SALUD MENTAL: PRÁCTICAS Y DISCURSOS

Bassani y Cobeñas, Guadalupe

Resumen

Este escrito de reflexión y revisión, pretende presentar dos modalidades de intervención en Salud Mental que coexisten en la actualidad. El Modelo manicomial surgido en el siglo XIX, que justifica el aislamiento y el encierro de los pacientes psiquiátricos como terapéutica. Encierro justificado a través del conocimiento científico de la Psiquiatría Clásica, que basa su funcionamiento en el rótulo diagnóstico y el poder del médico sobre el paciente carente de razón (“el loco”); basándose principalmente en el concepto de *enfermedad mental*. Y, por otro lado, un proceso de crítica a la psiquiatría Clásica, mediante una propuesta de *Desmanicomialización*. Esta última propone el dispositivo de tratamiento ambulatorio y comunitario, basado en el concepto de *Salud Mental*. Actualmente posibilitado y regulado en Argentina por la Ley Nacional de Salud Mental Nro 26.657 dictada a fines del año 2010.

¿Cómo ir más allá de la locura institucional?

La locura ha recibido diferentes acepciones y sus correspondientes tratamientos a lo largo del tiempo. En la modernidad el Modelo médico Hegemónico plantea a la persona y su enfermedad mental como entidades aisladas y así propone tratarlas. Es por eso que nace la psiquiatría como saber hegemónico que justifica la reclusión de las personas no-sanas (y así excluidas), y su posterior tratamiento en el aislamiento. Hoy sabemos que el encierro no es terapéutico, y que es un modo de coerción social justificado por la ciencia mediante el paradigma de la peligrosidad.

Existen modos de tratamiento ambulatorio, en territorio y en la interdisciplina que son contemplados ahora en Argentina en la Ley Nacional de Salud Mental. Esta propone básicamente trabajar con el concepto de Salud mental, y no con el concepto de enfermedad. Presuponer capacidades en las personas, antes que inhabilitarlas. También supone que la salud es un proceso que es psicológico y también histórico, cultural y social. La manera de conservarla o restituirla, también es una construcción social y está vinculado a la concreción de los derechos humanos de las personas.

¿Cómo ir más allá de lo instituido, de la relación intrínseca y natural en nuestras mentes de: *enfermedad mental-encierro*?. ¿Cómo ir más allá de la locura institucional del manicomio?. Pensar los escenarios de exclusión social en relación a estos dos dispositivos presentados y relacionarlo a la nueva legislación con la que cuenta Argentina, será la problemática a tratar en este trabajo.

Metodológicamente se hará una revisión bibliográfica de diversos autores que estudiaron esta problemática. Trataré de situar los puntos en contraposición de ambas propuestas, y hacer una reflexión personal acerca de las mismas.

Dispositivo manicomial (de encierro, aislamiento y exclusión social)

“Una persona se acostumbra a todo, especialmente si ha dejado de ser persona” (Saramago, 1996, p. 257-8).

Alienarse significa “volverse otro”. Una alteridad que conlleva la pérdida del juicio y de la capacidad de discernir la realidad. Esto lleva a abordar la locura como un peligro para la Sociedad, peligro que debe ser alejado, encerrado, tutelado, custodiado y, ¿por qué no “empastillado” (sobre-medicalizado)?. Así es que el concepto de alienación nace asociado a la idea de *peligrosidad*, generando en la Sociedad miedo y discriminación.

El asilo como establecimiento dedicado a la atención de la enfermedad mental o discapacidad intelectual presenta una paradoja. Al mismo tiempo que contiene y cuida, también excluye y encierra en el espacio amurallado de la institución. En este punto es importante retomar el concepto de “Institución total de Goffman, quien lo entiende como:

Un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en la misma situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (De Lellis, 2006, p. 83).

En el manicomio, como institución total, se hacen visibles características tales como:

- Ruptura de los ámbitos que separan recreación, descanso y trabajo.
- Escisión entre internos y funcionarios. Donde los primeros tienen un limitado contacto con el exterior, y los segundos ejercen la función de control y dominación.
- Son instituciones que menoscaban la autonomía y el sentimiento de autoestima.
- Existen procedimientos ritualizados que despersonalizan a quienes allí se encuentran internados, por ejemplo: anulación del rol social, desposesión de objetos personales que otorgan identidad al sujeto, imperativos de confesar la vida privada en público, alimentación reglada, violaciones a la intimidad, etc.

Basaglia plantea que el manicomio como institución total protege a la persona que se desvía de la norma social (ya que el sistema margina a quien rompe con su juego social); pero que no sirve para la rehabilitación o cura del enfermo mental. Entonces, el enfermo mental no es tratado por lo que realmente es, sino por la molestia social que causa. “El manicomio no responde a las necesidades del enfermo, sino que responde a las necesidades de su organización”. Para graficar esta situación Basaglia (1978, p, 18-19) nos dice:

No sé si alguno de ustedes conoce esta situación institucional que es el manicomio, pero si ustedes entran en uno de ellos y siguen día a día la vida de un internado, van a ver que este nunca recibe una respuesta a sus necesidades. Por la mañana el enfermo tiene que levantarse a una hora determinada. No puede levantarse cuando quiere, no puede dejar la cama cuando él quiere. Luego debe

tomar fármacos, píldoras, cuando los enfermeros se las suministran. Enseguida debe ir a la sala de estar cuando el enfermero lo indica; aun para ir al baño tiene una hora señalada de antemano. (...). Si el enfermo protesta, se le ata.

Luego viene la hora de la comida. El enfermo abre la puerta y ya está todo servido; los enfermos deben comer muy rápidamente; a continuación, vuelven a la sala de estar. Esperan la noche, y la noche siempre llega muy temprano, porque los enfermeros deben irse y el médico no está, ya regresó a su consultorio privado para atender sus consultas. Más tarde, a las 5, es la hora de acostarse; entonces se llena a los enfermos de fármacos, de barbitúricos, porque tienen que dormir, porque nadie debe molestar la calma del manicomio, la calma del pabellón. Este es el día tipo del enfermo internado.

El Hospital psiquiátrico funciona, más que como un lugar de cura, como un lugar de custodia de situaciones sociales sin salida, perturbadoras que hay que alejar de la comunidad. Así la Sociedad rechaza la locura, y el rótulo diagnóstico de estatuto científico lleva a tratar el padecimiento mental entre los muros y no en la comunidad de origen.

Las personas que llegan al manicomio en Argentina, sufren primero de un proceso de marginalización, o exclusión social extrema. En este sentido es útil citar a Castel, quien analiza este proceso. Ciertos grupos e individuos (indigentes, toxicómanos, pacientes psiquiátricos, delincuentes) son expulsados del circuito de los intercambios sociales y la consecuencia de este proceso de exclusión es la des-socialización. De esta manera sostiene que la marginalización es el desenlace de una dinámica de exclusión, es un doble desenganche de la inscripción relacional y del trabajo.

En la institucionalización se da un proceso de des-socialización. Implica la adquisición de una cosmovisión conjuntamente con una serie de hábitos, que se genera hacia el interior de las instituciones totales y que atenta contra la calidad de vida del sujeto y de los trabajadores de las mismas. Por este proceso de marginalización, y posterior encierro y castigo, es que Basaglia tituló uno de sus libros: "La condena de ser loco y pobre".

Dispositivo de tratamiento ambulatorio y comunitario

"Yo también sé ser careta. De cerca, nadie es normal. A veces, sigue una línea recta la vida que es mi bien, mi mal". (Caetano Veloso, 1986)

Durante el siglo XX se producirán fuertes críticas a la psiquiatría que tenderán a su vez a ser críticas a las instituciones asilares. La finalidad de estas instituciones es atender la problemática de la vulnerabilidad, conteniéndola y reduciéndola, para luego dar lugar al “egreso” de los sujetos de las mismas. Este objetivo no se cumple e incluso se diagnostica e interviene desde el paradigma de la peligrosidad, siendo que no existen herramientas que la midan. Son estas las principales críticas a las instituciones asilares.

Será a partir de estos cuestionamientos que se imparten a la ya mencionada disciplina, que se dará lugar a la construcción de un nuevo modelo de acción social, que recibirá el nombre de: Políticas en Salud Mental. Desde esta nueva perspectiva se antepondrá la esfera social (sujeto socio-bio-psicológico), y se abrirá un campo que incorporará otras prácticas sociales que no sean solo médicas. Se buscará entonces que el rostro de la institución ya no sea el psiquiatra sino el planificador comunitario. Es por esto que se comienza a plantear un cambio en la concepción biomédica, y el establecimiento de una metodología de trabajo interdisciplinaria. Al tomar al sujeto como atravesado por lo social, político, económico, etc., se reconoce la importancia de los aportes de las distintas disciplinas.

En contraposición al paradigma del encierro y la excusión social, en distintos países se dará espacio a otras políticas de salud. En Italia en el año 1978 se promulga la Ley 180 que prohíbe la construcción de manicomios y exige comenzar un proceso de reforma psiquiátrica para la atención de las personas con problemas de salud mental en su comunidad. Basaglia fue un psiquiatra italiano, que liberó el manicomio de Gorizia y luego comenzó la reforma psiquiátrica en la ciudad de Trieste. Esto tras una crítica radical a las instituciones totales por considerarlas anti-terapéuticas y admitir que su función era ser un depósito de contradicciones sociales.

El proceso de desmanicomialización propone un tratamiento ambulatorio, de ser posible en la propia ciudad y en el barrio donde la persona afectada vive. Debe ser llevado a cabo por un equipo interdisciplinario de trabajadores, en un dispositivo comunitario que contemple diferentes modalidades de abordaje. Estas pueden ser: talleres artísticos, bolsa del trabajo, micro emprendimientos

o empresas sociales, abordaje terapéutico individual y grupal. Así como también: menor medicación, actividades recreativas, trabajo con la familia y la comunidad de origen, visitas domiciliarias, etc. El trabajo se orientará al reforzamiento, promoción o restitución de los lazos sociales. La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo. Sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de los lazos sociales.

Uno de los principales propulsores del proceso de desmanicomialización en Brasil, es Paulo Amarante, quien comparte la línea de trabajo iniciada en Italia por Basaglia, Rotelli, etc. Amarante considera que debe abrirse el campo de conocimiento y actuación técnica en una transversalidad de saberes, donde se amplíe el espectro de los conocimientos involucrados en relación a la salud mental. Siguiendo a Rotelli, el autor propone no pensar el campo de la salud mental como un campo cerrado, sino como un proceso social y a la vez complejo. Esto es: cerrar el hospital psiquiátrico, que implicaría un cambio social en relación a las Significaciones Imaginarias Sociales acerca de qué es la locura y cuál es el tratamiento que se le debe dar a la misma.

En el modelo del encierro el sujeto quedaba entre paréntesis, para así poder ocuparse de la enfermedad, verdadero objeto a ser tratado por el discurso médico. En cambio en estos nuevos dispositivos la estrategia metodológica es inversa. Lo que queda entre paréntesis es la enfermedad y el verdadero objetivo del tratamiento es el sujeto. Esto implica que se trata a la persona que padece en el lugar mismo donde el padecimiento ocurre. Es decir: en su vida cotidiana, en su barrio, con su familia, en y con su trabajo, con su historia de vida, con sus proyectos, con su deseo. Esta estrategia metodológica no implica desconocer la enfermedad sino tratarla, anteponiendo a la enfermedad, a la persona que la vivencia.

Retomo entonces la pregunta formulada en la introducción: “¿Cómo ir más allá de la locura institucional?”. Una posible respuesta puede construirse a partir de la existencia de *Ley Nacional de Salud Mental nro 26.657*. Esta es la primera ley de salud mental dictada en nuestro país. La misma fue aprobada a

finis del año 2010. Si bien se exige a las distintas provincias del territorio argentino que armen sus propias legislaciones con el espíritu de esta Ley, aun no se reglamenta su implementación en muchas de ellas. Actualmente, el 27 de Noviembre del 2013, se sancionó la Ley 14.580, Ley de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires. Esta adhiere a la Ley Nacional e insta al Ministerio de Salud provincial a implementarla. La ley existe y es nuestro derecho y obligación cumplirla, pero aun no se encuentran la totalidad de los dispositivos y recursos necesarios para llevarla a cabo. Será entonces una lucha larga y muy difícil la que tenemos los trabajadores de la salud por delante.

La Ley 26.657 ha sido escrita por el ex diputado fueguino Leonardo Gorbacz (Lic. en Psicología). Se basa en diversos convenios internacionales, fundamentalmente en la Declaración Internacional de los Derechos Humanos. Cabe destacar que rige tanto para el ámbito público, como para el privado. La Ley prohíbe la construcción de nuevos Hospitales Monovalentes e insta a cerrar los hoy existentes. La propuesta de intervención ambulatoria, en territorio y en base a prácticas comunitarias en equipos de intervención interdisciplinarios, es su principal novedad. Así también prohíbe prácticas “inhumanas” tales como el electroshock, la sobre medicación o el encierro por castigo que no estaban prohibidas en nuestro país y aun son muy utilizadas. Que esta Ley se base en paradigma de los DD HH, implica que se intervenga en Salud Mental restituyendo los derechos de los pacientes internados en el Hospital Neuropsiquiátrico.

En el artículo 20, la Ley enuncia:

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de *riesgo cierto e inminente* para sí o para terceros” (Ley Nacional de Salud Mental Nro 26.657).

El paradigma anterior basaba sus prácticas en el concepto de *Peligrosidad*. Ahora: ¿Cómo se determina que alguien es peligroso, y su tratamiento es encerrarlo? Como contrapunto la internación por “*Riesgo cierto o inminente para sí o para terceros*”, marca la diferencia entre un saber estigmatizante y opresivo, y un diagnóstico mediante un dictamen profesional del servicio

asistencial (uno de los cuales deberá ser psicólogo o psiquiatra). Así también, el artículo 43 sustituye el artículo 482 del Código Civil y queda redactado de la siguiente manera:

No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. (Ley Nacional de Salud Mental Nro 26.657).

Atendiendo a la oposición radical entre los dos paradigmas de intervención aquí presentados, cito parte de una entrevista realizada al autor de la Ley que cuenta quiénes fueron los que se opusieron a la misma y por qué. “Desde los inicios se opuso a su sanción el poder que intenta hegemonizar la salud mental. Este se encuentra en una alianza entre sectores del Estado, los grandes laboratorios, las instituciones de medicina privada, la burocracia sindical que manejan sus intereses en las obras sociales y las organizaciones médicas que se oponen a cualquier proyecto de transformación. Esto ha llevado a una psiquiatrización del campo de la Salud Mental donde el predominio de un neopositivismo médico pretende entender el padecimiento psíquico exclusivamente como un problema neuronal. Su resultado ha sido el avance de una contrarreforma psiquiátrica que lo único que le interesa es recetar psicofármacos. Aunque a veces se la disfrace de experiencia «progresista» porque a los pacientes se los medica en sus casas y los medicamentos los pague el Estado” (Gorbacz, 2012).

Resulta pertinente introducir entonces el concepto de Salud Mental que propone esta Ley, que sostiene:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un *proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos*, cuya preservación y mejoramiento implica una *dinámica de construcción social* vinculada a la concreción de los *derechos humanos y sociales* de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

a) *Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;*

b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o *adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos* o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona;

c) *Elección o identidad sexual;*

d) La mera existencia de *antecedentes* de tratamiento u hospitalización.

(Ley Nacional de Salud Mental Nro 26.657, pags 9 y 10)

Existen ya en Argentina Centros de Salud Mental comunitarios que trabajan reconociendo en el paciente del neuropsiquiátrico un sujeto de derechos. Estos centros brindan una atención sanitaria social, integral y humanizada, como parte de un proceso y una política de desinstitucionalización o desmanicomialización.

Conclusión

Mas, sabemos que hablar de ciudadanía y derechos no es suficiente, como no es suficiente solo con aprobar leyes, pues no se determina que las personas sean ciudadanas y sujetos de derecho por decreto. La construcción de ciudadanía se refiere a un proceso social y, tal cual hacemos referencia en el campo de la salud mental y atención psicosocial, un proceso social complejo. Es necesario cambiar mentalidades, actitudes, relaciones sociales (Amarante, 2009, p, 70).

La *desmanicomialización* es posible solo pensando un cambio social. Con esto me refiero a que la Ley Nacional de Salud Mental no garantiza por si misma el cambio de concepción acerca de la locura, su peligrosidad, el *estigma social* que comporta y el método o lugar que se cree "natural" para la cura de la misma. Existen muchas experiencias que han demostrado que la atención de la locura fuera de los muros es posible, y es una realidad, demostrando de esta manera que no hay una relación intrínseca, natural, entre locura y manicomio, sino que la misma esta socialmente construida y legitimada.

Como profesionales de la salud debemos anotar en nuestras agendas esta temática, con su posible cuestionamiento al orden instituido. La ley nos habilita,

nos brinda un marco para poder empezar o continuar otro modo de abordar el padecimiento mental. El muro también está en nuestras mentes.

Bibliografía

AMARANTE, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial*. Buenos Aires, Argentina: Topia.

AMARANTE, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires, Argentina: Madres de Plaza de Mayo.

BASAGLIA F. (1980). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires, Argentina: Topia.

BASAGLIA. F., LANGER, M; CARUSO, I; & OTROS (1978). *Razón, locura y sociedad*. Siglo veintiuno editores.

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

CAETANO VELOSO (1986). Disco: *Totalmente otro*. Canción: *Vaca profana*.

COHEN H., & NATELLA G. (1995). *Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Ed. Lugar.

DE LELLIS, M. & Cols. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

GORBACZ, L. (2012). Charla con el ex-diputado Lic. Leonardo Ariel Gorbacz, autor de la Ley de Salud Mental. *Diario El Herald*, Concordia, Argentina. Recuperado el 16 de Junio del año 2012 en http://www.elheraldo.com.ar/noticias/72898_charla-con-el-ex-diputado-lic-leonardo-ariel-gorbaczautor-de-la-ley-de-salud-mental.html

PASCUALE, E. (2000). *Psiquiatría y salud mental*. Trieste, Italia: Asterios.

LEY NACIONAL N° 26657 DE SALUD MENTAL (2011). Argentina. Recuperado el 11 de marzo de 2014 en http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/ley_nacional_26657.pdf

PELLEGRINI, J. L. (2005). *Cuando el manicomio ya no está*. San Luis, Argentina: Fundación Gerónima.

SANTORO, F., & DELL'ACQUA, P. (2007). *Quando gli psicofarmaci bisogna proprio prenderli. Manuale per formare información utili alle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale e ai loro familiari*. Dipartimento di salute mentale di Trieste, Azienda di Servizi Sanitari. Trieste, Italia.

SARAMAGO, J. (1996). *Ensayo sobre la ceguera*, Madrid, España: Alfaguara.

ULLOA, F. (2011). La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental. En: *Novela clínica psicoanalítica* (pp.205-236) (2da ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

(8 de junio de 2012). Pasos a seguir para respetar los derechos. Página Doce, Buenos Aires. Recuperado el 11 de marzo de 2014 en <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-221823-2013-06-08.html>