



**Emiliano Galende**

A partir de la Resolución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sancionada en 1953, que dictaminó la necesidad de la reconversión de los servicios psiquiátricos hacia un modelo de atención basado en los cuidados de salud mental, que pasó a denominarse “reforma del modelo de asistencia psiquiátrica centrado en la internación asilar”, se inauguran en el mundo diferentes procesos de implementación de estas recomendaciones, bajo dos ejes: cómo transformar (o cerrar) los tradicionales hospitales psiquiátricos; cómo reemplazarlos por servicios cuyas prácticas de atención sean predominantemente en servicios ambulatorios o comunitarios, se respeten los derechos de los pacientes y se limiten los ejercicios de autoridad y poder de los profesionales, es decir, se incluyan principios éticos en la relación médico-paciente. Bajo estos criterios, la Conferencia de Alma Atta, en 1978, propone incluir la atención de los enfermos mentales en los dispositivos prioritarios de atención primaria de la salud (APS). No se crea una disciplina nueva para la atención del sufrimiento mental, se ubica a éste en un contexto más amplio que excede el modelo psiquiátrico tradicional, o clásico, de UN especialista con autoridad legal y poder de prescripción. Progresivamente se van aceptando la inclusión de otros saberes para la comprensión y prácticas de atención (psicológicos, sociales, antropológicos, psicoanalíticos, etc.), dirigidos a desarrollar estrategias basadas

en la participación de la comunidad en los procesos de atención. En definitiva, se trata de un cambio profundo en el vínculo humano entre profesional de la salud y paciente, considerando a este como un sujeto de derechos, a quien se debe cuidar en su dignidad personal y su participación en las decisiones sobre su tratamiento (consentimiento informado, según Resolución sobre “Principios de la atención”). Estos procesos, con diferentes tiempos y profundidad, fueron modificando la tradicional mirada sobre “la locura”, además de la crítica sobre el modelo asilar. El nuevo concepto de Salud Mental, y luego la estrategia comunitaria, ampliaron de manera exponencial la mirada sobre el sufrimiento mental por parte de los nuevos profesionales, que fue aceptada y tomada en cuenta por los Estados para su política, y también modificaron el prejuicio de la población sobre la peligrosidad de los enfermos mentales, la visualización de este estigma aportó mucho al cambio de paradigma sobre la locura. En estos procesos no se crea una nueva disciplina sino un “campo social de relación entre saberes disciplinarios y prácticas nuevas” (P. Bourdieu).

Los límites de la disciplina psiquiátrica y los “especialistas en Psiquiatría”, hegemónicos desde el Siglo 19 sobre la locura y el sufrimiento psíquico, se vieron desbordados desde dos ámbitos: el crecimiento de diversas expresiones sintomáticas del malestar psíquico

y social, que con mucha evidencia surgen asociados en sus pacientes que alteran la pretensión nosográfica de clasificarlos, y por la nueva intervención de otros saberes y profesionales que, en general, reconocen esta relación entre padecimiento y vida social, critican el modelo psiquiátrico de la internación a la vez que introducen la palabra, la interacción con el paciente y las familias, como los abordajes principales sobre el sufrimiento psíquico. Repito: Salud Mental es un campo social nuevo, intelectual y práctico que no se organiza al modo de una disciplina, amplía los saberes disciplinares y las prácticas formales e informales. Por lo mismo, Salud Mental NO es una especialidad ni una disciplina nueva, define el sufrimiento psíquico como un objeto complejo que requiere diferentes miradas sobre los determinantes del padecimiento, y habilita prácticas que parten de considerar al sujeto como miembro de una comunidad. Dado esto, el eje de las intervenciones de atención y cuidado pasa a ser centralmente lograr la integración del paciente a “la vida en común”. Ese es su objetivo central.

La idea de disciplina tiene su origen en la organización militar y los ejércitos. Según señala Foucault, “la disciplina es la técnica de poder por el cual la función sujeta se superpone y se ajusta exactamente a la singularidad somática... su propiedad fundamental es fabricar cuerpos-sujetos, fija con toda exactitud la función

sujeta al cuerpo.” La Psiquiatría, o Neuropsiquiatría en su origen, sí es una disciplina y responde en gran parte a este señalamiento de Foucault. Está organizada como tal: se actúa sobre la dominación del el cuerpo-sujeto del paciente frente el cuerpo libre de la autoridad del especialista. No hay práctica de tratamiento sin esta aceptación de la autoridad del médico psiquiatra. Vale detenernos un instante en su conformación y funcionamiento. Antes del siglo XIX hubo médicos, sacerdotes y sobre todo filósofos, que opinaron sobre la locura. Como resulta obvio, locos, delirantes, maníacos exaltados, insomnes y suicidas han existido a lo largo de la historia: tuvieron diferentes interpretaciones y se propusieron algunos remedios, pero siempre aceptaron que la locura y sus diferentes presentaciones formaban parte de las posibilidades de lo humano. Las diferencias que conocemos no estaban tanto en el modo de expresarse, las maneras de pensar o el comportamiento del sujeto, sino en el modo de entenderlo y especialmente en el trato que se les daba. A comienzos del siglo 18, P. Pinel, médico y político, Magnan (que era estudioso del Derecho, más que psiquiatra), Esquirol y otros médicos pasaron a ocuparse institucionalmente de la locura, pero curiosamente, en al menos los tres que menciono (obvio, fueron muchos más), sus discursos sobre la locura están más cerca de la filosofía que de la medicina. Pinel lo interpreta como descontrol de las pasiones y

fallas morales; Magnan parte del “furor maniaco”, entonces tema del Derecho Penal; y Esquirol se centra en las distintas formas de manía y acepta el trastorno moral para fundar su nosografía. El fundador de una Disciplina medico psiquiátrica es este último, Esquirol: agrupa estas concepciones para institucionalizar la disciplina. Entre los años 1820 y 1840 (año en que fallece) logra que el gobierno del Dictador Napoleón II apruebe tres leyes fundadoras: 1) funda en la facultad de medicina de París la primera cátedra de Neuropsiquiatría. Este gesto legaliza la pertenencia de la locura como enfermedad y la pertinencia del saber médico sobre la misma; 2) luego logra que se creen en los 54 Departamentos de Francia al menos un Hospital para alienados; 3) en 1838 se aprueba la ley, que él mismo promueve, sobre los alienados. Ésta crea un estatuto jurídico diferente para los así diagnosticados. Por esta ley los directores de los hospitales y médicos pueden privar de la libertad a un individuo bajo el Certificado de alienación (peligrosidad para sí mismo o terceros). Ésto lo toma de una ley más amplia que tenía vigencia en Francia y que define en esos años como “clases peligrosas” a quienes, no teniendo trabajo ni sustento, vagan por las calles o los pueblos. Esta ley de 1838 crea los tres sostenes de la nueva disciplina: el loco es un enfermo, por lo tanto, debe intervenir un médico. La internación, aislamiento social y la disciplina del internado en el asilo es el

tratamiento central si no se logra contener al paciente por otros medios. La ley de alienados da carácter legal a las prácticas de encierro. La disciplina (como toda disciplina) regula y sanciona quienes son especialistas, los contenidos de su formación, cuál es la autoridad a la cual deben someterse (por voluntad o por fuerza mayor) aquellas personas que han recibido el “certificado de alienado y peligroso”). Esta estructura institucional de la nueva disciplina es la que estructura al menos en todo Occidente las reglas de funcionamiento de la psiquiatría, que se han mantenido hasta muy avanzado el siglo XX, y que siguen sosteniendo la existencia de los asilos para alienados, es decir, los actuales hospitales psiquiátricos. Con diferencias internas, escuelas, críticas, teorías y nosografías, siempre vinculadas a algún autor o especialista, logró hasta mediados del siglo XX hegemonizar el entendimiento y la práctica terapéutica sobre los sujetos con sufrimiento mental. Los diagnósticos y la nosografía, bajo la pretensión de agrupar en diferentes casilleros a los que presentan iguales síntomas, necesidad cierta de la práctica médica, los fueron llevando a la exclusión de estas personas de lo propio de lo humano. La idea de una “enfermedad mental y peligrosa”, parte propia de los humanos, se expresó como negación de la vida humana, que siempre es social. Esta nueva especialidad médica estaba lejos de cumplir la exigencia que formuló Claude Bernard de

una “medicina basada en la evidencia”; esto es, que el médico debe investigar las causas que explican los síntomas de la enfermedad. La psiquiatría no se orienta por causas ni explicaciones causales, sino por semiología e interpretación diagnóstica, formalmente agregada a la medicina, su método dista mucho de ésta.

Salud Mental no es una disciplina, y su propuesta sobre el sufrimiento mental parte de la reformulación, o suspensión, de los tres pilares de la disciplina psiquiátrica que he mencionado. El médico es solo una parte de los equipos de salud mental, que no pertenece a la disciplina médica sino a la Salud en sentido amplio, y por lo mismo, inter y transdisciplinaria. La internación y el aislamiento asilar deben abolirse: el objetivo principal de los cuidados de salud mental es la integración social del sufriente, su participación de los intercambios simbólicos y económicos de la vida en común. El orden jurídico especial del enfermo que sanciona la ley de 1838 debe ser anulada: salud mental defiende y se ajusta al principio de no diferencia sobre el estatuto jurídico del sufriente, e igualdad de derechos, todo lo contrario de un orden especial, se propone el respeto y la defensa de los derechos humanos globales del sufriente y de su dignidad como sujeto. Estos nuevos tres principios son los que sostienen los saberes y las prácticas de salud mental, y son los que se plasman en las nuevas leyes de salud mental. Son, a la vez, los principios básicos de lo

que denominamos “reforma”. No se trata de retoques al modelo de atención psiquiátrico sino de la creación de un modelo de atención alternativo que llamamos Salud Mental.

Si relato estos hechos históricos, en general conocidos, es para situar la manera en que el crecimiento de las prácticas de salud mental y la construcción de este nuevo campo social están reordenando la comprensión, las prácticas y los principios éticos en los tratamientos del sufrimiento mental (y también las resistencias que surgen por parte de quienes sienten este avance como pérdida de poder en sus relaciones sobre las personas con sufrimiento psíquico y social). Es este avance del campo de la salud mental el que está consumando la propuesta de la OMS de 1953, la llamada “reforma de la atención”, y lleva inexorablemente al abandono de las internaciones asilares, a una comprensión del sujeto sufriente como un sujeto de derechos y al cuidado de su vulnerabilidad como miembro de la comunidad. El objetivo de establecer cuidados sobre las personas con diferentes expresiones sintomáticas del malestar psíquico y social se basa en el fundamento de atender la seguridad psíquica y la satisfacción como los requisitos básicos que requiere la vida en común.

Me quiero referir brevemente en qué consiste la “seguridad psíquica”, que depende del sujeto mismo y de su existencia comunitaria. (No ignoro que nuestra época

vive bajo la amenaza de desastres naturales, epidemias como la actual del coronavirus, las guerras, locales o mundiales, la amenaza atómica, la violencia social, y otras más que hacen la vida insegura y que han llevado a varios autores a enfatizar que vivimos en una sociedad del riesgo). En el plano de la seguridad psíquica del individuo están presentes dos aspectos: 1) de un lado el conjunto de las necesidades básicas para la vida: los alimentos, las vestimentas, disponibilidad de vivienda en su territorio de vida, trabajo e ingreso económico, necesidades que deben ser satisfechas y cuyas carencias son amenazas directas a la vida misma; 2) contar desde el nacimiento con la presencia y relación con otros esenciales para la construcción y desarrollo de la vida psíquica, que sostienen la propia subjetividad a la largo de la vida: la familia, los amigos, los compañeros, la pareja, los grupos de pertenencia, la comunidad que habita, de los cuales depende la satisfacción emocional, la propia sensibilidad, y su seguridad emocional y afectiva. De la satisfacción de ambas necesidades depende la seguridad de los humanos; su falta o carencia es causa de vulnerabilidad. Y las personas vulnerables se ven privadas al mismo tiempo de lo social, es decir, quedan al margen de los intercambios simbólicos y económicos, por lo cual se pierde o debilita el respeto y reconocimiento de los otros y se alteran las exigencias éticas y los mandatos morales. La mayor parte de los sufrimientos psíquicos,

su expresión sintomática y el malestar social, provienen de estas existencias desdichadas. Es esto lo que he señalado antes como el objetivo central del cuidado de salud mental: lograr la integración social del sufriente. Siempre hay una relación entre la densidad de los obstáculos y los conflictos que nos plantea la vida en común, y los recursos con que cuenta el sujeto para enfrentarlos y elaborarlos. No se trata de “causas” sociales (sociologismo) o “causas” psicológicas (psicologismo), ambas de raíz positivista, sino de la complejidad de las determinaciones sociales y culturales que condicionan la existencia. Los recursos propios de cada sujeto varían en cada persona en función de su historia, el lugar social en que desarrolla su vida, su carácter y los grados de su voluntad. Sin extenderme en esto, no caben dudas sobre cuánto está afectando la integración social el dominio neoliberal del individualismo y su correlato de un narcisismo social. Ambas son causa de vulnerabilidad social e individual, ya que no solo generan vidas solitarias (hoy, razón mayoritaria de sufrimiento psíquico, tal como lo entienden en Japón al establecer un Ministerio Nacional de la soledad), sino que producen un funcionamiento social privado de la solidaridad y la falta de una ética de respeto hacia el otro. Ética que nos obliga aún más respecto a la práctica de una relación con objetivos terapéuticos con personas vulnerables, como lo son quienes padecen los síntomas del sufrimiento psíquico.

Quiero señalar una presencia constante en relación a los malestares psíquicos y sociales que atraviesa toda la historia de diferentes sociedades y culturas humanas. A lo largo de la historia humana, el malestar vivido en la existencia, el sufrimiento psíquico y la insatisfacción en la vida social llevaron a dos maneras de abordarlo: el consumo de algún psicotrópico y/o el pedido de ayuda: el diálogo con otro que ocupa un lugar relevante en su sociedad o comunidad. En todas las sociedades y épocas ha existido un Otro de supuesto saber al que acudir para significar, identificar y atacar el mal espiritual sufrido. La vida en común, que siempre presenta obstáculos y conflictos (para los seres humanos el infierno son los otros, diría Sartre), crea ese otro supuesto saber encarnado en sacerdotes, confesores, hechiceros, adivinadores, astrólogos, chamanes, filósofos, etc. La lista sigue aún más allá de la profesionalización actual de esta función social. Se trata siempre de ligar al sujeto al mundo simbólico que habita y lo constituye. Quienes trabajamos en salud mental debemos reconocer en ellos a nuestros antecesores. Lo segundo es acudir a diferentes plantas que tienen la facultad de alterar la conciencia: las sustancias psicotrópicas. Entre los griegos era habitual el consumo de infusiones de cáñamo (que tiene como sustancia activa los cannabinoides). Su efecto buscado es la relajación de la conciencia y también la analgesia del dolor físico. En los países de Asia se conoce

desde siempre la cabeza de la amapola, que entre otras sustancias tiene el opio. Conocemos la existencia del “viaje” en los fumaderos de opio en toda Asia; de allí deriva la heroína y la utilización de la morfina como potente analgésico. Son varios los opiáceos que se siguen utilizando, y cuyo consumo está creando una verdadera epidemia actual en EE.UU, además del uso adictivo de la heroína. Frente a males menores y más leves, y aun presente en farmacias, se acude a la infusión de tilo o valeriana, o al láudano (derivado del opio). En las poblaciones de la cordillera (A. Latina) es milenaria la costumbre del consumo de la hoja de coca, como infusión o la masticación, hasta la actual utilización como clorhidrato de cocaína entre los adictos, además de su uso en anestésicos. También en América, sobre todo en los pueblos aztecas de México, se conoce el uso de diferentes hongos con capacidad de producir alucinaciones y otros efectos “fantásticos” en la subjetividad (la más valorada de las sustancias psicodélicas). Lo más conocido y más utilizado es el alcohol, como vino u otras bebidas llamadas blancas, que se encuentra en todas las culturas. Es importante señalar que casi todos los psicotrópicos se han utilizado, además de individualmente frente a dolores psíquicos o del cuerpo, han tenido y tienen una función en la celebración de fiestas colectivas u ofrendas míticas. Nuestras fiestas actuales no se privan nunca de su presencia y consumo, pero debemos

pensar por qué se pasa del consumo festivo y social al consumo individual (habitual en las adicciones), un fenómeno creciente en nuestra cultura individualista. Esta historia es más larga, solo quiero señalar el lugar que ocupan en el modo de actuar sobre el dolor psíquico, aumentar la potencia, atacar la tristeza o la depresión, y generar la euforia del encuentro festivo con el otro. Hace algunos años se agregaron las anfetaminas y otros derivados sintéticos de esta molécula, que tiene efectos euforizantes y suprime el sueño; y más recientemente, otras moléculas de laboratorio, los psicofármacos actuales, psicotrópicos que actúan especialmente sobre las sustancias que intervienen en la transmisión entre neuronas (la sinapsis), cuyo uso terapéutico ha ampliado, ahora con apoyo científico y control médico, la capacidad de actuar sobre los diferentes dolores de la existencia. Hasta la intervención de los estados con prohibición de consumir algunas de estas sustancias psicotrópicas, y construyendo un nuevo mercado ilegal y un nuevo sujeto (el adicto), hay que aceptar que los humanos nunca han renunciado a intervenir sobre su conciencia, como tampoco de crear nuevos especialistas con cuyo saber pueden ayudar a atravesar los efectos dolorosos de la existencia.

El dolor del cuerpo y el dolor psíquico están presentes en toda existencia humana a lo largo de la historia, durante milenios se acudió a plantas cuyas sustancias

activas calmaban el dolor psíquico; luego se pudieron sintetizar moléculas con los mismos objetivos. El dolor, ambos, cumplen la función de ser nuestro aviso de que algo anda mal en la existencia. Podemos calmarlo con analgésicos y psicotrópicos, acudir en ayuda de algún Otro calificado, pero simplemente calmar el dolor es negar el aviso e invalida la búsqueda de sus razones. En el campo de la salud mental actual están presentes estas dos perspectivas, con un dominio creciente de los calmantes. Es innegable la ayuda que representan los psicofármacos para actuar sobre los estados desagradables o dolorosos del sufrimiento psíquico, y deben ser prescritos por quienes se han formado para hacer una utilización racional y fundada de los mismos (es obvio que todos los psicotrópicos nombrados tienen actividad en la neurotransmisión cerebral, la diferencia con los psicofármacos es la posibilidad de crear moléculas sintéticas que pueden ser evaluadas y ser motivo de investigación y control por la ciencia biológica). Pero el objetivo señalado de salud mental, el logro de la integración social, la reconstrucción en ocasiones de los trastornos severos de una vida social, sólo pueden ser logrados a través de una relación humana con otro (más allá de la bondad calmante de los psicotrópicos), lógicamente, a través de la palabra y la comprensión, que nunca es de uno que comprende al otro, sino de una relación en que ambos tratan de comprender el

sufrimiento y sus razones. Lo terapéutico no es calmar solamente los dolores de la existencia, sino acompañar y ayudar al sufriente a que logre adquirir o recuperar los recursos necesarios para actuar y modificar los determinantes de su malestar. Este camino más racional y atento a lo humano es más largo y complejo, pero también hace más verdaderos los resultados. Esto es lo esencial de un nuevo modelo de atención de salud mental, que sintéticamente la OMS llamó “reforma”, para revertir la triste historia de los manicomios.

Lo hasta aquí enunciado son a la vez los fundamentos con que la Universidad Nacional de Lanús se propuso desde su creación organizar los postgrados de Salud Mental, como así también otras actividades relacionadas. Por eso lo cursan profesionales de varias

disciplinas, cuya interacción entre ellos y los docentes en debates abiertos enriquecen la producción necesaria de este nuevo campo social de la Salud Mental, en permanente construcción que, repito, no es una disciplina, y los títulos académicos que otorga aluden a esta formación pluridisciplinaria; una formación que los habilita para el conocimiento y la intervención práctica integrando los equipos de atención.

**Emiliano Galende**

*Mayo 2021*

