cuidados y protección. Otros, los más frecuentes en estos establecimientos, con trastorno psicótico de larga evolución, estabilizados, que requieren programas de alojamiento y rehabilitación de largo alcance, dada la pérdida de habilidades sociales y la consiguiente incapacidad social. También los pacientes psicóticos con sintomatología activa, que requieren una evaluación especial de los tratamientos realizados y de las posibilidades de diseñar un nuevo enfoque terapéutico, que en general no pueden ser externados, sino conducidos a un hospital alternativo, como los pequeños hospitales psiquiátricos para casos agudos. También se encuentran internados pacientes con trastornos neurológicos que suponen incapacidades físicas y mentales y que requieren de una atención más especial. No es infrecuente que se encuentre también a personas con diferentes enfermedades somáticas, que es necesario evaluar y contar con la atención médica adecuada, en general en hospitales generales. En su conjunto lo esencial es que esta diferenciación de la población internada es necesaria para actuar con racionalidad en el diseño de la alternativa de atención que se habrá de brindar a cada uno, estas diferencias no son sólo de la patología mental, como espero se entienda, supone una diferencia de la situación social, jurídica, de la incapacidad física y psíquica, de contar con respaldo familiar o comunitario, etc.

No me voy a detener en los detalles de los dispositivos alternativos de atención, en primer lugar los ya señalados para la red. Si es necesario insistir en que estos procesos no pueden, ni deben, ser de responsabilidad, profesional y presupuestaria, única del sector de salud y salud mental. Se debe contar al menos con el compromiso y la participación coordenada de Desarrollo Social, del ámbito de Derechos Humanos, de Vivienda y Trabajo. Los dispositivos de rehabilitación y los de alojamiento deben ser una responsabilidad de conjunto. La experiencia ha mostrado que una parte importante de la población internada necesita prioritariamente de atención social y el sector de la administración suele contar ya con los servicios

SRM Cursos

sociales adecuados para brindarla. De hecho la evaluación no sólo debe hacerse con las personas internadas, es necesario buscar información sobre su situación social, familiar, si cuentan con soporte familiar o social y si éstos están dispuestos a participar en el proceso. Muchas familias, si se les asegura la atención, y en ocasiones subsidios especiales, se muestran dispuestas a reintegrar al paciente a su seno familiar.

Salud Mental debe procurar una reformulación del personal, profesional y no profesional, de estos establecimientos a fin de interesarlos en el proceso y lograr su integración a los nuevos servicios. Es importante mostrar que la meta de la desinstitucionalización no sólo se propone la recuperación de la dignidad de las personas internadas, sus derechos a una atención en mayor libertad y respeto de la intimidad, sino que también para el personal supone una mayor dignidad personal al atender bajo cuidados más solidarios, en condiciones de mayor libertad institucional y mejor reconocimiento social de su labor. La estigmatización psiquiátrica, como señale antes, no es sólo del enfermo y la enfermedad mental, es de todo el dispositivo manicomial y de quienes se desempeñan bajo esas condiciones.

Para un correcto desarrollo del programa de desinstitucionalización se precisa contar con un completo desarrollo, territorializado, de la red sanitaria, de rehabilitación, residencial y de inserción sociolaboral. En el ámbito sanitario este desarrollo debe incluir desde la coordinación y participación de la Atención Primaria, el adecuado funcionamiento de las Unidades de Salud Mental Comunitarias como articuladoras de la red, la disponibilidad para la atención de urgencia, la hospitalización diurna, la hospitalización de corta estadía en el hospital general, y la hospitalización prolongada de mediana estadía, según las necesidades clínicas y evolutivas de los pacientes. Para los efectos de esta directiva, los dispositivos que más influyen en la viabilidad de estos programas de desinstitucionalización son:

1. La unidad de rehabilitación de base comunitaria, o el Centro de Día para la rehabilitación.
2. Las residencias alternativas, pensiones, familias sustitutas.
3. Las actividades ocupacionales y de promoción del empleo o empresas sociales.

El cierre del hospital psiquiátrico es el resultado de este proceso, nunca el comienzo. Un conjunto de medidas van llevando a esta meta de la reconversión de los servicios y la transferencia de los pacientes a éstos: desde el inicio del programa suspender las nuevas internaciones, que deben hacerse si son necesarias en los nuevos dispositivos; atender especialmente a aquellos casos que por su trastorno deban ser atendidos prioritariamente por los servicios sociales; evitar también el reingreso de pacientes ya externados con recaídas, que pueden ser derivados a los



nuevos servicios; traslado de las unidades judiciales que están en el hospital, con acuerdo del Poder Judicial, tarea específica del área de Derechos Humanos. Todo esto es posible y hay suficiente experiencia en cómo hacerlo, los problemas surgidos no han sido precisamente económicos, de presupuesto, se necesita decisión y firmeza política en su implementación, compromiso social y profesional con mejorar la vida de las personas internadas, acuerdos en que los problemas psicopatológicos pueden ser atendidos de otra manera cuando se integran a servicios más racionales, en el mayor grado de libertad posible, potenciando todo lo que resulte posible la autonomía de las personas, y, esencialmente con respeto a sus derechos y a su dignidad como semejantes.

## Las necesidades y los obstáculos de la formación de los profesionales

Como señalé antes, el programa de la Reforma requiere, para hacer efectivo y eficaz esta red de servicios, modificar los demás elementos que entran en juego en la atención. La formación de los *equipos de salud mental* obedece a la necesidad de ampliar el campo disciplinario y la habilitación e incumbencia de profesionales de estas disciplinas. Este objetivo no puede detenerse en la simple sumatoria de profesionales para la atención, que sostengan su práctica en su disciplina particular, lo cual lleva a un "pastiche" de conceptos, creencias y prácticas heterogéneas entre sí. El objetivo es que en el trabajo conjunto se refleje la complejidad que tiene el padecimiento mental. Las personas con sufrimiento mental ven alteradas sus vidas en todas sus dimensiones: la vida familiar o el desamparo social, el empleo y las posibilidades de contar con él, el ingreso económico o la dependencia de algún subsidio o pensión, su participación en las actividades sociales, la presencia de relaciones con otros en la amistad o la compañía que sean estables y continuas. Esta claro para todos que no son elementos contextuales que "acompañan" al trastorno, tendencia de la comprensión médico psiquiátrica a visualizar de un lado la enfermedad y del otro los aconteceres de la vida y de la historia del sujeto. Por el contrario, estos elementos de la existencia social y sus vicisitudes constituyen el texto mismo de la enfermedad. Atenderlos en forma integral es uno de los principios de salud mental. Gran parte de las recaídas en la evolución de estos trastornos se deben a fracasos en alguno de esos aspectos, lo que hace visible que éstos intervienen en la evolución y en la posibilidad de recuperación del mismo.

Como se trata de aspectos diferenciados pueden ser tratados también por profesionales diferentes, quienes en base a su experiencia práctica están mejor posicionados para esto: el médico para los cuidados generales

SPM Cursos®

de salud y la indicación de los fármacos adecuados a los síntomas; el psicólogo para la psicoterapia con el paciente, la familia o el grupo; el trabajador social para el aporte de la ayuda social y su gestión ante el Estado; el enfermero para los cuidados cotidianos. Esto proviene de los cuerpos disciplinarios, pero en el devenir práctico de los equipos estas funciones se cruzan, se intercambian modos de pensar y de sentir entre los profesionales, se asumen tareas inespecíficas de su profesión, como la intervención con la familia por parte del enfermero o el trabajador social, la intervención del psicólogo en una asistencia domiciliaria, la gestión por parte de un enfermero de un servicio o de un programa, etc. Todas estas actividades ayudan a ampliar los márgenes disciplinarios y permiten avanzar a lo que llamamos transdisciplina. Ésta se construye no por una comprensión teórica o una decisión personal, sino por el intercambio y las relaciones prácticas entre los profesionales que representan otras disciplinas.

Señalé antes en el texto, apoyándome en el trabajo de Piaget y García, el proceso de pasaje desde una subjetividad disciplinaria, es decir un momento que podemos llamar intrasubjetivo de la disciplina, a un modo de intercambio entre disciplinas, momento interdisciplinario que también implica a nivel subjetivo la constitución de una intersubjetividad práctica, proceso en el cual el diálogo y la práctica del otro se hace progresivamente propia, y finalmente se puede lograr una superación de estos diálogos y del momento intrasubjetivo en la propia creencia disciplinaria, cuando de modo práctico se hace carne en la propia subjetividad una comprensión totalizadora del problema, momento de pensamiento complejo (E. Morin) en el cual el pensamiento refleja en su totalidad la diversidad de elementos que componen un problema; este momento es constitutivo de una transubjetividad práctica como propio de la transdisciplina. Retomo esto ya dicho para afirmar que la totalidad de los pasos de este proceso y sus logros dependen enteramente de una práctica de equipo y de las relaciones que se establecen en el funcionamiento conjunto. Por esto mismo es esencial la igualdad de funciones, es decir, que cada uno pueda asumir la tarea para la cual se sienta más capacitado y motivado, y también es esencial la igualdad en las incumbencias: la única jerarquización del equipo debe surgir de las capacidades y los logros transdisciplinarios.

Una reflexión aparte merece la formación de los profesionales y los beneficios y los obstáculos para su integración a estos equipos. Las disciplinas y profesiones de origen provienen de la diferenciación académica de ámbitos del saber sobre lo humano repartido metodológicamente en saberes diferentes. Así estudiamos el cuerpo por un lado, la psiquis por otro, la vida social, etc., en facultades diferentes. Nuestras universidades están organizadas sobre los principios kantianos de las "facultades", a pesar de que el conocimiento práctico exige todo el tiempo el traspasamiento de esas "facultades". Naturalmente el título de grado no contiene una preparación



para el trabajo y la integración interdisciplinaria. Una parte de los profesionales realizan postgrados, los cuales por su sentido habitual de integración interdisciplinaria, permiten superar los límites de la disciplina de origen y adquirir un pensamiento más complejo para problemas humanos complejos. De alguna manera la integración de equipos interdisciplinarios cumple una función similar a estos postgrados, habilita progresivamente un pensamiento más totalizante sobre los problemas del sufrimiento mental y los modos de comprenderlo y tratarlo.

Enseguida nos ocuparemos de las políticas en salud mental, de la planificación y los programas especiales. Antes quiero finalizar este apartado con alguna reflexión sobre las estrategias de intervención comunitaria. La eficacia de estas estrategias depende de comprender con amplitud los procesos de la integración social, sobre la cual pueden ser inteligibles también los problemas actuales de la exclusión, y los no tan actuales de la marginalidad.

La integración social debe visualizarse en dos ámbitos, que tradicionalmente eran claramente percibidos en sus rasgos propios pero que en el desarrollo actual de la sociedad y el empobrecimiento de los vínculos sociales, tienden a borrarse en la especificidad de su funcionamiento. Estos dos niveles, siguiendo en parte a lo postulado por Habermas, son la integración social sistémica, es decir las formas de integración al sistema social global, y la integración socio comunitario, en la que se sostienen las interacciones prácticas entre los individuos y se adquieren las habilidades sociales elementales.

La integración social sistémica está basada en los sistemas normativos globales de la Nación, esto es: el cuerpo de las leyes que regulan los intercambios económicos; el uso de la, o las, lenguas aceptadas; la constitución de las familias, las normativas sobre aspectos generales de la vida social (tránsito, construcción, registros y documentación personal, etc.); las normas que regulan por ley penal el delito o la trasgresión y las penas; las instituciones básicas y sus normativas obligatorias (especialmente las vinculadas a las cuatro grandes instituciones modernas: la educación común obligatoria, la salud como derecho universal; la Justicia y la seguridad a cargo del Estado). En su sumatoria estas normativas y leyes constituyen el cuerpo de derechos y deberes que aseguran el ejercicio de la ciudadanía, e instituyen lo que puedo denominar "una subjetividad nacional", es decir integrada a la vida psíquica del sujeto, y regulada por significados, valores, normas de comportamiento y prohibiciones que ordenan los comportamientos prácticos de los individuos integrados al sistema social de la Nación. Uno de los primeros sentidos de la exclusión social es justamente un quedar afuera de los derechos y obligaciones de ciudadanía y por lo mismo de los sistemas normativos del ciudadano común. También entendemos por "disgregación social" aquellos comportamientos de individuos o

SFM Cursos

grupos que no responden a normas y reflejan un relajamiento, una desagregación del cuerpo social en su conjunto.

Pero esta integración sistémica, que puede asegurar la integración de los individuos a la vida social de una Nación, no es suficiente, si no es sostenida por los procesos de vida real en las relaciones inmediatas o cercanas con los otros. Este es el ámbito de la integración socio comunitaria. Se trata de las instituciones en las cuales se produce esa vida comunitaria (desde la familia amplia hasta el gremio obrero o la corporación profesional, el barrio o el consorcio, el pueblo en que se vive, el grupo del club social, la organización de la comunidad, la villa, etc.). En cada uno de esos ámbitos de acción humana se concretan relaciones sociales, se integran significados y valores, y se generan sistemas normativos propios, locales, a partir de los cuales se regulan los comportamientos prácticos. Estos sistemas normativos locales cumplen una función similar a los del sistema social, pero están sostenidos por la presencia del otro, su mirada, su propia acción, lo cual le otorga una eficacia concreta. Como se entenderá es en este nivel en el cual se producen los procesos de socialización de los niños y se genera el cuerpo de significados y valores que regulan especialmente los comportamientos sobre la sexualidad y la agresión.

Lo esencial de estos dos niveles complementarios de integración social consiste en que debe haber entre ellos una armonía simbólica, es decir que el cuerpo de normas del sistema local no altere ni trasgreda las normas y leyes del sistema social. Uno de los efectos más visibles de la marginalidad es justamente la discordancia entre las normas locales y las sistémicas, individuos o grupos que se desmarcan del sistema social, generan entre ellos normas y comportamientos en sus intercambios prácticos, prescindiendo del sistema social pero a la vez sancionando su marginalidad y exclusión de la ciudadanía.

Cuando nos planteamos el eje esencial de la integración social de las personas con trastorno mental, debemos tener en cuenta estos dos sistemas: recuperar condiciones de ciudadanía hace necesario previamente contar con alguna integración comunitaria, a un grupo, a una sociedad vecinal, a un barrio, a un club, etc. No se adquiere la integración social si no se cuenta con estas relaciones inmediatas, cercanas, desde las familiares hasta la integración a un barrio o comunidad local. Integrar socialmente a alguien que tiene disminuidas sus capacidades sociales requiere como primer paso la reconstrucción de alguna forma de vida comunitaria que le permita ir adquiriendo esas capacidades.

Así como los extranjeros que viven en un país extraño buscan agruparse con sus connacionales, para contar con estas interacciones comunitarias, muchos pacientes en proceso de rehabilitación que comienzan a desempeñarse en ámbitos de trabajo subsidiado, en alguna empresa social, o que aún conviven en un hogar asistido, tienden a buscar el encuentro con sus semejantes, es



decir con aquellos que están, o han estado, en su misma situación, donde se siente más fácilmente integrado, y aliviado del esfuerzo de construir relaciones con quienes le resultan extraños. De esta situación se derivan los llamados "clubes" u "asociaciones" de "ex pacientes", donde se reúnen, a veces integrando a familiares cercanos. No dudo que estas experiencias tienen mucho valor para la calidad de vida del paciente, pero debemos comprenderlo como un paso, nunca una llegada, a la recuperación de su capacidad social. De allí también, como reseñé respecto a las empresas sociales y a los Centros de Día, la conveniencia de integrar en estos espacios a pacientes en rehabilitación junto a vecinos o personas ajenas a los servicios.

Las estrategias de intervención comunitaria tienen como meta final la recuperación de las condiciones de ciudadanía del paciente. Para esta meta es necesario recorrer el camino de lo local, es decir, establecer relaciones inmediatas, que sean estables y tengan continuidad. La llamada "contención social" consiste justamente en contar con estas relaciones cercanas: de pareja, de amistad, de vecindad, de compañerismo. El primer paso es la participación: todos los dispositivos intermedios mencionados antes deben organizarse en base a esta meta de generar en la persona posibilidades de trato y sociedad con los demás. Hay que tener en cuenta que estos dispositivos, que forman parte de las estrategias comunitarias, deben ser de un tránsito acotado en el tiempo, la integración comunitaria solo se resuelve en la vida real con los otros. De allí la conveniencia de la empresa social, de la integración de pacientes en las organizaciones vecinales, en los clubes del barrio o la villa, en los Centros de Jubilados, en los grupos políticos o sociales locales, etc.

Finalmente tres cuestiones que solamente mencionaré:

1) ¿La comunidad produce por sí misma cuidados de salud mental y rehabilitación? Por cierto que sí, y ese es el sentido de la participación, que la comunidad misma a través de los procesos de interacción social ayude a restablecer el lazo social del sujeto del padecimiento. Entendemos que este lazo social y la integración a una comunidad son los pilares de la posible salud mental del sujeto.

2) ¿Los técnicos, es decir los profesionales de los servicios, "bajan" sus programas a la comunidad y solicitan su participación, o deben aceptar que los grupos comunitarios identifiquen sus problemas psíquicos y propongan alternativas de intervención? Nuevamente sí a lo segundo, no sirve pedir la participación sobre problemas identificados por los especialistas y tratados con los criterios de los mismos. Es necesario que la participación sea real, es decir cooperativa entre los servicios y la gente para que las acciones estén aceptadas y sean llevadas, siempre que sea posible, en común.

SRM Cursos

3) ¿Qué diferencia existe entre los programas así entendidos, con la participación y la cooperación, y la "acción social" inespecífica? Ninguna. Las estrategias de intervención comunitaria, los programas de promoción y prevención, forman parte de la acción social, y debieran ser consideradas como formas precisas de incidir en la orientación de las políticas sociales hacia los valores de una subjetividad más autónoma y solidaria. Pero debo recordar que esta posición en salud mental no es nueva: la psiquiatría asilar, los manicomios, las internaciones crónicas, también eran y son una "acción social", nada más que de sentido contrario a la que nos proponemos en salud mental.

Capítulo 6

# *La Política de Salud Mental*

Lo que hemos visto en el capítulo anterior constituye lo esencial de los principios que orientan las acciones que se propone deben realizarse desde la salud mental. Pero existe una tensión evidente en nuestro campo entre el crecimiento en el campo social y en la cultura de una medicalización del malestar psíquico y estas propuestas de un abordaje psicosocial y comunitario de los problemas. Ya dije, y lo ampliaremos en el próximo capítulo, que hay que reconocer un encuentro entre una demanda social y cultural que reclama respuestas rápidas y efectivas que alivien el creciente malestar subjetivo de la existencia y la oferta a gran escala, y con estrategias publicitarias efectivas, por parte de los psiquiatras y la industria farmacéutica, de eliminar el malestar a través del medicamento. Esto está construyendo un imaginario social específico en el cual se comprende todo malestar como anomalía o enfermedad y por lo mismo, la solución médica de la pastilla adecuada.

La política de Salud Mental debe enfrentar hoy esta situación y definir estrategias adecuadas para contrarrestarla, ya que este camino es de dirección contraria a todas las definiciones que dieron origen a Salud Mental. Sin duda que debemos entender que si esta medicalización se impone como criterio de atención del malestar, habrán fracasado los valores sobre los cuales se fundo el campo de la Salud Mental; o estos valores y sus principios de acción quedarán reducidos a simples estrategias para atender el malestar de los más pobres que no cuentan con posibilidades de acceder a los psicofármacos. Algo de esto ya está sucediendo, especialmente en países de desarrollo intermedio como el nuestro.

Entiendo que éste debe ser hoy uno de los ejes para una política racional en Salud Mental: cómo desarrollar estrategias de prevención y atención de los trastornos psíquicos con participación de usuarios, familias y comunidad; cómo restituir una comprensión de estos trastornos en el campo de la palabra y la responsabilidad de los mismos sujetos para su elaboración; cómo integrar los cuidados de la salud mental dentro de una política amplia en salud que tenga en cuenta todos los determinantes del trastorno. Vamos a ver entonces cuáles son los criterios para una política de estas características.

SRM Cursos®