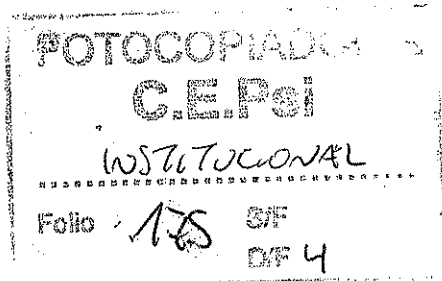


SALUD MENTAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS, TERRITORIOS DEL ENCIERRO



Claudia Orleans

El sufrimiento de los hombres nunca debe ser mudo residuo. De la política, sino que, por el contrario, constituye. El fundamento de un derecho absoluto a levantarse. Y a dirigirse a aquellos que detentan el poder

(Foucault, 1992, p. 314)

El presente escrito surge en el marco del proceso de trabajo llevado a cabo en la investigación "Los psicólogos en el ámbito Público: Ayer y Hoy" acreditada por la Universidad Nacional de La Plata.

El objetivo de la investigación es indagar las articulaciones, acoples o desacoples entre las prácticas profesionales, las políticas públicas y la formación académica. Indagación que sitúa como campo de exploración las significaciones sociales y los modos en los cuales los profesionales significan las prácticas.

En este artículo se vuelca líneas de pensamiento, en el marco de un permanente proceso de construcción de esquemas teórico- referenciales, que van nutriendo el trabajo de investigar.

Se presenta una lectura del surgimiento de la internación y el encierro como dispositivos privilegiados de abordaje de la "enfermedad mental" y se puntualizan los paradigmas que marcaron rupturas con los saberes instituidos.

A partir del informe producido por el Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS] (2008) se subrayan aspectos de la situación actual de las políticas públicas en materia de salud mental en la Provincia de Buenos Aires. Los últimos 30 años de democracia en Argentina, muestran los antagonismos modelos de exclusión y prácticas instituyentes. Contexto histórico, político-

económico y social que va organizando otros ordenamientos institucionales acerca de la salud mental y los derechos humanos.

Compleja red de saberes

Poner en análisis políticas públicas vinculadas a la salud mental de la población implica necesariamente un proceso de deconstrucción de las urgencias históricas que la fueron constituyendo. Así, las políticas sociales en salud mental, organizan en un campo de problemas de múltiples determinaciones y atravesamientos.

Es insoslayable, diríamos imprescindible la lectura de las obras y escritos de Foucault. Es el análisis genealógico de los saberes y prácticas la herramienta que permite visibilizar aquello que se ha invisibilizado. Las relaciones de poder y saber, discursos y prácticas, regímenes de verdad, naturalizan aquello que aparece como inamovible al momento de producir rupturas y nuevos ordenamientos en el campo de la salud mental.

En este sentido, para un análisis del presente, es necesario marcar algunos mojones de su devenir en la historia. Cuáles han sido los modelos hegemónicos que se fueron instituyendo, las prácticas y los saberes que fueron agenciando territorios de encierro, y no otros posibles, para abordar personas con padecimiento mental.

Excede los límites de este trabajo adentrarnos en todas las transformaciones que se dan en la historia de occidente, en relación a la locura y el surgimiento del encierro como práctica privilegiada. Situado el tema en la obra de Foucault, (1990) la locura deja de deambular bajo los designios religiosos de la Edad Media para situarse en el "gran encierro" del S. XVII. El advenimiento del hospital general fue de fundamental importancia, señala Amarante (2009) para establecer un nuevo lugar social para la locura.

Muchos siglos de suplicio, encierro, exclusión, deberán pasar para que se constituya efectivamente un nuevo lugar social "sujeto de derecho". En este transitar extenso, las personas con padecimiento mental han sido objeto de

conocimiento médico. Las estructuras manicomiales, del Siglo XIX fueron justificadas para armonizar el orden social y como estrategias de orden terapéutica, siendo el aislamiento su aspecto más visible.

La idea de “peligrosidad”, que surge de entender la alienación como “pérdida de la razón” va a producir desplazamientos de sentidos, instalando una actitud social de temor, y discriminación que logra alcance hasta nuestros días.

Es sabido que en la sociedad contemporánea aún se solicita que los profesionales se expidan, en el proceso de evaluación de una persona con sufrimiento mental, sobre su potencial grado de afectación del orden social. Estableciendo bajo los términos de peligrosidad para sí o para terceros, los fundamentos necesarios para desplegar estrategias de encierro y/o aislamiento.

Las reformas de post-guerra

Amarante (2009) señala que, las primeras experiencias de reforma en psiquiatría se producen por una mirada crítica. La reflexión sobre la naturaleza humana, cuestiones como la crueldad y la solidaridad, fueron tallando las posibilidades histórico sociales para producir un cambio. Este se materializó, en las condiciones de vida ofrecidas a los pacientes internados por los efectos emocionales, que ocasionaron los horrores vividos en las guerras.

En este sentido se producen en diversos países de Europa cambios y reformas en las experiencias de atención en salud.

Los procesos de reforma estaban marcados por una parte, por aquellos que impulsaban cambios de gestión al interior del modelo hospitalario de internación. Dentro de este grupo se destacan las Comunidades terapéuticas y la Psicoterapia institucional. Otro grupo, se caracterizó por pensar modelos institucionales que abolieran la forma institucional del encierro y los efectos de institucionalización. Buscando instituir modelos de atención en la comunidad que cuestionan fuertemente el lugar de la psiquiatría como saber hegemónico.

Esta corriente está formada por la psiquiatría del sector y la psiquiatría preventiva. Por otra parte la Antipsiquiatría y la psiquiatría democrática, ponen en cuestión el término mismo de reforma.

En Londres hacia 1959 es reconocida la experiencia de Maxwell Jones, con trabajos en comunidades donde se pone en circulación la palabra. Experiencia que busca desestabilizar las relaciones jerárquicas tradicionales que se producían en el modelo asilar entre médico paciente.

En Francia Francois Tosquelles instituye el modelo de psicoterapia institucional con conceptos tales como la escucha polifónica y el trabajo terapéutico. Esa colectividad terapéutica tenía la premisa de interrogar, cuestionar y luchar contra las violencias institucionales y la verticalidad entre las relaciones (Amarante, 2009).

En el modelo de la antipsiquiatría está “la lucha con, en y contra la institución” (Foucault, 1992. p. 78). En el análisis de la experiencia institucional de Gorizia Italia, va a señalar que las prácticas del poder son inmanentes y constituyen el a priori de las prácticas psiquiátricas. Por tanto condiciona el funcionamiento de la institución manicomial, y establecen las formas que adoptan las prácticas médicas de intervención. Por tanto esta corriente de pensamiento no establece reformas, sino que opera en un nuevo territorio. Pone en el centro de la problematización lo que debe ser cuestionado.

Situar el tema en nuestros territorios

La síntesis que antecede, y que ha transitado básicamente por el pensamiento Occidental Europeo, tuvo sus correlatos en los saberes académicos y prácticas profesionales en nuestro país.

Las referencias a la llamada “experiencia Rosario” en 1958 con Pichón Rivière, la jefatura del primer Servicio de Psicopatología en un Hospital General, el Policlínico de Lanús por parte de Mauricio Goldenberg, la creación de la carrera de psicología en la Universidad de Buenos Aires, van marcando

senderos en la construcción de otras formas de entender y abordar la problemática.

Como hemos señalado en la introducción del presente texto, el mismo surge como líneas de exploración en el marco de un proceso de investigación en curso. Donde poner en articulación saberes académicos, políticas públicas y prácticas profesionales, nos impulsa necesariamente a explorar condiciones históricas y sociales por las cuales emergen determinados saberes, y logran institucionalizarse como prácticas hegemónicas.

Interrogar e indagar, nos posiciona la pregunta acerca de, cómo a partir de las nuevas legislaciones en materia de Salud Mental, logra potencia el surgimiento de otros dispositivos para el abordaje de personas con padecimiento mental. Sostiene Fernández (2012, p.2) que “según los dispositivos en los que establecemos nuestras prácticas, así se delimitarán las áreas de visibilidad y las conceptualizaciones que produzcamos”.

Pero también los dispositivos se desterritorializan. Pudiendo emerger nuevos sentido de y en los colectivos sociales anónimos, accionando nuevos modos de pensar y hacer.

La consolidación democrática en Argentina de los últimos 30 años, no librada de tensiones y pujas de poder-saber, ha ido instituyendo una manera distinta de entender el Estado y las políticas públicas. Las transformaciones jurídico-legales en materia de salud, infancia, género, matrimonio igualitario, establecen otras garantías para los ciudadanos. La ampliación de derechos, destinadas a la reducción de las desigualdades, sin lugar a dudas organizan otra agenda en las políticas sociales.

Bustelo y Minujin (1998) plantean que las políticas sociales son un conjunto de instrumentos de política pública. En el desarrollo histórico-conceptual de ésta noción ubican que en la medida que lo social se hace motivo de preocupación prioritariamente estatal, se pasa a una consideración de la pobreza en términos de necesidades humanas.

De esta forma se hace posible analizarla y plantear posibilidades para combatirla, a través del diseño de programas específicos. En este sentido, entienden a la vez que una concepción de ciudadanía basada en derechos,

implica la constitución de actores-sujetos que se emancipan de las limitaciones materiales básicas que impone la pobreza y de la dependencia del ser asistidos por intervenciones de políticas estatales.

Ahora bien, en las últimas décadas y hasta entrado el año 2003 el neoliberalismo guió el diseño de las políticas públicas, con un fuerte retiro del Estado de la cosa pública y una creciente valorización de lo privado por sobre lo público. La desinversión y el achicamiento del Estado estuvieron guiados por prácticas organizacionales que pretendieron buscar en los servicios públicos, los indicadores de eficacia y eficiencia de las empresas privadas.

El ciudadano fue transformado en cliente. Cambio sustancial que dejó bajo la mayor desprotección a los sectores más vulnerables de la sociedad. Locos, niños, mujeres violentadas, excluidos sociales, toxicómanos, quedaron desacoplados de los dispositivos de atención comunitaria, relegados, invisibilizado en los lugares de encierro o internación (hospitales monovalentes, hogares convivenciales, clínicas privadas subcontratadas por el Estado).

El informe del CELS (2008) sobre la situación de las instituciones de atención de personas con padecimiento mental en la Argentina, señala los efectos de lo antes señalado. Dicho estudio toma un período histórico que va desde el 2004 al 2007, para dar cuenta de la compleja situación económica, social, comunitaria y legal que atraviesan las personas con padecimiento mental en los proceso de internación en la Argentina. Establece, para su relevamiento, distintos hospitales monovalentes y unidades carcelarias.

Desplegando distintos puntos de problematización, pone en interrogación y tensión los campos de saber en las que se inscriben las prácticas del internamiento. Las urgencias históricas a las que dieron respuestas estas prácticas, plasmadas en datos duros en el informe, constituye un valioso punto de partida para pensar los lineamientos de una política pública garante de los derechos humanos.

Quienes habitaron y habitan, en estos centros de atención, comparten denominadores comunes. Producto de una política en salud mental que respondió a una práctica de exclusión social, de segregación, negando el acceso universal a los derechos humanos. Población que se muestra

desarraigada de sus territorios de origen, sin comunidad, carentes de toda capacidad de autonomía, quebrantados sus vínculos sociales, afectivos, sin posibilidad de pensarse en un proyecto de vida que los coloque en un nuevo lugar social. Señala Ulloa (1995, p. 242), que "el encierro comienza a ser diagnóstico y pronóstico, y termina manicomial".

El texto plasma y documenta prácticas violatorias de los derechos humanos. Puestas de manifiesto en los tratos inhumanos que padecen las personas en los lugares de encierro. Asimismo otorga visibilidad a como se refuerzan las mismas, a través de discursos legales y prácticas profesionales, que sostienen la atemporalidad de la práctica del internamiento.

Bajo el nombre "pacientes sociales", se justifica la captura que viven estas personas, privadas de libertad por el solo hecho de presentar carencias económicas, sociales, vinculares. Pobres atendidos en instituciones carentes, marcan el desfondamiento institucional de las políticas públicas durante el neoliberalismo.

El informe del CELS, al igual que otras lecturas al respecto, nos permite visualizar los antagonismos con lo que nos encontramos al momento de pensar vectores de salida. Interrogantes, vinculados a la formación profesional, a los proyectos de formación universitaria y las políticas públicas., sitúan la dimensión ético- política del problema.

Salir del encierro

En la última década en la Argentina, la nueva Ley Nacional de Salud Mental da cuenta de una mirada radicalmente distinta para pensar las políticas públicas. Normativa que vino a legalizar lo ya legitimado en experiencias iniciadas en los 90 en las provincias de Río Negro y San Luis.

Estas experiencias, como otras igual de valiosas, han demostrado su potencialidad. El trabajo en comunidad, con servicios de mayor accesibilidad, la interdisciplina, son herramientas fundamentales. Las mismas nos permiten alcanzar objetivos de inclusión social y de des-institucionalización.

Es prioritario producir otros ordenamientos en los dispositivos institucionales, y poder someter el campo de la salud mental a un proceso de interrogación crítica acerca de lo que ha producido (encierro, aislamiento).

Asimismo es insoslayable poder generar condición de posibilidad, económica, política, comunitaria, universitaria, en donde poner en interrogación las formas que adoptan las prácticas y saberes en el diseño de políticas públicas en salud.

Poner en tensión y visibilidad la dimensión del poder en los dispositivos institucionales, posibilitará salir de la idea del otro como objeto de la intervención. Crear, en el marco de otro paradigma, nuevas institucionalidades (garante y restitutiva de los derechos humanos), es un compromiso ético y político de nuestras disciplinas académicas y profesionales.

Bibliografía

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

BUSTELO, E; & MINUJIN, A. (Eds.). (1998). *Todos Entran. Propuesta para sociedades excluyentes*. Colombia: Santillana.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (2008). *Vidas arrasadas, la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos en la Argentina. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno.

FERNÁNDEZ, A.M (septiembre, 2012). *Lógicas colectivas, psicoanálisis y biopolítica*. Ponencia presentada en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Instituto Universitario de Posgrado en Psicoanálisis, Montevideo, Uruguay.

FOUCAULT, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, M. (1992) *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Argentina: Altamira.