

8 + 8 principios para políticas de salud mental

Así como en el caso del texto anterior, aquí se busca una pedagogía simple: el intento de esclarecer ciertos debates a menudo instrumentales. A quince años de distancia o después de haber dado vueltas por medio mundo el autor no tiene nada que quitar o agregar.

El problema: aquello que parece razonable hacer hoy por la psiquiatría o bien las reglas para un tránsito de un sistema psiquiátrico arcaico a un sistema que participe de las políticas de salud mental.

Acaso hoy parece posible, sobre la base de las experiencias innovadoras críticas de los años setenta y ochenta, identificar concretamente lo que se debería hacer a propósito de la cuestión psiquiátrica y empezar a señalar una estrategia general.

El 1% de la población de todo el mundo necesita una ayuda muy importante a causa de una muy relevante condición de malestar psíquico, y enfrentamos por lo tanto tres enormes problemas:

- a) A una parte relevante de estas personas (muy relevante en los países en vías de desarrollo) no le es ofrecido ningún tipo de ayuda.
- b) A otra parte importante le es ofrecida una ayuda a través de estructuras, instituciones y técnicas inadecuadas, inapropiadas y altamente ineficaces.
- c) A otra parte importante se le responde con estructuras, técnicas e instituciones violentas, excluyentes y segregacionistas, sin respeto alguno por los derechos humanos y remedios peores que el mal mismo.

El conjunto de estas situaciones hace que los enfermos mentales constituyan actualmente una de las minorías más oprimidas existentes en la escena de la sociedad moderna y por cierto absolutamente en la más oprimida si se excluyen las situaciones exclusivamente locales.

El primer problema, el de la falta absoluta de ayuda a muchas personas (ante todo en los países del tercer mundo), es sabido y no resulta objeto de discusión posible.

El segundo problema, el de las estructuras y las técnicas de curación poco apropiadas y poco eficaces, y en consecuencia la búsqueda de las más apropiadas y eficaces, es objeto desde siempre del debate científico internacional.

El tercer problema, el de los manicomios, ha emergido de modo prepotente en la escena durante las últimas décadas, y por cierto la ley italiana que en el año 1978 estableció el fin de los hospitales psiquiátricos en el país ha dramatizado el debate, marcando un punto de cambio irreversible en la historia de la psiquiatría, aunque en el mundo satisfacer el logro todavía requerirá muchos años.

La experiencia de estos años nos ha dicho sin embargo mucho más que el hecho de que los manicomios pueden y deben terminar a causa de su ineficacia terapéutica, de su papel de prescripción de la custodia y de la exclusión, de la lesión grave a los derechos ciudadanos, de su inequidad social.

Las experiencias de transformación real del campo psiquiátrico allí donde se han dado con éxito consolidándose, y como contraprueba el fracaso o el fin de otras experiencias intentadas en varios países o ciudades, por no hablar del sustancial fracaso de las promesas de la psiquiatría tradicional, han demostrado algo muy importante, es decir que los tres problemas deben ser enfrentados juntos, si se quiere evitar el fracaso al respecto.

Nos encontramos entonces ante una situación circular en la que los elementos del sistema son fuertemente retroactivos entre sí:

- a) El manicomio existe porque las técnicas psiquiátricas y las otras instituciones distintas del manicomio son utilizadas de modo inapropiado;
- b) A su vez, estas últimas (técnicas e instituciones) tienden a conservarse como tales porque encuentran después un manicomio sobre el cual pueden descargar sus propios fracasos y, por otro lado, al no tener la

obligación de confrontar sobre el otro flanco con el abandono (de personas resistentes al tratamiento o sin curación), ni siquiera nos planteamos el problema de que dichas técnicas y dichos servicios puedan ser útiles a la realización de un derecho universal a la curación de parte no de particulares sino de toda la población, y por lo tanto en condiciones de realizar los principios de equidad y de universalidad en el derecho a la curación y a la salud mental.

c) Por lo tanto, el abandono no es enfrentado, porque los recursos no son infinitos y a menudo limitadísimos, y además el manicomio garantiza de algún modo el control de los casos considerados más o menos extremos o absorbe buena parte de los recursos disponibles, y también las técnicas psiquiátricas en uso no son para nada las apropiadas a dotar de una ayuda adecuada y duradera a toda una población. (1)

Falta claridad sobre el hecho de que la medicina pública debe ocuparse con prioridad de quien está peor y de quien más la necesita, (lógica extraña a la medicina privada y mercantil, medicina que tiende a pervertir constantemente la ética, la deontología y el proceso mismo de constitución de los saberes), y también debe organizar prioritariamente servicios, tecnologías, formación, estrategias dirigidas a este objetivo. En cambio, por razones mercantiles, avanzan de modo prepotente las terapias para los normales, alejando a los profesionales de sus tareas principales y dotándolos de técnicas todavía menos adecuadas a los objetivos prioritarios.

Algunas consideraciones respecto del problema: sobre la base de innumerables experiencias, hoy sabemos que la estrategia inteligente digna de auspicio consiste en un criterio de unificación al enfrentar estos tres grandes problemas que nos ocupan y que resulta poco realista pensar en la posibilidad de enfrentarlos por separado.

Además, querer enfrentar por ejemplo el problema del manicomio tanto en el sentido de su reforma como en el sentido de su vaciamiento ha resultado ser una operación sin perspectivas allí donde no se han repensado radicalmente la psiquiatría, su función social, su modus operandi, sus modalidades de ejercicio, sus técnicas de gestión, sus saberes constitutivos, su misma fundación epistemológica, o con más realismo las concepciones positivistas, iluministas, irracionistas, o aun más simplemente el cuadro de referencia de una epidemiología concreta, y no por último la evidencia del origen de clase de los asistidos en los manicomios y las mismas condiciones estructurales y materiales propias de los profesionales, de los usuarios de los servicios, y los efectos de retroalimentación entre servicios – usuarios – servicios.

Allí donde no se ha dado este proceso crítico y consciente no ha nacido esperanza alguna, y entonces no han sido modificadas radicalmente las prácticas operativas de la psiquiatría, y tampoco sus mitos y sus ritos. Análogamente, allí donde los servicios son constituidos seguramente en gran cantidad como alternativa al manicomio (algo que no sucede con frecuencia, pero sí se ha producido en algunos países de Europa occidental y en ciertas regiones de USA), si estos servicios no se aprestan sobre la base de una radical refundación de los valores de los procedimientos, del pensamiento y de los protocolos de la acción, de los objetivos y de los métodos, de los estilos de trabajo de los operadores y de una contractualidad social jurídica y existencial distinta de los usuarios, de una ética de la responsabilidad de parte de los profesionales, fuera de reduccionismos biólogos, psicólogos o sociólogos del problema, también allí el fracaso es una profecía que se autorrealiza, y desde Alemania hasta Italia, desde Francia hasta la Argentina, tenemos de ello pruebas ya irrefutables.

Aquí, el manicomio sigue siendo una necesidad, el abandono se multiplica en las calles o en las distintas formas de transinstitucionalización, la cronicidad domina la escena y la infinita multiplicación de los profesionales no hace otra cosa que reproducir infinitamente la inmutabilidad de las reglas del sistema psiquiátrico.

En síntesis, para hablar con claridad, la cuestión no es el manicomio sino la psiquiatría.

Por otro lado, la crisis de los manicomios es evidente para todos. El espectáculo de los grandes hospitales psiquiátricos ruinosos y a menudo semivacíos, desde Lisboa hasta Recife, de Salvador a Río, de París a Sevilla, donde la psiquiatría más ha querido, más ha buscado la construcción de su gran ideal, demuestra que ese ideal ya ha fracasado: mucho ha querido, mucho ha osado, y ha tenido la ilusión de poseer un saber que no poseía, se ha atrevido a cuanto no podía atreverse, cómplices en todo esto una sociedad y una historia que nada mejor habrían deseado que poder disponer finalmente de un higienismo del sujeto.

Pero sería una desgracia que en este desafío no supiéramos percibir que entre fines del ochocientos y comienzos del novecientos muchos gobiernos y muchos países, invirtiendo recursos que hoy nos sorprenden por su vastedad, así como desde los contradictorios eventos de las reformas de postguerra, habían autorizado algunas conquistas esenciales:

- a) que el estado debe ocuparse de los ciudadanos cuando aun en la locura tampoco puede abandonarlos a su destino;
- b) que en la locura no hay nada de mágico ni de religioso;
- c) que la locura no es el mundo de la sinrazón sino una diferencia, una impasse nunca absoluta en el constituirse de la razón, y de una razón que se pretende más amplia y siempre en cuestión;
- ch) que no podemos renunciar al deber de la curación;
- d) que para una parte también muy marginal de la población recursos a veces muy importantes y a veces menos importantes han sido invertidos gracias a la autolegitimación científica de la psiquiatría, tratándose de recursos económicos y humanos relativamente extraordinarios.

El capital también económico, de hombres y de medios acumulados gracias al ideal de la época no debe y no puede ser considerado como irrecuperable solamente porque ese ideal haya demostrado su error constitutivo fundando de hecho lugares de reclusión y de exclusión convertidos en lugares de violencia ciega e innoble. Gracias a ellos el grupo social absolutamente más débil en cualquier tipo de sociedad es objeto de algún modo privilegiado de intervención económica y humana que debe ser preservada reconvirtiéndola, utilizándola, potenciada y para nada destruida. Sin embargo, debe ser reubicada en el intercambio social, utilizada ya no para excluir sino para incluir, ya no para custodiar sino para curar, ya no para abandonar detrás de las paredes sino para que se pueda vivir afuera de todo muro. La libertad es terapéutica si resulta sostenida, ayudada, protegida, construida material y socialmente. En caso contrario, es pura ficción jurídica, forma vacía. (Y algo importante: de este proceso de reconversión en psiquiatría, tal como ha sucedido en muchos lugares, podemos esperar un efecto de guía y de arrastre para todo el cuerpo de las políticas sociales y para la evolución cultural de una sociedad).

En realidad, tal como la entendemos y ante todo si la entendemos correctamente, hoy sabemos mucho más sobre la enfermedad mental que en el pasado Y aquí insertamos, a partir de los errores y de las experiencias de muchos países, entre los cuales está Italia, la definición del cuerpo principal de lo que hoy sabemos, y del cual no puedo sino enunciar los términos muy generales, pero de los que tampoco ningún término particular puede prescindir hoy. ¿Qué hacer?

Hemos dicho que las experiencias más eficaces y duraderas en el mundo han sabido responder al mismo tiempo a los tres problemas de:

- a) Cómo extender un sistema de atención en salud mental
- b) Cómo mejorar la ayuda proporcionada
- c) Como reemplazar las respuestas violentas, antiterapéuticas, que lesionan la ética y los derechos civiles.

Gracias a la capacidad de una respuesta conjunta a las tres cuestiones, dichas experiencias han resultado eficaces y seguramente duraderas. ¿Cómo hicieron? Si se estudian desde las experiencias del Colorado hasta las italianas mejores, y hasta Asturias, o áreas de Canadá, de Nicaragua, de Río Negro y áreas de Lisboa, de Madrid o Ginebra, desde Río Grande do Sul hasta Santos, una cierta cantidad de principios mancomunados situaciones extremadamente lejanas desde el punto de vista geográfico, económico o cultural. Estos principios pueden ser corporizados en una única estrategia identificable legítimamente, como estrategia para la Salud Mental Comunitaria, Colectiva y Territorial. Para la organización de Servicios para la Salud Mental, (2) pueden identificarse los ocho principios que siguen:

- 1) El desplazamiento esencial de la perspectiva de intervención, de los hospitales a la comunidad.
- 2) El desplazamiento del centro de interés desde sólo la enfermedad a la persona y a la discapacidad social.
- 3) El desplazamiento de una acción individual a una acción colectiva en relación a los pacientes y a su contexto: una estrategia de trabajo colectiva implica por lo menos las siguientes condiciones
 - 3. 1.) Ampliación multidisciplinaria de las competencias puestas en juego; (3)
 - 3. 2.) Valorización de los recursos de ayuda-ayuda de los pacientes; (4)
 - 3. 3.) Valorización de los recursos de los familiares; (5)

3. 4.) Educación de la población en la desmitificación de los conceptos de peligrosidad y de los prejuicios irracionales sobre los enfermos mentales, poniendo el énfasis sobre iniciativas culturales capaces de modificar la imagen social de la enfermedad;

3. 5.) Valorización excepcional de la colaboración de los no profesionales; (6)

3. 6.) Redimensionamiento del valor de la eficacia de las terapias biológicas exclusivas así como de las psicoterapias ortodoxas. Dichos instrumentos (técnicas) obviamente son factibles en absoluto de una integración en una acción terapéutica de SMC, pero es muy evidente el gravísimo vicio derivado de la transposición de prácticas y técnicas que solamente son instrumentos (útiles tales como pueden ser y son) en modelos conceptuales, de lectura general de la enfermedad. Así, por inercia o por decisión totalmente irresponsable, sucede que prácticas puntuales son asumidas como base conceptual para la organización de los servicios. Es decir, sin solución de continuidad y pervirtiendo trágicamente toda racionalidad, se pasa de la valorización de técnicas específicas (terapias biológicas, psicoanalíticas, sistémicas o como sea) totalmente legítimas, a concepciones biologizantes o psicologistas de la enfermedad misma, o sociológicas o sistémicas (largamente no probadas), hasta llegar a la tipología organizativa de servicios (al respecto meramente hospitalarios, ambulatorios, de setting privado, de reducción dual del lugar terapéutico, etc.) que devienen absolutamente impropios, fuentes de derroche, ineficaces, físicamente incapaces de producir imágenes y culturas diferentes en torno al problema, y como tales productores de cronicidad y apartamiento, metodológicamente inadecuadas en el mejor de los casos, respecto de las necesidades de la población y de los usuarios. Diseño totalmente distinto es la utilización apropiada (atenta y conscientemente crítica) de estas técnicas e intervenciones terapéuticas en el contexto de una estrategia articulada, compleja y diferenciada que es la estrategia de SMC, condición para la respectiva utilidad de estas acciones parciales, meras componentes de una respuesta múltiple que debe actuar simultáneamente sobre muchos planos.

3. 7.) El valor atribuido a las formas de solidaridad activa proporcionadas por los grupos sociales organizados más sensibles, atentos y dispuestos, así como de instituciones locales abiertas a las cuestiones sociales.

3. 8.) La puerta abierta.

4) La dimensión territorial de la acción colectiva. La construcción de una referencia teórica y organizativa constituida por un territorio determinado, un área de población definida y la progresiva asunción de responsabilidad relativa a ella y ya no a un singular instituto y la organización de servicios referidos a dicho territorio y a dichas determinadas áreas de población.

5) La dimensión práctico-afectiva de la acción. Nunca se subrayará suficientemente el valor terapéutico que desarrolla una dimensión afectiva del trabajo comunitario rica en contenidos de solidaridad: también el énfasis sobre las necesidades aun elementales de los pacientes y la máxima importancia atribuida a la acción colectiva en la respuesta positiva a estas necesidades y en la realización de las condiciones para que esto suceda, también y ante todo dentro de los manicomios. Nunca se insistirá bastante sobre el valor de las acciones desarrolladas en común capaces de modificar concretamente aun en pequeña medida las condiciones objetivas de vida de los pacientes.

Integran dicha estrategia de acción comunitaria:

6) La búsqueda de un corpus de derechos formales y de normas jurídicas administrativas en defensa de los derechos de los pacientes;

7) La activación de las políticas sociales aptas a la reproducción personal de los sujetos débiles y la gran importancia atribuida al afrontamiento de los problemas relativos a la casa, el trabajo, la formación profesional, la socialización, la calidad de vida, la conquista de competencias para los pacientes psiquiátricos;

8) La articulación atentamente perseguida, con instancias administrativas municipales capaces de capitalizar la acción de los técnicos y también de realización de una nueva organización de los servicios.

Todo esto puede y debería ser posible a la vez tanto desde el exterior de los O. P. como desde el interior de los mismos (esta última posibilidad es a menudo olvidada o erróneamente considerada como irrealizable). Nada de lo que atañe a la S de SMC no puede ser (activada) hasta desde adentro de los OP y debe serlo, si estos principios informan la acción sobre los OP y en ellos y al mismo tiempo la acción en la comunidad.

La experiencia ha demostrado en la práctica que, con el conjunto de estas acciones, lo que hemos llamado Salud Mental Comunitaria está en condiciones de poder enfrentar sobre bases nuevas y con resultados paulatinamente más importantes el conjunto de las tres cuestiones señaladas al comienzo, extendiendo

notablemente la atención, modificando técnicas y modalidades de intervención, invadiendo y superando los Hospitales Psiquiátricos. (7)

Demasiado largamente la desinstitucionalización de los manicomios no ha sido acompañada por la desinstitucionalización de la psiquiatría y ello ha determinado en distintos lugares resultados discutibles o negativos. No hay rehabilitación de los p. p. sin rehabilitación de una psiquiatría sin desinstitucionalización de ella misma. En esta lección concuerdan experiencias históricas nacidas tanto desde el interior como desde el exterior de los manicomios, en países ricos y en países pobres, en las metrópolis o en las campañas. Para que todo esto suceda, es necesaria la fuerza de movimientos sociales, un nuevo protagonismo de los pacientes y un largo proceso autocrítico de las corporaciones profesionales.

Desde Saskatchewan hasta algunas zonas del Molise, desde Cinco Saltos hasta el Abitibi, desde San Lourenco do Sul hasta Tolmezzo o Salcedo, las experiencias más interesantes, innovadoras y visiblemente eficaces, logran al mismo tiempo reducir o eliminar la internación en los O. P., atendiendo a un gran número de usuarios, creando visibles e evidentes modificaciones en la biografía de los pacientes, invariablemente a través de estrategias e intervenciones que son necesaria y virtuosamente de carácter comunitario. Más sagaz epidemiólogo que la inmensa mayoría de los psiquiatras europeos, Monsieur de Lapalisse llega a comprender fácilmente que, para curar a muchas personas, es mejor ser muchos y que el efecto multiplicador requiere estrategias de multiplicación que se dan con muchísimo dinero para muchísimos profesionales o con la activación de energías menos costosas pero de un gran número de personas (no profesionales).

Casi impracticable la primera hipótesis (y para peor poco eficaz) no parece quedar otra posibilidad que la segunda. Pero al ser difícil (como todas las cosas obvias), y poco afín al liberalismo o a la burocracia, es decir a las dos variantes concretas del estado moderno, es muy poco practicada en cuanto única chance.

Franco Rotelli

Notas

1) Pensemos en la paradoja brasileña, cuando nos preguntamos sobre el modo de reducir o cerrar los manicomios, y hay muchos que protestan contra esto, afirmando el riesgo de que las personas terminen abandonadas en la calle, y el debate es muy vivaz en un país donde en realidad la población de los manicomios no supera las 80000 personas y si también (algo que evidentemente combatiríamos) estuvieran todos abandonados por las calles, ¿qué pasaría en un país donde por lo menos 10 millones de niños están totalmente abandonados en las calles. Cuidado con desestimar estos recursos. Si los 274 billones de cruzeiros que cuestan hoy los O. P. (1991) fueran muchos como afirma el estado brasileño, o son absolutamente pocos como nos parece evidente (así como por cierto demasiados para aquellos hospitales psiquiátricos), lo que interesa es tener cuidado con perder, en la necesaria reducción de las camas (hoy pedida desde muchos sectores y que el gobierno sostiene) uno solo de estos cruzeiros.

2) Son absolutamente coherentes con esta línea de conjunto la preciosa Declaración de Caracas OPS/OMS de 1990 y varias recomendaciones del OMS, aunque muchas veces un tanto generales y poco explícitas. La Declaración de Caracas es un texto muy importante, cuyo mérito pertenece a I. Levav y B. Saraceno, que la elaboraron y supieron hacerla aprobar.

3) v. psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, terapeutas de rehabilitación, etc.

4) v. empresa social (como mejor expresión en cuanto mediata); v. también el grupo cultural; v. también la valorización de los recursos artísticos, expresivos, de sensibilidad peculiar a menudo presentes (lo que no tiene nada que ver con las formas caricaturescas tan difundidas de arteterapia y con desolados laboratorios en los cuales las personas, por ser locos deberían dedicarse a las artes expresivas, cuando las personas normales prescindan de ellas muy gustosas).

5) v. el asociacionismo realizado.

6) v. líderes comunitarios, arquitectos, periodistas, docentes, artesanos, artistas, pintores, músicos, pero también voluntarios, estudiantes, personas.

7) Se ha debatido y se debate mucho sobre el valor de particulares *modelos organizativos y operativos*. Entre ellos, los que han gozado con razón de mayor crédito están: *la Comunidad terapéutica*, el modelo francés de *sector*, el modelo ofrecido por la Clínica de Laborde, *la psicoterapia institucional*, *las terapias de red*. Cada uno de estos modelos ha aportado relevantes contribuciones culturales, pero a la larga han demostrado poseer

límites radicales y allí donde ha sido animadas en las formas mejores más inteligentes (Maxwel – Jones/ Oury/Tosquelles/Elkaim/ XIII^o Arrondissement en París, etc.) después han mostrado involuciones e impasses con la no irrelevante responsabilidad de ofrecer a los epígonos ideologías de retorno: obstáculos poderosos al proceso de avance en la respuesta a las tres cuestiones prioritariamente enunciadas. Cada uno de estos modelos respeta en efecto solamente uno o más principios de los enunciados, pero no todos, y respetando sólo algunos no puede alcanzar los objetivos que hemos indicado en su conjunto.

Cantidad de palabras 3623