

**14º CONGRESO LATINOAMERICANO DE ARQUITECTURA E
INGENIERIA HOSPITALARIA
Buenos Aires, Septiembre de 2003**

NUEVOS ENFOQUES EN SALUD MENTAL

Autora: Lic. Alicia Stolkiner .Psicóloga. Profesora de la II Cátedra de Salud Pública/ Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

e-mail: stolkin@psi.uba.ar

*“Y sin embargo, el espacio habla, aun para el
analfabeto: especialmente para él”
Luis Brito García*

Quisiera resaltar la importancia de que este encuentro reconozca la necesidad de un abordaje interdisciplinario. Espero poder contribuir a este debate incorporando reflexiones sobre el tipo de instituciones que configuran los establecimientos psiquiátrico-manicomiales y cuales son las nuevas modalidades de atención a las problemáticas de la salud mental, las que nos desafían a materializarlas espacialmente.

Un principio básico del pensamiento institucionalista dice que no hay que confundir la institución con el establecimiento. La institución es una trama de relaciones sociales y sentidos, el establecimiento es la forma en que ella se materializa. Así como un hogar plasma una forma familiar y sus condiciones, un hospital concreta una serie de representaciones sobre salud y enfermedad, sobre las prácticas médicas, sobre las relaciones de poder contenidas en ella y sobre las condiciones del proceso de curación. En el caso particular de los establecimientos de atención psiquiátrica, es necesario reconocer que conviven y coexisten en ellos distintas instituciones superpuestas--a la manera de capas geológicas--en un espacio en el que marcan sus huellas. Son, a esta altura del siglo XXI, monumentos habitados de modelos institucionales organizados alrededor de la representación social de la locura en la modernidad, y sus transformaciones.

La internación prolongada en establecimientos de reclusión nació con el Estado Moderno y su concepción de sujeto. En una ciudad pensada para el libre deambular de los ciudadanos en los espacios públicos y en una sociedad donde se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar la “locura” y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”. Con base en ello, nació una rama de la medicina, la psiquiatría, destinada a dar convalidación científica a ese espacio. Este proceso, analizado por Michel Foucault (Foucault M, 1967) en Francia, da cuenta del nacimiento político de la psiquiatría. La Medicina Mental instituye los que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de curación y

cuidado, sin que la función anterior se borrara completamente. “El gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia, a un tratamiento compulsivo de los enfermos” (Galende, E., 1990).

En la Argentina la instalación de estos establecimientos coincidió con la etapa fundacional del estado, en la segunda mitad del siglo XIX. En este período se originan dos establecimientos emblemáticos: el Hospital Borda y el Moyano.

El primero de los manicomios, el de mujeres, se inaugura en 1854. y nace en esa matriz ambigua que superpone la libertad-para las que antes estaban encerradas en las cárceles- y el encierro para las que deambulaban por los suburbios. Las actividades se centraban más en la regulación religiosa y moral de la conducta que en cuidados médicos, el trabajo era ya considerado una condición de la cordura. (Vezzetti, H., 1985)

El Hospicio de Hombres fue creado en 1858 por la Legislatura de la Ciudad y se inauguró en 1863. Las condiciones de reclusión y hacinamiento no lo hacían muy distinto de las cárceles donde antes estaban los internos. En 1876, con Lucio Meléndez como director, entra la doctrina y la tecnología del alienismo inspirado en Esquirol. El aumento de las internaciones obligó a sucesivas ampliaciones en las que trabajaban los internados, también se realizaban tareas agrícolas. El trabajo era considerado el eje central de la cura, con una fuerte connotación moral (Vezzetti, H, 1985)

La población de los hospicios creció explosivamente y en forma correlativa al aumento de la curva demográfica por el ingreso de inmigrantes. Estos poblaron los hospicios (2/3 de los internados varones eran extranjeros, la mayoría de origen Italiano). De cualquier manera en el período registrado, de 1864 a 1878, las internaciones eran breves y no abundaban las reinternaciones. (Vezzetti, H, 1985).

En el texto citado, Hugo Vezzetti señala la ambigüedad que, desde su creación, atravesó estos establecimientos: la relación entre el enfoque médico y el previo de la reclusión. A finales del siglo XIX ya el hacinamiento era su característica y el mismo cobraba un valor “en acto” simbólico: en el estrechamiento del espacio reaparecía la vieja imagen del encierro. (Vezzetti, H. 1985, Pág. 60).

Domingo Cabred, en los finales del siglo XIX, se inspira en las experiencias inglesas para importar el sistema de puertas abiertas y, como mayor emblema de ellos, funda la Colonia Nacional de Alienados Open Door. En ella se promueven las actividades productivas al aire libre, sumadas a los talleres preexistentes. Su amplitud de espacio a campo abierto y sin muros visibles estaba destinada a crear una “ilusión de libertad”, según palabras de su fundador, y favorecer la recuperación por contacto con el trabajo y la naturaleza. Dice Vezzetti: “esa insistencia en el papel terapéutico del campo y la naturaleza, coincide con un momento en que los desórdenes de la gran ciudad—cuya representación se

focaliza en el inmigrante—presionan para dar a la locura una significación esencialmente urbana”. (Vezzetti, H.; 1985)

Como vemos siempre hubo una asociación entre las representaciones de la locura, la sociedad y la representación del espacio. También es notable, desde el inicio de las instituciones psiquiátricas en la Argentina, que nuestro país adopta y superpone modelos que se desarrollan en Europa y, posteriormente, en Estados Unidos. Pero al adoptarlos adquieren características propias de nuestra configuración.

Me he extendido sobre este remoto origen de las formas de atención a la enfermedad mental para que resulte comprensible que se trata de un campo frente al cual en la sociedad moderna se produjeron formas institucionales específicas, que tienen una fuerte carga de representaciones en cuyo eje está la problemática de la razón y la locura.

Los cuestionamientos al asilo comenzaron desde principios del siglo XX con el higienismo mental, pero no lograron modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión. Luego de la segunda guerra mundial confluyeron distintos factores que dieron lugar al comienzo de transformaciones mucho más nodales en los modelos asistenciales.

Pensemos el escenario. Europa estaba devastada. Los problemas de salud mental de la población, sometida a una guerra sin precedentes, excedían en mucho las patologías clásicas a las que se había dedicado la psiquiatría: familias desintegradas, soldados que volvían de los frentes con procesos traumáticos, reordenamiento de las sociedades, etc. Simultáneamente el mundo se reorganizaba de manera bipolar, y surgían las Naciones Unidas como organismo internacional de negociación y búsqueda de consenso. Seguirán dos décadas en las que los modelos de estado adoptados en occidente, con base en el Keynesianismo, formularán políticas sociales y entre ellas las de salud, universales centradas en la expansión de las categorías de derechos ciudadanos.

Simultáneamente, el acelerado desarrollo de la psicofarmacología proveyó una herramienta inédita para controlar, en el doble sentido del término, la sintomatología psiquiátrica que fundamentaba la reclusión, privándola de un soporte argumental.

Todos estos factores confluirán en el nacimiento de las políticas en salud mental que tratan de suprimir la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. Su meta era evitar los probados efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos. No es tampoco ajeno a estas transformaciones el hecho de que al configurarse los sistemas universales de salud la presencia de numerosas camas hospitalarias ocupadas infructuosamente—desde la lógica curativa—por pacientes psiquiátricos apareció visiblemente como un problema.

En 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, adoptando el modelo propuesto por Inglaterra. (Galende, E., 1990). Simultáneamente se desarrollan experiencias alternativas en diferentes países.

Sobre este proceso dice Emiliano Galende (1990): “En los años cincuenta... se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. I.Goffman muestra en E.E.U.U. la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abonado. En Francia, a partir de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del Sector como, como nueva política en Salud Mental. En Italia..., el Frente Democrático...reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas, para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental. *Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental*” (Galende E., 1990, Pág. 146). El autor insiste en señalar que estos cambios reconocieron como contexto movimientos políticos progresistas y renovadores.

Tal como había sucedido con el modelo asilar y el alienismo, estas tendencias se manifestaron en la Argentina. La ley que crea el Servicio Nacional de Salud Mental en la Inglaterra laborista es el modelo para la creación, en 1957, del Instituto Nacional de Salud Mental en nuestro país. La reforma contenida en el plan Kennedy es retomada por Mauricio Goldemberg en la dirección del Servicio de Salud Mental del Hospital de Lanús, que extiende su asistencia a las prácticas comunitarias. También con Goldemberg como Director de Salud Mental de la Capital Federal—durante la dictadura del General Onganía--, se crean los Centros de Salud Mental y los servicios de psicopatología en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Las comunidades terapéuticas también son base de algunas experiencias puntuales innovadoras como la desarrollada en Entre Ríos o en los servicios asistenciales de ferroviarios. Años después, y luego del retorno a la democracia en 1984, los principios básicos de la experiencia Italiana son retomados en la reforma psiquiátrica de la Provincia de Río Negro.

Algo, sin embargo, es discordante en estas experiencias. Mientras las europeas se desarrollaron en momentos de profundización de las formas democráticas y en un contexto de expansión general de la vigencia de derechos e idearios humanistas, las transformaciones en la Argentina suceden, en general, bajo períodos dictatoriales. Las iniciativas gubernamentales de la década del 60 mencionadas, parecen obedecer a un ideario de modernización y coinciden con la entrada de corrientes desarrollistas en el pensamiento y planeamiento sanitario. No obstante se pregnan del clima de creciente movilización y cuestionamiento de la sociedad

de la época. Por citar un ejemplo: la Federación Argentina de Psiquiatras llegó a tener un perfil político y crítico que incluía, consecuentemente, cuestionamientos a las formas manicomiales. Esto explica porqué las organizaciones profesionales del campo de la salud mental y algunas instituciones asistenciales fueran fuertemente reprimidas durante la última dictadura.

Todo esto abre un interrogante sobre la configuración del campo de las políticas en salud mental en la Argentina. Quizás no llegó a constituirse como el modelo europeo, siendo más un espacio de confrontaciones corporativas que una política definida. Esto resultaría paradójico en un país que tiene las dos terceras partes de los profesionales de salud mental de América Latina.

Luego del retorno a la democracia en 1983, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y Acción Social de Nación, a cargo del Dr. Vicente Galli presentó un Plan Nacional de Salud Mental elaborado con la asesoría del Dr. Mauricio Goldemberg. Como parte de su implementación se censó la población hospitalaria, se formaron recursos humanos en el área y se asesoró transformaciones en las provincias. La crisis del 89 y la Reforma del Estado marcaron la desaparición de la Dirección de Salud Mental. Simultáneamente al culminar el proceso de descentralización, en la década del 90, ya no quedaron establecimientos significativos dependientes de nación. En 1992, once hospitales nacionales que dependían del ministerio nacional pasaron a depender la Ciudad de Buenos Aires, entre ellos el Moyano y el Borda.

Este proceso de desconcentración sin asignación de recursos y el escaso rol normativo del ministerio nacional durante la década del 90 permiten afirmar que no existió una política de salud mental desde el estado nacional, quedando las provincias, los municipios e inclusive las mismas unidades asistenciales librados a desarrollar prácticas diversas según políticas locales. Lo mismo puede decirse del sector privado.

Mientras tanto, a nivel internacional las experiencias innovadoras desarrolladas a partir de la posguerra se fueron institucionalizando en algunos países y fueron adoptadas por otros. Su prolongación en el tiempo demostró que era posible atender ambulatoriamente las problemáticas que antes se confinaban en internaciones prolongadas. En algunos casos, hay estudios que plantean que aquello que se consideraba una evolución propia de la patología, cambia cuando se modifica el modelo de asistencia. Por ejemplo, se cuestiona que la esquizofrenia conlleve inexorablemente el deterioro. "La amplia experiencia acumulada demuestra que la hospitalización prolongada en grandes instituciones, con personal escaso, interactúa con el proceso esquizofrénico para producir un síndrome de colapso social más devastador que la enfermedad misma". (Desjarlais, R y otros, 1997, pág. 48)..

Los modelos de reforma neoliberales en el campo de la salud, también produjeron cuestionamientos a las instituciones de internación prolongada, en este caso por su escasa relación costo/beneficio. Pero sus propuestas tendieron a desamparar a

los asistidos, delegando en las familias y las comunidades el soporte de su asistencia. En una sociedad productora de exclusión y marginalidad la función política del manicomio comenzaba a resultar perimida. Hace una década escribía: "Es en este contexto que el establecimiento manicomial resulta insuficiente en sus objetivos de origen: dar un lugar definido al "no trabajo". La marginalidad desborda sus posibilidades. Si el manicomio cumplió la función de recordar a la sociedad que había un lugar de contención a la locura, la diversidad y la marginalidad. Si legitimó la negación de los más elementales derechos para quienes fueran reclusos en él, si el amparo de la institución psiquiátrica permitió formas de represión agresivas que no herían la sensibilidad social (dado que piadosamente se las consideraba aplicadas "por el bien del paciente"), puede decirse crudamente que los asentamientos humanos irregulares son los manicomios de la época. El lugar de los marginados, de los excluidos. Allí, y al desamparo de las calles, serán devueltos los internos" (Stolkiner A, 1993). ...

Ya no es suficiente, ni siquiera necesario, un establecimiento espacialmente definido cuando la marginalidad ha desbordado buena parte del espacio urbano. Se configuran formas institucionales diseminadas en el conjunto social que conjugan las acciones directamente represivas con las consensuales, a fin de limitar los síntomas de la desagregación social y mantenerlos en los límites de "barreras urbanísticas" definidas. Para los integrados quedará la protección de los espacios privatizados, de los barrios cerrados, de los recorridos preservados (todo esto con resultados parciales), de la defensa policial y de su propia autodefensa. Para los excluidos el abandono de los espacios públicos, los lugares olvidados del cuerpo urbano, y la represión. Los locos, son una "especie" más dentro de ellos" (Stolkiner, A, 1993).

Tenemos así, una doble tendencia: por un lado ya existen las herramientas teóricas y técnicas para construir modelos asistenciales no reclusivos. La mayor parte de la problemática, ya se sabe, puede ser atendida en redes de centros asistenciales articulados con las formas propias de agregación social. Estos pueden ser el recurso central para dar respuesta a la mayor parte de la problemática, si se articulan adecuadamente con las acciones sociales necesarias. Las internaciones deben ser necesariamente breves y consideradas una herramienta más de la intervención en la crisis. Debe ampliarse la oferta de formas de internación parcial (hospitales de día o de noche) y brindar respuesta a las necesidades de reinserción social a los pacientes externados. Lo anteriormente enunciado es un recetario básico probado pero nos plantea, en miras a su ejecución concreta, muchos interrogantes: qué función asignar a los establecimientos existentes? Cómo se viabiliza la transición?. El debate y la pugna corporativa desatada alrededor de la ley de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires da cuenta de que la implementación de una política en salud mental tiene actores diversos y no puede hacerse sin la participación de la sociedad, a la que de algún modo refleja.

Los establecimientos ideales de salud mental deben ser lo más parecidos a los distintos establecimientos donde transcurre la vida de los seres comunes. Una casa de medio camino debe ser, simplemente, una vivienda. No se trata de "crear

una ilusión de libertad”, como esperaba Cabred, sino de pensar un espacio para sujetos de derecho, aún aquellos destinados a la internación de las crisis.

Cómo se resuelve esto con nuestros recursos y reconociendo la existencia de grandes establecimientos cuyo desmantelamiento abrupto redundaría en el desamparo de muchos de sus habitantes?. Es un desafío para la arquitectura en cuanto a la materialización del espacio humano. Una reforma en el área de salud mental requiere transformar representaciones del conjunto de la sociedad. La remodelación o construcción de establecimientos desde esta nueva óptica también requiere revisar las representaciones en las que se fundan sus proyectos. Se trata de materializar interdisciplinariamente una nueva relación entre la sociedad y la problemática de las “enfermedades” mentales.

Bibliografía citada

Desjarlais, R y otros (1997): *Salud Mental en el Mundo-Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos* Serie PALTEX, Organización Panamericana de la Salud, Washington

Foucault Michel: *Historia de la Locura en la Época Clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1967.

Galende Emiliano: *Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990.

Stolkiner, Alicia: “Tiempos posmodernos: proceso de ajuste y salud mental” en el libro *Políticas en Salud Mental* comp. Osvaldo Saidón y Pablo Troianovski, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1993.

Vezzetti, Hugo: *La locura en Argentina*, Ed. Piados, Buenos Aires, 1985.