

**Instituto Universitario de Salud Mental – IUSAM de la Asociación
Psicoanalítica de Buenos Aires ABdeBA**

Tesis para la aprobación de la Maestría en Psicopatología y Salud Mental

“Hacia un modelo de servicios de salud mental que permita el desarrollo de la subjetividad de los usuarios de los servicios: Propuesta de Modelo de Atención en Salud Mental para el Ecuador”

Por: Lic. Aimée DuBois

Quito-Ecuador/Buenos Aires-Argentina, marzo, 2015

Agradecimientos

Agradezco a mis directores, Clelia Manfredi y Alberto Solimano, por la paciencia, orientación y el apoyo constante en este proceso.

A mi esposo, por apoyarme incondicionalmente.

A mi familia, por no dejarme olvidar que tenía este pendiente.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	ii
Declaración	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	8
Capítulo I: El lugar del loco en la historia de la locura	11
Capítulo II: ¿Cuándo, dónde, cómo podemos hablar de sujeto?	22
Capítulo III: Entonces, ¿podemos hablar de sujeto en el encierro?	32
Capítulo IV: La situación de la locura – y la salud mental – en el Ecuador	38
Capítulo V: Cambio de modelo de atención en salud mental en Ecuador: Una propuesta	50
Conclusiones...	75
Bibliografía	82

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: APARATO PSÍQUICO (1886-1899) 25

FIGURA 2: APARATO PSÍQUICO. LA REGRESIÓN (1900-1901) 25

Declaración

"Declaro que el material incluido en esta tesis es, a mi mejor saber y entender, original, producto de mi propio trabajo (salvo en la medida en que se identifique explícitamente las contribuciones de otros), y que este material no lo he presentado, en forma parcial o total, como una tesis en ésta u otra institución."

Resumen

En un contexto técnico-político aparentemente favorable para la salud mental en el Ecuador, se ve la necesidad de trabajar hacia un nuevo modelo, que supere el modelo hegemónico hospitalocéntrico-asilar. Se ve la necesidad de plantear un modelo de servicios de salud mental que permita el desarrollo de la subjetividad de los usuarios de los servicios, en donde se pueda proponer como objetivo el alcance de su autonomía y ejercicio de sus derechos. Así, el presente trabajo revisa los conceptos y la historia de la locura dentro de los muros, y plantea un modelo con base comunitaria y de organización en red, en donde se puede apreciar – por contraste o comparación – la posibilidad de producción de subjetividad en ambos contextos. El trabajo ha sido en base a una metodología cualitativa de investigación bibliográfica, con la ventaja de la inserción práctica en el ámbito de la salud pública del país por parte de la autora. Se ve, a partir del recorrido histórico y conceptual, que el cambio del modelo requiere más que una propuesta de organización de servicios, y que se basa en prácticas en el ámbito del cambio político-social-cultural.

Palabras clave: locura, desinstitucionalización, red de servicios, comunidad.

Abstract

In a technical-political context that seems favorable for mental health in Ecuador, there is a need to work towards a new model, one that may overcome the predominant hospitalocentric-institutionalizing model. There is a need to propose a new organization for the mental health services that allows the development of subjectivity of the patients that has as a main goal the achievement of autonomy and the possibility of exercise of their rights.

This paper reviews the concepts and history of madness in between walls, and suggests a community-based model and network organization, where the possibility of being able to become a subject in either context can be noticed – either by contrast or comparison.

A qualitative methodology was used for the bibliographic investigation, with the advantage of having the author working in the public health system of her county. From the historical and conceptual review, we can see that a change in the model requires more than a proposal for the organization of the health services, and that it is based in practices that lead to political, social, and cultural changes.

Key words: madness, deinstitutionalization, service network, community.

Introducción

La práctica actual de la asistencia en salud mental tiende a seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el sentido de dotar recursos siempre menores a los hospitales psiquiátricos, revirtiéndolos en dirección a las estructuras comunitarias más elásticas y contextualizadas. Aunque los papeles que competen a cada uno se encuentren en construcción, no hay duda en cuanto a la necesidad de reorientación de los modelos de asistencia, teniendo en vista la importancia de la restitución del respeto a la persona portadora de trastorno mental y el restablecimiento de sus lazos sociales. Ese movimiento de transformación trae conflictos y desafíos a ser enfrentados, conduciendo a otro saber que exige flexibilidad en las acciones y papeles de los diversos profesionales del equipo.

En esa óptica, la rehabilitación psicosocial se configura como conjunto de estrategias direccionadas a aumentar las posibilidades de intercambios, la valorización de las subjetividades y a proporcionar una contractualidad y solidaridad, ultrapasando así la mera implantación de las redes de servicio, aunque esta sea clave para su éxito.

La rehabilitación psicosocial, como estrategia, posibilita la recuperación de la capacidad de generar sentido, siendo capaz de reestablecer el ejercicio de ciudadanía, creando vínculos de la persona que requiere atención con el servicio que la asiste. Así, la tarea que tiene el servicio de salud mental es la de ayudar a la persona que en algún momento de su vida perdió la capacidad de generar sentido, acompañándola en la recuperación de espacios no protegidos, mas socialmente abiertos para la producción de nuevos sentidos. De esa forma se hace evidente el cambio de relaciones de tutela para relaciones de contrato, haciendo emerger nuevas prácticas en las instituciones que adoptan el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica.

En este contexto, es que surge la necesidad de un cambio de modelo de atención en salud mental en el Ecuador, buscando superar el modelo hospitalocéntrico asilar y caminando hacia un modelo comunitario, donde se posibilite la rehabilitación psicosocial.

Es así que en este trabajo se busca reflexionar sobre la posibilidad de desarrollo de la subjetividad – en la existencia de un sujeto – en el contexto de

Encierro en las instituciones psiquiátricas en el Ecuador. En un contexto donde no existe aún una familiaridad con la locura – donde lo diferente se esconde y es causa de vergüenza, donde la pobreza es la realidad de la mayoría, y la segregación social deja marcas en la piel – no se puede ignorar que es preciso pensar el problema social antes del psicoanalítico. Así, se piensa en la posibilidad de las políticas públicas relacionadas con la implementación de un cambio de modelo, donde se busque actuar sobre los determinantes sociales de la salud mental, y se ponga sobre la mesa la discusión sobre la locura.

En este trabajo se hará un recorrido por la historia de la locura, para entender cómo ganó este espacio el loco, y cómo ganó un espacio en el encierro, un espacio dentro de la exclusión social. Se lo hará con ayuda de Foucault y su Historia de la Locura en la Época Clásica.

Se pasará a pensar en cuándo, dónde y cómo podemos hablar de un sujeto, apoyándose en la teoría psicoanalítica, para luego pensar si es que existe esa posibilidad de hablar de un sujeto en el encierro.

Ya en el cuarto capítulo, se expondrá el histórico del abordaje y el espacio que ha tenido la salud mental en el Ecuador, dentro del contexto social y de la política pública y abordaje desde el Estado, para continuar hacia la situación actual y el planteamiento de una propuesta de modelo de atención en salud mental. El modelo que se propone tiene una base comunitaria y toma en cuenta buenas prácticas a nivel internacional, tanto de Europa como de América Latina, y viene a complementar el Modelo de Atención Integral de Salud – con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que es el que organiza los servicios y la atención en salud en el Ecuador.

Finalmente, se plantean conclusiones, con una reflexión sobre qué tanto esto es posible de implementarse este modelo en el Ecuador dentro del contexto técnico-político actual, y sobre el trabajo de desconstrucción de un imaginario social que se debe realizar, el mismo que afecta directamente a la política pública.

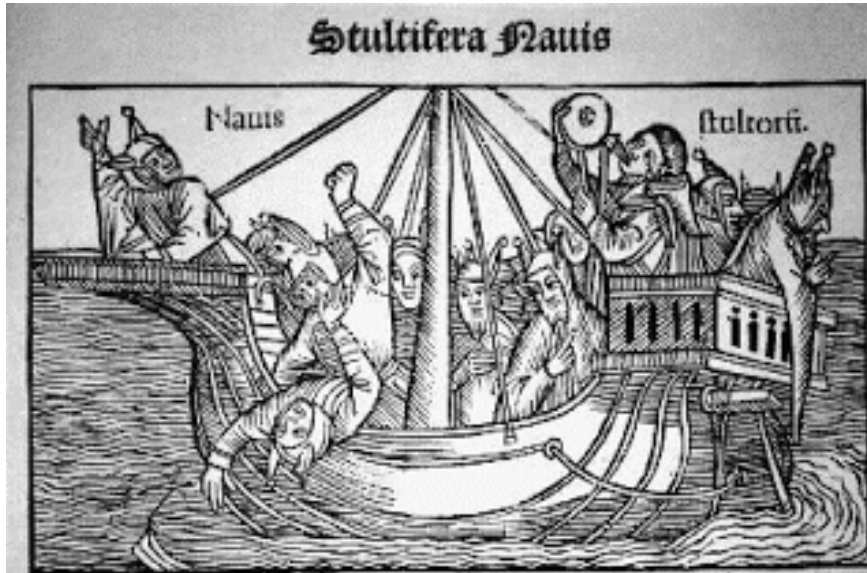
En lo que respecta a la metodología, esta tesis presenta un estudio descriptivo con enfoque cualitativo y fundamentación teórico conceptual. La metodología está basada en la investigación bibliográfica con revisión de la literatura y análisis y revisión de documentos.

El propósito general consiste en:

- Proponer cambios transformadores que sean productores de subjetividad en el modelo de atención en Salud Mental en el Ecuador. Los objetivos planteados son:

- Indagar acerca de los determinantes histórico sociales en el concepto de “locura”
- Analizar el concepto de “sujeto” en psicoanálisis
- Describir el estado de las instituciones y políticas implementadas, tanto históricas como actuales, referentes a la Salud Mental en el Ecuador
- Proponer un modelo con base comunitaria que posibilite la producción de subjetividad en los usuarios de los servicios que prestan atención en Salud Mental en el Ecuador

Capítulo I: El lugar del loco en la historia de la locura



A través de la historia, se ha estudiado cómo surge el loco y la locura y cómo ha ido evolucionando el contexto en el que se presentan ambos. La idea general que se encontraba en los libros de historia de la psiquiatría hasta Foucault retrataba esa historia como aquella en que se humanizó el tratamiento médico que se daba al enfermo mental, una vez que se percibió la incongruencia y la incapacidad de los tratamientos dispensados hasta entonces.

¿Cómo olvidar a Pinel y su reforma del Bicêtre, al final del siglo XVIII, luego de la Revolución Francesa? El enfermo mental, hasta el surgimiento de la psiquiatría – sea como teoría o como práctica médica específica –, era un huérfano, carente de un padre/médico, de un discurso y de una terapéutica médica que le fuese debidamente adecuada. Con el nacimiento de la medicina psiquiátrica, en el auge del racionalismo iluminista, es que este cuadro se revierte a favor del humanismo y de la razón, culminando en un tratamiento más adecuado y humanizado de la locura y del loco.

Existe un espacio de exclusión social, el lugar más fondo de la sujeción, desde donde se pueden reconstituir los procesos insidiosos de estigmatización, discriminación, marginalización, patologización y confinamiento, operando al nivel de la percepción social,

del espacio social, de las instituciones sociales, del sentido común, del saber médico, del Estado, de la familia, del poder judicial... De cualquier manera, el resultado es el mismo: el silencio de los sujetados, silencio que es el primero y más fuerte componente de la situación de exclusión, la marca más fuerte de la imposibilidad de considerarse sujeto a aquel a quien el habla es de antemano desfigurada o negada.

Poco a poco, ese espacio de exclusión social fue ocupado por otras figuras, no menos temibles: primero los enfermos venéreos y después los locos. Foucault observa que, a pesar de que la enfermedad venérea y la locura ocuparan, en el siglo XVII, el mismo espacio moral de exclusión, es la locura, y no la enfermedad venérea (que ya desde el siglo XVI presentaba contornos médico-patológicos), que recibió todas las valoraciones y significaciones que en otro momento fueron atribuidos a la lepra.

No obstante, hasta el siglo XV, en el inicio del Renacimiento, no hay aún el internamiento (por lo menos como práctica instituida y sistemáticamente aplicada) del loco. Él, el loco, es, al principio, tan solamente un errante¹; y su imagen paradigmática es la Nave de los Locos, figura altamente simbólica, constantemente presente tanto en la literatura, como por ejemplo en la *Stultifera Naviculae Scaphae Fatuarum Mulierum*, como en los cuadros de Bosch, Grünewald y Dürer, entre otras obras. Es que, por la pintura y por la literatura, “la locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres”. (FOUCAULT, 2009)

En el Renacimiento se asiste al rompimiento de esa relación entre literatura y pintura, tan íntima hasta el siglo XV. Las imágenes ya no poseen saber, no enseñan, apenas fascinan; y fascinan como enigma, como obscuro y desconocido, como misterio, que desafía la comprensión. Por otro lado, la literatura y la filosofía dan a la locura un papel privilegiado de sátira moral.

¹ Obsérvese, sin embargo, que hasta el siglo XV, el loco era expulsado sistemáticamente de las ciudades, expatriado, confiado a mercaderes y peregrinos; era un prisionero de la nada, ligado al elemento menos seguro, símbolo de purificación y punición: el agua. Elemento elemental de la Nave de los Locos, el agua ocupa un papel y una significación ambigua: por un lado en aquella similitud entre el agua y la locura, hay en el agua todo un significado de purificación; pero también, de envío al “no-lugar”, a la absoluta y “oceánica” incerteza, a la errancia completa y total de la locura, esto es, de completa exclusión (FOUCAULT, 2009). En este sentido, conviene aún observar la relación predominante entre la locura y la muerte, en la medida en que la locura hereda de la muerte, de su temor e inquietación, la propia manifestación de la nada

En este momento nace la percepción clásica de la locura, marcada por la supremacía de la conciencia crítica sobre la experiencia trágica de la locura. Es el momento en que la locura es aprendida y se transforma en un hecho discursivo (FOUCAULT, 2009)².

Otro acontecimiento que marcó la percepción clásica de la locura fue la fundación del Hospital General en 1656, en París. Pero hasta la fundación del Hospital General, para aprehender su función y su significado, es necesario percibir cuál significado fue atribuido a la locura por la percepción clásica naciente. Con el ocaso de la práctica de la exclusión por el destierro y la escisión de la relación entre la conciencia crítica (representada por varios textos literarios y filosóficos) y la experiencia trágica (representada por las pinturas), la locura perdió toda su significación simbólica – o sea, mítico- religiosa – y le fue atribuido un significado moral que prevaleció en todo el transcurso de la Edad Clásica, pero que, en sus múltiples relaciones con la razón (extremamente conflictivas, es verdad), ganó papeles y funciones diversas: la locura fue asociada al concepto de “sin razón”, característicamente moral, la cual por eso era otra modalidad de razón – aquella que no obedeció y superó, transgredió, sus límites (morales) perdiéndose totalmente, no siendo más señora de sí misma; es aquella razón que optó deliberadamente por la heteronomía (confiriendo a esta opción la marca de la paradoja y de la contradicción) y que, por eso, perdió su autonomía. Esas múltiples relaciones conflictivas parten de la caracterización de la locura en cuanto “condición de imposibilidad” del ejercicio de la razón, y que recibió diversos matices significativos en el transcurso de la Edad Clásica, siempre teniendo como base la ruptura (cada vez más radical) entre razón y sinrazón.

De esta manera, en ese primer momento de la fundación del Hospital General, la locura, tomada como uno de los aspectos de la sinrazón, tiene el significado preciso de inmoralidad. Así, la locura necesita ser reprimida, y el loco castigado por su terrible elección.

Lo que no se puede perder de vista es que la locura ocupa una posición menor, particular y sectorizada, en la percepción clásica de la sinrazón; pues cabe a la sinrazón

² El ejemplo cabal de esto que Foucault afirma es, a su forma de ver, el análisis que Descartes realiza en las *Meditaciones* sobre la relación de la locura con la razón como su condición de imposibilidad (FOUCAULT, 2009, pp. 75-78).

el papel de objeto de la percepción clásica y de la manifestación institucional de esa percepción – la práctica del internamiento; y es ella, la sinrazón, que debe ser, por lo tanto, reprimida y castigada. Es en ese contexto moral de la sinrazón que la percepción clásica se vuelve para la locura y para el loco. El Hospital General, bien como otras instituciones de la época, atiende a los fines de internamiento y no a los objetivos médicos. El hospital y el internamiento son, por un lado, la expresión misma de la percepción clásica; de otro, son el principio organizador de esa percepción. Organiza en la medida en que reúne en su espacio de reclusión a los personajes que constituyen ese objeto de la percepción clásica que es la sinrazón: el pobre y el ocioso, el desenfrenado y el libertino, el blasfemo, y también el loco. Son todos múltiples personajes – distintos entre sí – de la sinrazón, y por eso son inmorales. Como tales, esto es, como figuras de la sinrazón, de la falta moral por excelencia, ellos deben ser terminantemente enclaustrados.

De este modo, el internamiento se configura como reclusión y castigo, o mejor, tiene como función y significado ese carácter. La percepción clásica de la locura es característicamente ética, y esto se muestra en las instituciones de internamiento, respondiendo a una necesidad ética que no era propiamente compacta, sino multifacética; una ética de trabajo, pero también una ética sexual y una ética religiosa que forman, en conjunto, la ética de la razón y de la sinrazón, lo que tiene como consecuencia una comprensión dualista de la patología mental (FOUCAULT, 2009). El internamiento es una respuesta a ese patrón ético multifacético en la medida en que es sinónimo de punición al ocioso y al pobre, al desenfrenado y al libertino, al blasfemo. Esa respuesta también alcanzó al loco, en la medida en que él tuvo, en la Edad Clásica, una íntima relación con esas tres clases de insensatos e inmorales. En una palabra, el internamiento es la respuesta como castigo a la sinrazón. Como dice Foucault:

“Bruscamente, se abre y se delimita un espacio social (...) remite a una sensibilidad singular, propia de la época clásica. No se trata de un gesto negativo de apartar, sino de todo un conjunto de operaciones que elaboran en sordina durante un siglo y medio el dominio de experiencia en que la locura va a reconocerse, antes de tomar posesión de él. (...) De hecho, todas las operaciones diversas que desplazan los límites de la moral, establecen prohibiciones nuevas, atenúan las condenas o estrechan los límites del

escándalo, todas esas operaciones sin duda son fieles a una coherencia implícita, coherencia que no es ni la de un derecho ni la de una ciencia: la coherencia más secreta de una percepción. Lo que el internamiento y sus prácticas móviles esbozan como en una línea punteada sobre la superficie de las instituciones, es lo que la época clásica percibe de la sinrazón”. (FOUCAULT, 2009).

No obstante, la percepción clásica de la locura no posee apenas ese sentido ético. Hay también un sentido cognitivo y epistemológico. La percepción clásica no apenas castiga a la locura en su lugar de sinrazón; ella también conoce y reconoce a la locura como enfermedad; y así, paradójicamente, el loco sólo era admitido en las casas de internamiento y en los hospitales si hubiese alguna posibilidad – aunque remota – de cura, lo que es prácticamente un sinónimo de rehabilitación moral. Sin embargo, lo curioso es que la locura, como enfermedad, tiene de cognoscible aquellos elementos atribuidos y organizados por la razón médica, no permitiendo un conocimiento total de la locura: lo que ella tiene de negativo, de mórbido y de sinrazón no es objeto de conocimiento y reconocimiento, sino es objeto tanto de una consciencia práctica cuanto de una consciencia analítica, consciencias que mantenían una íntima relación de cohesión con la práctica de internamiento, las cuales, por tanto, son de modalidades de consciencia de locura eminentemente éticas.

Así, hay un conflicto interno en la percepción clásica de la sinrazón y de la locura, en lo que respecta a las consciencias de la locura. Ese reconocimiento paradójico del elemento racional, positivo de la locura como sinrazón, negativo absoluto de la razón, es uno de los pilares fundadores de una ciencia de la locura:

“Es ésta la primera y más aparente de las paradojas de la sinrazón: una oposición inmediata a la razón que, sin embargo, no puede tener otro contenido que la razón misma. (...) Y eso a partir de lo cual reconstruye la locura no es la experiencia múltiple de los locos, es el dominio lógico y natural de la enfermedad, un campo de racionalidad”. (FOUCAULT, 2009)

Lo que se debe observar es la conjunción entre discurso médico y práctica terapéutica, simultáneamente a la práctica del internamiento. A lo que todo indica, la conjunción no se da propiamente por el hecho de que el médico se convirtió en un personaje constante de la casa de internamiento. Es más, si el médico entra en el internamiento no es con la intención de actuar sobre el interno como enfermo, sino más

bien para proteger a los ciudadanos de aquellos internos que son evidentemente incurables. Fue bajo el signo de lo “incurable”, atribuido a una parcela característica de los insensatos, los locos, que se exigió la presencia constante del médico, no para efectuar una taxonomía de la locura entre múltiples enfermedades, como en otro momento; sino, por un lado, nombrar de “incurable” a ese o aquel detenido, distinguiéndose de los demás; y por otro, defender de esos detenidos a todos los ciudadanos libres.

Mediante esa ambigüedad funcional del médico en el internamiento es que se hace posible una reflexión médica, de connotación epistemológica, acerca de la locura y del loco. El médico ahora gana una nueva función, y por eso gana un nuevo significado social; una función empírica hasta entonces inusitada, “positivista”: el médico, ahora, en el internamiento, tiene que observar y detectar, ya no el mal de la locura, sino aquel que fuera devastado por ese mal y que, por tanto es “incurable”: el loco. Se comienza, entonces, a soñar con el asilo: estructura arquitectónica que, conservando las funciones de internamiento, “...sea arreglado de tal manera que el mal vegete allí para siempre, sin difundirse jamás.” (FOUCAULT, 2009). El asilo ejercería, así, la doble función de proteger a todos aquellos que son “saludables”, esto es, no-locos, y de mostrar, tal cual un espectáculo, la sinrazón en cuanto mal, incitando así, a la buena conducta moral por el miedo. De esta manera, si el asilo, por un lado, protege al sano de la sinrazón en general, y de la locura en particular, por otro coacciona al mismo tiempo la sinrazón, con su prisión, y también lo saludable – ciudadano e individuo moral que es – por el espectáculo aterrador que proporciona.

Eso a lo que estamos asistiendo es la crisis del internamiento, la crisis de la percepción clásica de la locura, bien como la crisis de los conceptos mismos de “sinrazón” y de “locura”, culminando en la transformación de su significado social (siendo que, en la Modernidad, el concepto de “sinrazón” desaparece). En esa crisis del internamiento – de su función y significado – se identifica una dupla crisis, tanto de la función de castigo a los insensatos, como en su función político-económica (FOUCAULT, 2009). Es una crisis, en realidad, de la propia percepción clásica de la locura, de la cual el internamiento es, al mismo tiempo, la expresión y el principio organizador. El internamiento, que ejercía una función social marcante, fue duramente cuestionado mediante las nuevas necesidades económicas y políticas. Sin embargo, si observáramos con más atención, esa crisis sólo fue

posible porque el concepto mismo de “sinrazón” ya no se refiere a un objeto determinado que englobaba diversos especímenes; es más, con el paulatino ocaso de la Edad Clásica que culminó en el advenimiento de la Modernidad, uno de sus trazos más característicos es la disolución misma de aquel objeto denominado “sinrazón”.

Los diversos especímenes denominados como insensatos, esto es, como inmorales, ya no aceptan tamaña “confusión”; lo que implica que se tome el castigo del internamiento como un yugo más pesado de lo merecido. Por otro lado, ni siquiera la sociedad burguesa naciente, delante de sus necesidades político-económicas, podía admitir que tanta gente fuese mantenida presa, y así, mantenida en la ociosidad. Por lo tanto, el juicio de “incurable” en un primer momento, no tiene connotación médica y epistemológica: “loco” no significa “enfermo”. Su significación es antes socioeconómica que médica – “incurable” es casi un equivalente de “pobre enfermo”, a pesar de que el término “enfermo” sea usado para contraponerse a la expresión “pobre válido”, que significaba mano-de-obra útil a la nación y a su enriquecimiento; en cuanto a los términos “incurable” (atribuido específicamente al loco) y “pobre enfermo”, designan una masa de individuos que se caracterizaba por su improductividad y onerosidad (FOUCAULT, 2009).

Se hace evidente, así, en esta transformación de la percepción clásica marcada por la disolución semántica del concepto de la “sinrazón”, que la práctica del internamiento y sus consciencias correlacionadas – que, por su parte implican en discursos específicos – ya no son viables de un punto de vista funcional y, por eso, pierden su significación social, una vez que la significación social de esa práctica y de estos discursos es determinada por sus funciones en una dada sociedad y cultura. Sin embargo, esa crisis no culmina en el completo desaparecimiento, sino en una exigencia de reformulación y reelaboración de función y significado.

Esas alteraciones de función y significado no alcanzan apenas a las relaciones entre pobre y loco, también alcanzan a las relaciones entre criminal y loco. Ambos tienen que ser mantenidos en reclusión para el bien de toda la sociedad, pero lo que distingue el loco del criminal, desde su peligrosidad a la sociedad (y, en esos términos, también desde su significado para la sociedad) es exactamente el principio de asistencia. Las nuevas casas a las que son destinados los locos y los criminales son prácticamente idénticas, a no ser por la última tentativa de cura del loco (gracias al principio de asistencia). Así la institución a la

que se destina el criminal es la prisión, y la institución a la que se destina el loco es algo totalmente inusitado hasta entonces, marcado por una función y significado estrictamente terapéuticos: el asilo, en el cual se emplean diversas técnicas terapéuticas con el objetivo nada más que una autoconscientización del loco en cuanto tal; lo que significa, en la Modernidad naciente, que el loco tiene que percibirse como tal, o sea, como animalesco y, por eso, “no-libre”. La locura, en este momento, ya no tiene más nada que ver con la sinrazón, que, en el exacto instante de su instauración, era en su acto paradójicamente libre, aunque por este acto mismo, ella pierda su libertad.

Paradójico significado es este, que, en el asilo, ya en los inicios de la Modernidad, es atribuido al loco: como tal, él es apenas un animal (grotesco, ciertamente) y prisionero de su animalidad, pero el asilo busca restituirle la libertad mediante la recuperación, a través de la autoconscientización, de su razón, que no estaba destruida, sino apenas aprisionada en la locura.³ Es como si las técnicas empleadas ahí en el asilo fuesen una especie de “espejo” puesto frente al loco, el cual le obliga a tomar consciencia de su actual condición animalesca.

Ese significado de loco es paradójico, pues, proveniente de la noción de sinrazón, de moda en la Edad Clásica, trae en sí como fuerzas contrastantes a la razón y a la animalidad. Ser “loco” significa que ese individuo está preso por su fuerza, por sus trazos animalescos, pero su razón aún está presente, aunque no sea evidente.

Pese a lo que fue dicho, no se puede caracterizar la función y el significado del asilo recorriendo apenas su función terapéutica. Como se relató anteriormente, la inserción del médico en el internamiento, primeramente imbuido de la función de discriminar al loco de los demás insensatos y de garantizar la seguridad de todos los “ciudadanos razonables”, es un indicativo de que él tenía más la función de ejercer coacción moral, mediante la dirección administrativa de las casas de internamiento, que de una función terapéutica, esto es, de posibilitar y practicar alguna cura. Con el pasar del tiempo, después de la Revolución Francesa, o sea, a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, con Pinel en Francia, y Tuke en Inglaterra, el médico comienza a ganar una nueva caracterización: una caracterización

³ Lo que significa que el asilo aún mantiene al loco en aquella ambigüedad propia de la sinrazón: el loco aún es un ser de razón, o al menos tiene aún algunos indicios de racionalidad; lo que es una “novedad”.

positivista, de científico, de investigador; una función “epistemológica”, sin duda, que tiene como objeto de su estudio ese ser “animalesco” que es el loco, y que tiene como propósito revelar su verdad hasta entonces recóndita. Así el asilo, por abrigar a ese médico positivista, tiene como una de sus funciones características, la de posibilitar el espacio adecuado para la observación médico-científica del loco – de ahí la institución del “diario del asilo” (FOUCAULT, 2009). Sin embargo, es a partir de ahí que se verifica cada vez más el distanciamiento de un conocimiento – “científico” – de una percepción moral del loco.

He aquí, pues, funciones del asilo y, por lo tanto, su significado social: el asilo tiene la función terapéutica de curar al loco; la función epistemológica de establecer el espacio ideal para la relación a la percepción clásica de la locura, en la cual, aunque deliberadamente, el loco no mantenía vínculos con la razón, a no ser como su negación, de tal modo que la práctica de internamiento no tenía como función restituir la racionalidad perdida (como en el asilo), sino castigar a la racionalidad errada (que no era exclusivamente del loco, sino de todas las figuras de la sinrazón); observación y recolección de datos e informaciones médico-clínicas acerca del loco; y la función de propiciar una modalidad de información y conocimiento médicos totalmente distintos de los anteriores tratados nosográficos.

Mediante esas constataciones históricas de Foucault, el objeto de ese saber naciente, más moral y paternalista, como él mismo lo describe, también gana sus contornos propios. El loco, o mejor el término “loco”, como signo, ya no designa una parte de esa gran diversidad de especímenes integrantes de la sinrazón y, por lo tanto, la locura misma ya no significa sinrazón y el loco ya no significa insensato. El loco, a partir de la institución del asilo, gana una connotación característicamente médica (no significa que esa connotación no presente rasgos morales), y más que eso, una connotación psiquiátrica: el loco es enfermo del espíritu, o enfermo mental. La locura como enfermedad no afecta al hombre en su totalidad, tan solamente a su espíritu, a su mente, aunque pueda tener consecuencias o hasta causas orgánicas; sin embargo, sus causas y/o consecuencias no son fundamentales para su significado.

Es en esa significación atribuida al asilo que la enfermedad mental se hace posible. Para eso, el médico es pieza fundamental en el asilo, pero no como miembro de una institución científica:

“No es en su calidad de sabio como el homo medicus posee autoridad dentro del asilo. Si se exige la profesión médica, es como garantía jurídica y moral, no como título científico. (...) Pues el trabajo médico no es sino una parte de una inmensa tarea moral que debe realizarse en el asilo, y que es la única que puede garantizar la curación del insensato”. (FOUCAULT, 2009)

Se introduce así no una ciencia, la medicina, sino un personaje, el médico. Su papel en el asilo no es el de un científico que busca conocer, sino de un señor poderoso capaz de delimitar la locura, dominándola (FOUCAULT, 2009). El médico es padre y juez – protege, pero castiga. Esas imágenes que indican la relación entre médico y enfermo, digamos loco, van quedando más oscuras, aunque no desaparezcan con el siglo XIX y el advenimiento del positivismo médico. La psiquiatría, proveniente de ese positivismo médico del siglo XIX es, pues, nada más que el ocultamiento de todas estas relaciones sociales, morales, principalmente en el fin del siglo XVIII con la entrada del médico en el asilo (FOUCAULT, 2009), la cual culmina no con la patologización de la locura – lo que ya le fuera atribuida en el fin del siglo XVII e inicio del siglo XVIII –, sino con su designación como lo que ella propiamente es: locura, y enfermedad mental.

Y por un extraño retorno, el pensamiento se vuelve casi dos siglos para atrás, a la época en que entre la locura, falsa locura, y simulación de la locura el límite era mal establecido – una misma dependencia confusa a la falta sirviéndole de lazo de unión; y más aún, el pensamiento médico opera finalmente una asimilación delante de la cual vacilaría todo el pensamiento occidental después de la medicina griega: la asimilación de la locura y de la locura – esto es, del concepto médico y del concepto crítico de la locura. Al fin del siglo XIX, se encuentra este prodigioso postulado que ninguna medicina osaría aún formular: que la locura, antes de todo, solamente es locura.

La disolución semántica del concepto de “sinrazón” y la reformulación semántica del concepto de “locura” se dan simultáneamente a la reformulación funcional y, por tanto, la reformulación de la alteración de significado social de la práctica del internamiento.

Así, hay una constitución histórica de sentido de las prácticas institucionales y de los discursos – bien como de su objeto, la locura –, a partir de la función social, o de las funciones sociales, de esas prácticas: la alteración funcional de esas prácticas implica necesariamente una alteración de su sentido o de su significado social. Esa constitución histórica de sentido es más evidente en el ámbito de las prácticas institucionales de exclusión del loco, transformándose al final del Renacimiento, pasando por la Edad Clásica, hasta el advenimiento de la Modernidad, en el rechazo de alto tenor simbólico, siendo substituida por el internamiento de fuerte y compleja connotación moral⁴, culminando finalmente en el asilo, de función y significado social eminentemente médico-terapéutico, a pesar de estar asentado en un cierto moralismo maniqueísta (como resquicio de la percepción clásica de la locura), como aquel Pinel.

Por lo tanto, es a partir de esta configuración histórico- semántica que se constituyen las diversas figuras de la locura; de tal modo que la locura “pierde” su fuerza simbólica – como representación de la potencia divina (hasta el Renacimiento); y alcanza una configuración evidentemente epistemológica, transformándose en enfermedad mental, pasando por la Edad Clásica – cuando la locura asumiría una marcante connotación moral, en la medida en que ella misma era una figura: la figura de la mayor sinrazón.

⁴ No se puede olvidar que las funciones y significaciones económicas, religiosas y sexuales son apenas elementos constituyentes de la misma moral clásica

Capítulo II: ¿Cuándo, dónde, cómo podemos hablar de sujeto?



“EL SUJETO. Está eclipsado en la estructura de la pulsión. Es el escenario de la insistencia repetitiva de los significantes que lo atraviesan. La subjetividad es un proceso que se constituye entre la voz activa y la voz pasiva de un verbo en infinitivo. Entre mirar y ser mirado. Entre hablar y ser escuchado. Entre escuchar y ser hablado.

La pérdida del objeto (que lanza al aparato a buscar en la realidad la representación que colme el agujero abierto por la falta) se ve sustituida por el fantasma de la recuperación de tal objeto. Lo perdido pone en movimiento una demanda gobernada por un fantasma que es la que determina a un sujeto. El objeto faltante primero es causa del deseo. El deseo es causa de un sujeto.” (BRAUNSTEIN, 1983)

A lo largo de la teoría psicoanalítica, el concepto de sujeto ganó el lugar central de la discusión, al punto ser necesario un cierto esfuerzo para recordar que éste no siempre existió de manera formal en ese campo del saber. Freud no construyó tal concepto; es decir, cuando hacía referencia a este término frecuentemente lo asociaba a la noción común de autor de la acción o de participante activo.

En el “Proyecto de psicología” de Freud (FREUD, (1900-1901), se evidencia su esfuerzo para definir el aparato psíquico con el objetivo de comprender su existencia, su actividad y sus diferenciaciones internas. Se pueden constatar los intentos de explicar algo que sobrepase la noción de individuo centrado en la razón y que tocara la

construcción subjetiva, a partir del descentramiento – el dejar de considerar al sujeto cartesiano como fundamento y explicación constituyente de la realidad – traído por el descubrimiento del inconsciente. Freud parte de un modelo biológico, para buscar algo que dé cuenta de la parte no-biológica; de ahí la teoría de los sueños busca dar cuenta de los síntomas y demás productos del funcionamiento inconsciente de la mente.

Si Freud no se ocupó de la tarea de buscar una “epistemología propia” sobre esta cuestión, se puede suponer que se da, entre otros motivos, por su formación médica, que lo lleva a usar en sus textos términos como “sujeto”, “individuo” y “organismo” de manera como los definía la epistemología propia de la época: la tradición científica. El sujeto, aquí, aún era el del pensamiento cartesiano, marcado por la noción de unidad e indivisibilidad, teniendo la razón como centro de su funcionamiento y de su existencia.

“El “yo soy” en Descartes es la proposición que anuncia para el sujeto la certeza de sí mismo, una presencia de sí y que está exenta de cualquier contenido representativo. La certeza de sí es entendida al mismo tiempo como siendo la propia certeza del sujeto. Esa proposición en que el pensamiento está calificado como el pensamiento del sujeto, constituye también su ser. (...) La certeza del “pienso” va a implicar inmediatamente en el “yo existo”, siendo la realidad sustancial del ser pensante (...)” (BASTOS, 2006, p.47, traducción propia).

Una de las grandes contribuciones de Freud, sistematizadas como concepto, fue el circuito energético que apoya el trabajo del aparato psíquico, aspecto que introduce en el campo analítico la dimensión de la causa. Se trata de la pulsión:

“... un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (FREUD, (1914- 1916, pp.117)

Así, la pulsión es un concepto que está insertado en la metapsicología freudiana, compuesta por constructos – cuyas definiciones son dificultosas o controvertidas en algunos casos – que sólo se manifiestan y son observables a partir de sus fines, de sus efectos. De esta manera se define como un estímulo que desestabiliza la tendencia a la inercia presente en la vida psíquica, ejerciendo la función de un “vacío” que exige que un acto sea realizado para suprimir el desequilibrio tensional provocado por ella. Opera como

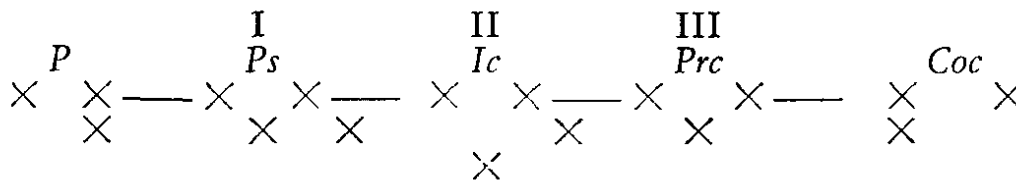
una fuerza incesante proveniente del interior del organismo, volviendo inútil la descarga del estímulo, como se hace posible en el arco reflejo. Ese “vacío” que se menciona está situado en el cuerpo erógeno, que trasciende a la mera anatomía y se establece como una fuente de la pulsión, produciendo circulación ininterrumpida en el aparato psíquico. (GARCIA-ROZA, 2001)

El circuito pulsional traza un movimiento pendular: del yo, su fuente primordial, se dirige hacia el objeto, orientado nuevamente al yo, y así de manera sucesiva, organizada para impedir el paso de cualquier cantidad de energía que surja acompañada de dolor y malestar. En la reorientación tendría justamente la función de evitar el displacer.

En el año siguiente, en su Carta 52, dirigida a Fliess (FREUD, 1886- 1899), Freud aclara lo que ya había esbozado en el texto “La Concepción de las Afasias” al respecto del mecanismo del aparato psíquico. Éste aparato psíquico funcionaría a partir de una sucesiva reorganización de vestigios de memoria en diferentes registros, de acuerdo con el tipo de neurona – lo marca, evidentemente, la indiscutible conexión inicial de las ideas freudianas con la biología –. Diferentes capas superpuestas contendrían rastros de memoria dejados como huellas o hendiduras en el aparato psíquico. Sería como si, para pasar de un elemento a otro, la excitación tendría que vencer una resistencia, abriendo un surco para hacerlo posible.

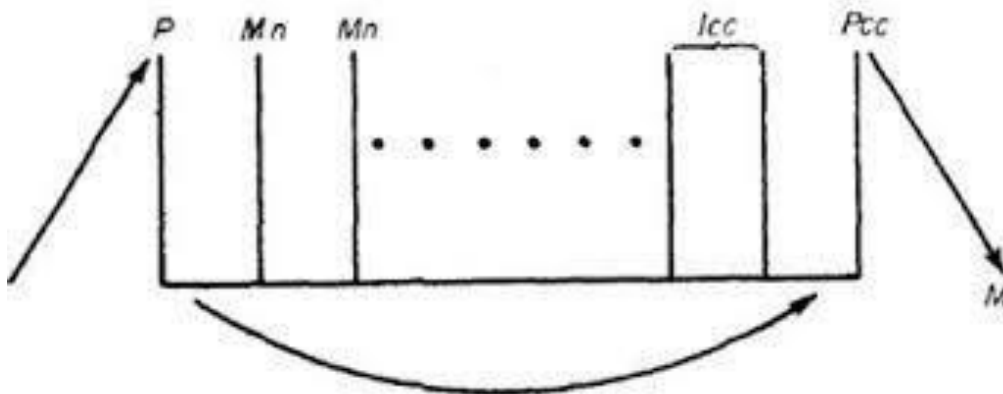
La primera de las capas del aparato psíquico, P (percepciones), estaría relacionada a la consciencia y no guardaría indicios de memoria, una vez que memoria y percepción se excluirían mutuamente. Sólo en Ps (signos de percepción) habría el primer registro de la percepción, en lo que respecta a la capa siguiente, Ic (inconsciencia), se encargaría de los registros de conceptos. La capa Prc (pre-consciencia) sería la tercera transcripción, de palabras. Y, finalmente, en Coc (consciencia), concepto y palabra pueden pasar a la consciencia, que surge en lugar de un trozo de memoria (FREUD, 1950 [1892- 99]). Como se ve, el órgano responsable de los estímulos sensoriales es la consciencia, encontrándose en polos opuestos del aparato psíquico, separados por los sistemas de la memoria. (Figura 1)

FIGURA I: Aparato psíquico (in FREUD, 1886-1899, pp. 275)



Este esquema fue reelaborado por Freud y presentado más conceptualmente en el Capítulo VII de “La Interpretación de los Sueños”: “El proceso psíquico transcurre, en general, desde el extremo de la percepción hacia el de la motilidad”. (FREUD, 1900-1901, pp. 531) (Figura 2)

FIGURA 2: Aparato psíquico. La regresión (FREUD, 1900-1901, pp. 532)



El entendimiento y concepción de un aparato psíquico que contiene un inconsciente y modifica sucesivamente sus registros, altera de manera determinante la noción del yo como lugar de la verdad que predominaba hasta el surgimiento de la teoría freudiana, cobijada por la prevalencia de la concepción del cogito cartesiano, racional e indivisible. El cogito freudiano, por otro lado, revela el yo como lugar de ocultamiento, marcando que sujeto y yo son términos que no se recuperan. La cuestión del sujeto pasa claramente por un cambio radical a partir de la lógica psicoanalítica y de la concepción de yo

(GARCIA-ROZA, 2001). A lo largo del desarrollo teórico de Freud, se rescatan informaciones de que el yo es una instancia que surge de la percepción y que tiene como rasgo esencial ser consciente, aunque también es inconsciente.

Aun así, la mayor parte de la vida psíquica que Freud plantea se muestra inconsciente, presentando el yo – que hasta entonces se tenía como la sede de la experiencia subjetiva – como siendo afectado de forma pasiva por esa “parte oscura” del aparato psíquico. Habría entonces, dos instancias: una, la percepción, en relación estrecha con el principio del placer/realidad; y otra, la pulsión, relacionada a una satisfacción que se sitúa más allá de ese modo de funcionamiento, no restringiéndose a él.

Es en 1914, en “Sobre el narcisismo”, que Freud (FREUD, 1914-1916) define de una manera más explícita al yo. Antes de su constitución en el ser humano, habría un momento inicial llamado “auto-erotismo”, que está marcado por el surgimiento de la pulsión a partir de una desviación del instinto. El movimiento pulsional, en ese momento, sería aún anárquico, siendo que no habría imagen unificada del cuerpo sobre la cual pudiese invertir de modo sistemático. El yo, en verdad, sería su constitución intrínsecamente ligada a la inversión libidinal de las pulsiones que coexisten en la fase auto-erótica y que entonces se unifican. Se tiene, en ese segundo momento, lo que Freud denomina “narcisismo primario”, que es un estado precoz en que el niño invierte en sí y que prepara el terreno para el “narcisismo secundario”, que sería cuando la pulsión ya es orientada hacia los objetos, pero regresa al yo. Se anula aquí la oposición entre pulsiones del yo y objetales, una vez que las dos llegan a ser vistas como de la misma naturaleza, diferenciadas sólo por el objeto de inversión en cada momento.

Se tiene la formación del ideal como respuesta al narcisismo infantil, ideal que establece exigencias más intensas al yo, surgiendo con ello la necesidad de remarcar cuando se percibe una diferencia entre el ideal y lo que el yo ofrece. La identificación con la fuente parental, modelo al que el individuo trata de conformar, converge con el narcisismo, resultando en lo que Freud denomina “ideal del yo”. Hay, por lo tanto, dos identificaciones: la primera, narcisista primaria, es pre-edípica, y la otra, narcisista secundaria, ya presupone la construcción de otro.

La construcción del yo, entonces se concluye, ocurre de manera paulatina, ligada a la consciencia y al inconsciente. Sería la parte del inconsciente que sufrió cambios por la proximidad e influencia del mundo externo, sirviendo como mediador lo que pone en confrontación el principio del placer y de realidad. Otra instancia, por su parte, se constituiría como instancia autónoma y agente crítico: el “súper yo”, con función de auto observación, consciencia moral e ideal del yo (GARCIA-ROZA, 2001).

El año de 1920 significa una transformación de rumbos en la elaboración psicoanalítica, a partir del momento en que Freud (FREUD, 1920-1922) postula la existencia de algo más allá del principio del placer – y, por extensión, del principio de la realidad – hasta entonces tenidos como la lógica del funcionamiento exclusiva del aparato psíquico. Si es posible recalcar los representantes pulsionales que generan el displacer, no es posible, por otra parte, silenciarlos de manera definitiva. La compulsión a la repetición es lo que escapa al principio del placer, buscando la satisfacción pulsional a toda costa, imponiéndola como exigencia. Sería tarea del analista superar la resistencia y hacer surgir, en intervalos y encima del cuadro inercial impuesto por los ideales, el inconsciente, recipientes donde las premisas del ideal no son más que letra muerta. Y es justamente allí, en esos recipientes, que florece el síntoma (CABAS, 2009).

La concepción dualista de pulsiones sexuales y del yo, suspendida a partir del momento en que el yo pasa a ser confrontado como un blanco de investidura sexual, se transfiere entonces a la oposición entre pulsión de vida y de muerte. La pulsión es conservadora por naturaleza y por eso se manifiesta como compulsión a la repetición, como descarga. El principio es la constancia y la inercia, a partir de la satisfacción completa, intangible, “repetición de una vivencia primaria de satisfacción” (FREUD, 1920-1922, p. 42).

En aquella época, Freud dejaba vislumbrar – por debajo de las resistencias – la noción de deseo: uno de los puntos trascendentales de su teoría. Es debido a la confrontación entre pulsión e ideal que el deseo trae un desorden entre el conjunto de representaciones de sí y el del mundo y la permeabilidad de esa identidad que la pulsión viene a traer. Una vez más, vemos transversalmente algo del sujeto cuando hablamos del carácter de fugacidad del deseo, su aparición repentina y siempre pasajera.

Es en la obra Lacaniana, sin embargo, que la concepción del sujeto es tomada de las entrelineas de la teoría psicoanalítica y pasa, paulatinamente, al estatuto de concepto. Lacán comienza a trabajar en el psicoanálisis en un momento en que la teoría freudiana sufría una apropiación por los postfreudianos, centrados en la comprensión del yo y en un funcionamiento clínico que buscaba su fortalecimiento. Esa posición se opone al descubrimiento primario de Freud, el inconsciente. Fue con el objetivo de enfrentarse a esa equivocación que Lacán formuló su teoría, dando nuevamente primacía al inconsciente y centrando la teoría freudiana en el sujeto (CABAS, 2009).

En Lacán, el yo es producido a partir de la imagen del otro, en lo que él nombraba “estadio del espejo” (LACAN, 1983). La experiencia de fragmentación del cuerpo por las pulsiones es superada por la cristalización de una imagen unificante, que pasa a tener peso de referencia, trayendo una vivencia de júbilo frente al reconocimiento de la propia imagen, que sucede al reconocimiento recibido por el otro. Hay ahí un recubrimiento imaginario de lo real, y a cada momento que la experiencia especular con el semejante se repite, el yo se consolida.

Se establece consecuentemente, una matriz simbólica donde el yo se precipita, que, en Freud (FREUD, 1914-1916), fue nombrada como yo ideal. Se trata de una ficción irreductible, una “armadura” que cristaliza el ideal, el primer momento del narcisismo. Más tarde, él será permeado por los semblantes sociales y sufrirá una limitación, constituyendo el ideal del yo, ya sometido a los efectos de la castración.

Lo que se ha planteado es una presentación preliminar necesaria sobre el estatuto del concepto de sujeto desde el psicoanálisis, pues ello no es explícito en el texto freudiano sino más bien un efecto imprescindible de su relectura a la luz de la práctica que funda. Si entendemos por subjetivación la “construcción del sujeto”, esto implica por lo menos dos cuestiones primordiales. Por un lado, una hipótesis sobre su constitución inaugural y, por otro, una teoría sobre su producción en la cura analítica. Ambas de acuerdo a la noción de inconsciente en el marco teórico de Freud, que no es la simple inconsciencia ni tampoco otro yo. Es decir, en tanto que se estructura como un efecto de la propiedad significativa del lenguaje, fundando una discontinuidad radical respecto de lo preconsciente y dejando un núcleo irreductible de falta de representación.

Estrictamente, solamente sería posible hablar de ese sujeto en el interior de la experiencia analítica, por cuanto estaría en el marco del dispositivo analítico bajo transferencia. Esto por cuanto su llegada está relacionada a su vez a la producción del inconsciente y a sus momentos de apertura y cierre del relato. Sería, entonces, un sujeto del inconsciente, o un sujeto del psicoanálisis, gracias al movimiento discursivo en libre asociación y a sus cortes y fracturas. Así, tal llegada es efímera y esporádica y, más que nada, no es posible sino en el acto de lectura del otro.

Además, es indispensable diferenciar al sujeto que hacemos referencia, de la persona o individuo común. El sujeto no es la presencia del simple ser que tenemos adelante, no es un sujeto de hecho, objetivable. Es más bien textual, que se sostiene en lo simbólico, no en la conducta observable. Es así que no tiene otra consistencia que la de los significantes a los que está sujetado.

Es de esta manera que la definición de sujeto para Lacán no se puede separar de la del significante y es más bien una definición psicoanalítica y no lingüística. Así, “un significante es lo que representa a un sujeto para otro significante” (LACAN, 1997). Es decir, estaría representado pero no completamente, ya que estaría dividido entre significantes y no tiene representación plena en el decir, pero al mismo tiempo, aún en el sinsentido, no habrá significante del relato que no implique al sujeto.

Como se dijo anteriormente, la revolución copernicana de Freud fue la del descentramiento del sujeto respecto del yo, esa “tierra extranjera interior” (FREUD, 1932-1936) que viene a denunciar la paradoja del “sí mismo” como una ilusión, un espejismo de unidad. Tampoco sería el yo gramatical como agente aparente del discurso y de la voluntad, ya que se trata de un sujeto que es efecto del decir. No es productor sino producido y no tiene intencionalidad, aunque de su posición el análisis aspira a que se haga responsable. Otra diferencia es que no puede pensarse a sí mismo, como el sujeto cartesiano. Este es un límite a la razón, que hace que la subjetivación en la cura no ocurra por la aceptación intelectual – o racional – de lo reprimido. El sujeto para Freud viene entonces a conmocionar la noción clásica de sujeto en su premisa básica de unidad, sea este el sujeto del conocimiento de la filosofía o del de la percepción de la psicología (LACAN, 1998). También podemos ver expresarse este descentramiento del sujeto respecto del yo dentro de la relación conflictiva y paradójica del deseo respecto de la demanda: lo

que se desea puede ser a la vez lo que no se quiere, o lo que más se teme, o lo más insoportable y doloroso.

Finalmente, y para dar paso a la reflexión en el siguiente capítulo, se debe reflexionar sobre el hecho de que, para que el “efecto sujeto” tenga lugar en la cura, se necesitan dos condiciones. En primer lugar, es necesario una marca (o algunas marcas) que vienen de su historia pero que solamente adquieren valor simbólico por la segunda condición, que es que el acto de su lectura viene del otro que a priori no sabe. Lo que se trabaja psíquicamente y promueve la producción subjetiva de nuevos sentidos de lo vivido incluye lo cultural y lo colectivo, pero a la vez lo singular que hace que el sujeto sea la excepción que impide la generalización. Un sujeto da cuenta de un aparato psíquico sobredeterminado por el deseo inconsciente. Pero este aparato psíquico se construye en la relación con un otro humano en el interior de una cultura. Es decir, hablar de subjetividad implica describir una estructura subjetiva como una organización del cuerpo pulsional que se encuentra con una determinada cultura. Esta subjetivación se produce por la resignificación, al no tratarse de un pasado puro que explica el presente, sino de un pasado que se construye desde el presente para abrirse al futuro, y que queda abierto en cuanto a la posibilidad de un único cierre, un único sentido o una única significación.

El análisis como un proceso que resignifica, va construyendo un sujeto que no existe antes del mismo, que no es estático, sino que deviene abierto a los cambios en los sentidos del ser, como existir, como apariencia sobre el fondo de la falta en ser como condición humana. Esto supone funcionar movilizándolo la relación al otro (como el ideal del yo, las identificaciones), el yo (donde el sujeto se ve) y los fantasmas inconscientes, que son claves en la vivencia de la realidad. En esos cambios de posición subjetiva radica la esencia de lo terapéutico de la experiencia analítica que busca que el sujeto no sea el mismo al final del proceso que el que entró inicialmente. Esto, mucho más allá de la simple remisión sintomática.

“Porque el sujeto no surge por un desarrollo natural preordenado y preinscrito sino por ocupar ya y siempre un lugar en el espacio simbólico. El individuo aparece como categoría biológica, como polo alternativo conceptual de la especie. Mientras que el sujeto,

atravesado por el significante, es una categoría psicoanalítica, su correlato es el Otro. Solo admitiendo la autonomía del orden simbólico se podrá alcanzar la clave de la constitución del sujeto.” (BRAUNSTEIN, 1983)

Capítulo III: Entonces, ¿podemos hablar de sujeto en el encierro?



“La verdadera psicología debe desembarazarse de ese psicologismo, si es verdad que, como toda ciencia del hombre, debe tener por finalidad desalienarlo”.

M. Foucault

Haciendo un recuento, entonces, para Freud sujeto no es un concepto construido explícitamente, sino algo que surge en las entrelíneas. El sujeto no existe por sí, mas puede surgir a partir del inconsciente (CABAS, 2009). En Lacán, la noción de sujeto sufre una serie de transformaciones en la medida en que la teoría avanza.

Habiendo hecho un recorrido por el proceso de formación del sujeto, podemos preguntarnos: ¿qué pasa si cualquier elemento que se tenga para distinguirse del resto, y que define a la persona dentro de la interacción con los demás, es retirado? ¿Si se pasa de tener un nombre a ser un número, o un diagnóstico? ¿O si la interacción con los otros dentro de ese encierro no se da horizontalmente, sino dentro de un régimen jerárquico de la verticalidad?

Las instituciones psiquiátricas se han constituido, históricamente, como espacios donde se niega al sujeto, se niega la singularidad, y donde cualquier intento por recuperarla se lo vive como violencia. El hospital psiquiátrico clásico sirve para que determinadas personas “enfermas” tengan un sitio específico donde recibir un tratamiento, el mismo que supuestamente les permitirá eventualmente volver a insertarse en la sociedad y retomar la interacción social, apuntando a que esto se dé en mejores condiciones que las que tenía antes del momento y causa de la internación.

El hospital psiquiátrico cumple con dos funciones que están bastante bien definidas. La primera función – que sería la tarea principal de tal institución sería el hecho mismo de dar tratamiento a los clientes, pacientes o usuarios que están ahí internados con diversos tipos de sufrimiento mental. La segunda función, por otro lado, es la del control social y segregación del paciente internado – en la mayoría de los casos con un diagnóstico de psicosis – y que haría con que los profesionales tomen el rol de agentes de control. (BLEGER, 1972)

“En las instituciones que atienden enfermos mentales estos problemas se hacen aún más agudos. Uno de los que se presentan es siempre (hasta ahora) el de una fuerte disociación entre los objetivos explícitos e implícitos de la institución: entre los primeros se halla, evidentemente, el propósito de curar enfermos mentales, pero en contradicción con ello el instituto psiquiátrico tiende a defender a la sociedad del alienado, segregándolo, y en este sentido la institución tiende en su organización total a consolidar la alienación y la segregación del enfermo mental.” (BLEGER, 1972)

Así, nos vemos obligados a interrogarnos acerca de esta doble función que se cumple en la institución psiquiátrica, que es, por un lado, la de agentes de salud y, por otro, la del control social. En el día a día del hospital, y en el intercambio con los pacientes, cada una de las acciones de los profesionales estará cargada con este doble objetivo. Podemos decir que casi todas las intervenciones de los profesionales están orientadas hacia la primera finalidad – terapéutica. Sin embargo, no podemos ignorar que, en ese intento por alcanzar una normalidad – casi siempre igualada a la salud – las acciones están permeadas con un tinte de control, corrección social y opresión de la subjetividad, que es donde se inclina hacia la segunda finalidad.

La fuente de la violencia institucional se encuentra principalmente en esta disociación que se tiene con respecto a los objetivos, divididos entre

implícitos y explícitos, y de los cuales sufren las consecuencias los pacientes (a pesar de que tendemos a pensar que lo más violento de las instituciones radica en el mismo encierro, en la privación sensorial y en el control de los pacientes allí internados).

Ronald Laing nos aproxima a entender el lugar en el que la psiquiatría se ubica con respecto a sus pacientes:

"...la psiquiatría es única en muchos aspectos. Es la única rama de la medicina que "trata" la conducta, por sí sola, en ausencia de síntomas o signos de enfermedades de tipo corriente. Es la única rama de la medicina que trata a las personas contra su voluntad, y de la mejor manera que le place, si lo considera necesario. Es la única rama de la medicina que encarcela a sus pacientes, si lo juzga necesario." (LAING, 1987).

Esto podría justificarse a través de cualquiera de las dos funciones de los profesionales dentro del hospital – terapéutica o correctiva –, solamente es cuestión de la perspectiva.

Pensemos en un sujeto en cuanto producto de la relación con otro. Un sujeto que puede ejercer su subjetividad, sus derechos, y apropiarse de sus espacios y de su deseo. Pensemos en el sujeto de derecho como cambio de paradigma, lo que se relaciona con el pensamiento foucaultiano. Ahora, pensemos a este sujeto en el marco de una internación psiquiátrica que crea alienación, cronicidad de la enfermedad; un espacio donde, si los derechos humanos existiesen, no serían aplicables a los pacientes, por cuanto estos no son considerados – ni tratados – como ciudadanos (o incluso como humanos). En esas condiciones del sujeto interno en un hospital psiquiátrico, se dan situaciones en las cuales se observan dos posiciones, la de dominado y dominador: el primero es destrutado e incluso desubjetivado por el segundo pero depende de dicha situación para recobrar la salud.

La organización jerárquica en la institución psiquiátrica invisibiliza a los súbditos, anula su discurso y niega su deseo. Para poder ser parte de la institución, es necesario dejarse llevar por los superiores, que también se dividen entre los más altos y los medios.

Los altos son los más transitorios en la institución, quienes ordenan y se ven movidos por la situación de los últimos más bajos de la jerarquía. Ya los medios, son quienes adiestran a los bajos sobre cómo comportarse con los altos, además de entrenarlos sobre todas las reglas de comportamiento y convivencia que hacen del cotidiano completamente previsible. (GOFFMAN, 2004) Estos lugares en la jerarquía son los que hacen a la institución psiquiátrica funcionar.

Como comenta Slepoy en su texto “Institución y psicoanálisis, ¿la posibilidad de otro pensamiento?”:

“Tiempo después (de la Edad Media), Pinel sería el encargado, Revolución Francesa mediante, de liberar a la locura de sus cadenas. Un paso adelante en la humanización que, sin embargo, no modificó el encierro en el Hospicio y tampoco en las jerarquías imperantes en su interior. Se instaló un tratamiento moral que, legislando la vida de los pacientes, tendió a situar en posición de sujetos a quienes estaban a cargo de la institución, mientras los pacientes, receptores pasivos, quedaban en posición de objetos.” (SLEPOY, 2004)

Así, a una persona con sufrimiento mental que es internada en una institución de este tipo, se le restituye su naturaleza “organizada”, de manera paradójica, enajenándolo en un hospital psiquiátrico, quitándole la posibilidad de ejercer sus derechos de ciudadanía y, en muchos de los casos, inclusive sus derechos humanos, como ya se mencionó antes.

“El manicomio tiene su razón de ser en el hecho de que vuelve racional lo irracional. Cuando uno es loco y entra en un manicomio deja de ser loco para transformarse en enfermo. Se vuelve racional por ser enfermo. El problema consiste en cómo desatar ese nudo, cómo ir más allá de la “locura institucional” y reconocer la locura en donde tiene su origen, es decir, en la vida.” (BASAGLIA, 2008)

Así, la locura gana un espacio que le otorga un significado, que anula a la persona que sufre, y la transforma en un diagnóstico. Todo lo que antes podía ser inadecuado se encasilla en nuevas categorías que son aceptadas y que determinan su destino, el mismo

que será condicionado por su buen o mal comportamiento. Lo más importante es no destacarse, es entrar en la lógica institucional y sus reglas, es decir, dejar de ser sujeto.

El espacio de las instituciones psiquiátricas se caracteriza por que todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, y bajo la misma autoridad, además de que cada momento del cotidiano de los pacientes se lleva a cabo en compañía de un gran número de otros, con el mismo trato y para hacer juntos las mismas cosas. Así mismo, todas las actividades de la vida diaria están estrictamente programadas, en una secuencia que se impone desde arriba por normas explícitas y por un cuerpo de funcionarios, y estas actividades son obligatorias y se integran en un solo plan racional, para los objetivos de la institución. Todas estas características engloban lo que Goffman (2009) llamará de “institución total”, donde existe una ruptura de las barreras que separan los ámbitos de dormir, jugar, trabajar y de recibir atención en salud.

Las instituciones totales tienen características que están programadas para apagar cualquier signo de subjetividad, de distinción entre las personas, y obliga a aquellos subyugados a sus reglas a ser parte de un grupo homogéneo, masificado, de personas con las mismas necesidades, sin ningún deseo. De esta manera, se sostiene en la ausencia de la singularidad. El hecho de que no se reconozca al otro como diferente, de que no exista la mirada del otro que confirme la existencia propia, y de ese otro que invierta en tal existencia, resulta en que el sujeto, de haberse constituido, desaparezca junto con cualquier expresión subjetiva que otrora pudiese haber existido.

Y ¿quiénes son estos pacientes? ¿Estos usuarios? Goffman usa la categoría “paciente mental” con un sentido estrictamente sociológico, por lo que, según esta perspectiva, la concepción psiquiátrica de una persona “sólo cobra significación en cuanto altera su destino social; y en nuestra sociedad esta alteración parece hacerse significativa sólo cuando la persona es sometida al proceso de hospitalización”. Y continúa el desarrollo en el pie de página: “La experiencia clínica confirma la impresión de que mucha gente define la enfermedad mental como “la condición por la que una persona recibe tratamiento en un hospital psiquiátrico...”. Al parecer, la enfermedad mental es la condición que aflige a las personas que deben internarse en un hospital

psiquiátrico; sin embargo, hasta que se internan todo lo que hacen es normal”.”
(GOFFMAN, 2009)

Así, las instituciones psiquiátricas se constituyen en el escenario perfecto para el sometimiento de los más vulnerables – los mismos que se establecen como objetos – y las denuncias de maltrato son comunes, aunque poco escuchadas. En estas circunstancias, y mientras se mantenga en el centro al hospital psiquiátrico, no hay cabida para un abordaje diferente, donde se ponga en el centro al sujeto, las necesidades singulares de los pacientes, ni que se piense en tener como objetivo el alcance de una autonomía posible.

Sin embargo, en varios países del mundo, y ya en América Latina, con los diferentes movimientos de reforma psiquiátrica en algunos países, y con el empoderamiento de los usuarios y familiares en la lucha por recuperar sus derechos, es que se ha podido visibilizar esta problemática y se ha comenzado a pensar en cómo mejorar esta situación. Se ha visibilizado la importancia de diversificar las prácticas médicas, psicológicas y sociales, así como la necesidad de la articulación de todas ellas, para obtener mejores resultados y respuestas en el ámbito bio-psico-social. La tendencia es ir hacia lo comunitario, fortalecimiento de la atención primaria de la salud, volcado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con estrategias de accesibilidad y continuidad de la atención y un foco en el auto-cuidado como mecanismo de respeto a los derechos y empoderamiento del propio proceso terapéutico.

Capítulo IV: La situación de la locura – y la salud mental – en el Ecuador



Lamentablemente, el Ecuador no ha tenido una suerte diferente, y a pesar de haber tenido momentos de entusiasmo y lucidez frente a la posibilidad de una reforma psiquiátrica, no se ha podido llevar a cabo, tanto por la falta de continuidad de las acciones, como por la falta de empoderamiento de los diferentes actores y de haber dejado centrada la discusión en torno a los profesionales de psiquiatría, lo cual se traduce en no haber podido colocar a la salud mental como prioritaria en la agenda del país.

El Ecuador tiene siglos de historia indígena, que fue enterrada por la llegada de los españoles. Con la conquista española, con la llegada e imposición de la fuerza y la religión católica, llega asimismo una nueva imagen de la locura, donde se encuentra una mezcla de superstición y fanatismo religioso. Esta visión hace de los enfermos mentales seres perversos, resultados de la hechicería, la posesión demoníaca y el maleficio y que, por lo tanto, deben ser aislado, exorcizados, torturados o sancionados por los Tribunales de la Santa Inquisición.

El primer hospital fue el de “La Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo” en Quito, fundado en 1565, donde iban a parar los enfermos mentales, no eran lugares para la práctica médica, sino, más bien, eran instituciones de asistencia a pobres,

desvalidos, dementes y forasteros, que a lo que iban generalmente, era a esperar la muerte. (CRUZ CUESTA, 2003)

Durante la etapa colonial, quizás los hechos más significativos en la atención a los enfermos mentales radican en la apertura en el año de 1785 del “Hospicio de Jesús María y José”, y en 1786 el “Hospital San Lázaro” de Quito, destinado para albergar a los leprosos, mendigos, prostitutas y enfermos mentales, todos ellos abandonados a su suerte como simples despojos humanos. (LANDAZURI, 2008)

Ya en la época de la República, en el siglo XIX, aparecen, en el Ecuador, las primeras expresiones en torno a los nuevos conceptos de la Psiquiatría que tienen en Europa un auge particular, además de que se cuestionan las condiciones de descuido de ciertos hospitales, entre ellos, el San Lázaro. Un informe de la comisión sobre el Hospicio de Pobres y el Hospicio de San Lázaro, datado del 19 de febrero, 1864, expone la situación poblacional y anota que existen 147 asilados pobres (incluidos 11 locos) y 104 en el Lazareto. (AGUILAR, 2013)

Cabe mencionarse algunos datos de interés: En 1868, el Dr. A. Cueva Vallejo, en su refutación a un médico colombiano, profundizó los conocimientos psiquiátricos de la época e hizo una síntesis de la alienación mental, estableciendo grupos en los que consta la manía, la demencia, los raptus impulsivos y todas las excitaciones internas con intervalos de lucidez. En París, en 1883, el médico ecuatoriano Julián Coronel, escribió su tesis doctoral sobre la Hemiplejía Histérica. En la misma ciudad, en el año de 1888, se presenta por parte de otro ecuatoriano, el doctor Víctor M. Rendón, la tesis “Fiebres del Surmenage”. En 1892, el doctor José María Troya publicó “Un caso notable de Histeria sin ataque”, inspirado en la corriente francesa de Salpêtrière. A don José Vélez se debe el que Guayaquil tuviera su manicomio, y el 2 de febrero de 1886, don José María Urbina Jado lo inauguró solemnemente. Fue en este manicomio en donde se inició el uso de la “camisa de fuerza” para sujetar a los pacientes agitados en lugar del látigo, ya que se consideraba bárbaro e ineficaz. En Cuenca, en 1886, se funda “La Temperancia”, bajo la gestión de don Mariano Estrella. En principio, fue asilo para ebrios y leprosos; sin embargo, enfermos mentales también encontraron allí un lugar, si no para curarse, al menos para estar.

El inicio del siglo XX constituye para el Ecuador la etapa de transformación de su economía. La revolución liberal constituye la puerta de entrada al escenario histórico nacional de los plantadores, comerciantes, banqueros e industriales, que a su vez determinarán nuevas formas de existencia social a las grandes mayorías desposeídas. Con el advenimiento del nuevo orden político se empieza a tener algún nivel de preocupación por la salud mental que, aunque persistiendo con carácter de dominante los criterios mágico religiosos en torno a la enfermedad mental, aparece entre los médicos, el interés por la Psiquiatría. Las nuevas condiciones ideológicas estimulan el estudio de los grandes tratadistas europeos, vislumbrándose la posibilidad de establecer un nexo entre la vieja psiquiatría demonológica y la nueva concepción positivista; en la práctica se integran los datos científicos nuevos con el cuadro vago y ambiguo de la experiencia secular.

El impulso del liberalismo a la educación universitaria tendrá sus manifestaciones en el campo de la Psiquiatría. Efectivamente, En 1917 el doctor Honorato Loyola funda la cátedra en la Escuela de Medicina de Cuenca. En 1918 comienza la enseñanza de esta disciplina en la Facultad de Medicina de Quito, siendo fundador de la cátedra el Dr. Carlos Arteta García, médico al mismo tiempo del Hospicio de Quito. En 1934, por gestión de los doctores Carbo Noboa, Ramón Boloña y Felipe Barboto, se oficializa la enseñanza de esta disciplina en la Universidad de Guayaquil. Desde sus inicios la enseñanza de la Psiquiatría se orientó al estudio de los grandes síndromes psiquiátricos en estados avanzados de evolución. El trabajo práctico, esporádico y de carácter demostrativo, se realiza en los grandes centros frenocomiales, donde antiguos enfermos yacen en condiciones infrahumanas, lejos de motivar al estudiante, provocan su rechazo. (AGUILAR, 2013)

En lo asistencial, hasta bien entrado el nuevo siglo, persisten las características de épocas anteriores: nada cambia en el Manicomio de Quito y más bien se reproducen las mismas condiciones en el flamante Hospital “Lorenzo Ponce” inaugurado en 1909 en la ciudad de Guayaquil. Se aísla al enfermo mental, no precisamente para protegerlo sino más bien para proteger a la sociedad de los desvaríos del loco.

Con la intención de prevenir el problema de las toxicomanías en el año 1916, el Congreso de la República expide la “Ley del Opio”, reformada en 1924, en la que se impone al Ministerio de Educación Pública la obligación de dictar en todos los

establecimientos de educación estatal, dando a conocer “el horror del vicio de las toxicomanías”. Con el criterio moralista imperante, se intenta iniciar un programa preventivo basado en el miedo, como método disuasivo. (CRUZ CUESTA, 2003)

Entre la tercera y cuarta década del siglo, varios profesionales se formarán en la especialidad de la Psiquiatría, tanto en Europa como en Estados Unidos, los que constituirán luego un grupo muy destacado y laborioso, que sentó las bases para el desarrollo actual de esta especialización en el país. De este valioso grupo, se destaca con absoluta nitidez, la figura cimera de Julio Endara Moreano, síntesis de un momento histórico, autoridad indiscutible, investigador de profundidad, hombre de amplia cultura, cuyo influjo rebasa los linderos del Ecuador para proyectarse por América Latina.

La necesidad de transformar los sistemas asistenciales de los viejos manicomios tendrá en Fernando Casares de la Torre a su mejor exponente al constituirse en firme impulsor de la construcción de un nuevo hospital, en que se apliquen los nuevos criterios de la medicina y psiquiatría del momento. Los esfuerzos de Casares de la Torre se verán gratificados con la apertura del Hospital Psiquiátrico de Conocoto en julio de 1953, hospital que años más tarde pasará a llamarse “Julio Endara”, en el que la mayoría de psiquiatras de la ciudad centraron sus esperanzas, creían que el cambio del sistema asistencial se podía dar con un nuevo edificio que reemplace al viejo manicomio “San Lázaro”. Sin embargo, este nuevo hospital se funda con una población de enfermos crónicos trasladados del manicomio “San Lázaro”, por lo que se perpetúan las prácticas de encierro, cronificación e institucionalización.

Los nuevos tipos de terapias también fueron ganando lugar, y desde 1940 se inicia la terapia convulsivante (con Cardiazol) en el Manicomio de Quito, y un año más tarde se inicia las prácticas de shock insulínico. Ya en 1944 se inician las primeras aplicaciones del electroshock. (CRUZ CUESTA, 2003)

En el período de los años 50 en adelante, la psiquiatría nacional tendrá dos modificaciones importantes. Por un lado, la producción industrial de los psicofármacos cambiará radicalmente los procedimientos terapéuticos. Por otra parte, a la patología psiquiátrica, constituida anteriormente por los cuadros debidos a privaciones socio-biológicas y a trastornos mentales avanzados, se irá incorporando en proporción cada vez mayor toda la problemática de la población sujeta a conflictos o tensión psicosocial.

En 1967 se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP), para ese entonces, la atención psiquiátrica seguía centrada en los viejos hospitales de corte manicomial, en donde los pacientes compartían el espacio con mendigos y vagabundos. En forma coincidencial con la creación del Ministerio de Salud, dos comunidades religiosas se interesan por la atención de los enfermos mentales, fundándose a cargo de dichas comunidades, tres centros privados de atención psiquiátrica. En la ciudad de Cuenca, un grupo de personas de diferentes profesiones, liderados por Humberto Ugalde, crean en 1967 el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos (CRA) que, con el pasar de los años, se constituirá en el más importante servicio de atención especializada para consumo problemático de alcohol y paulatinamente irá ampliando la atención a todo tipo de trastornos mentales.

A partir de los años 70, bajo el influjo del pensamiento de la antipsiquiatría europea, las instituciones psiquiátricas tradicionales son seriamente cuestionadas, y es que su ineficacia, incluso como asilos, es por demás obvia, la modernización debe llegar también a ellas. Las nuevas tendencias se ponen de manifiesto en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, en el Centro de Reposo “San Juan de Dios” y en la “Clínica Guadalupe”, instituciones todas ellas regentadas por religiosos y religiosas. El hospital “Julio Endara” de Conocoto se estremece en su interior, no puede continuar como una “institución total”, como depositario de cien vidas aisladas del mundo. Se abren sus puertas, se van al suelo sus fortificados muros, se terminan sus celdas, se mejoran sus ambientes, el trabajo técnico trata de ser coherente con su postura ideológica distinta. La actividad hospitalaria debe tener su complemento con una acción comunitaria, que procure tanto el seguimiento como la promoción y prevención de los trastornos mentales. Esta es la propuesta que impulsada por Francisco Cornejo Gaete y Eduardo Estrella Aguirre, permite la creación, en 1976, de la Unidad de Psiquiatría Social de Luluncoto. Años más tarde (1983) en ese mismo Hospital se creará la Unidad de Farmacodependencia y Alcoholismo. (AGUILAR, 2013)

En el Ministerio de Salud Pública, desde sus inicios se diseñaron acciones de salud mental cuyo cumplimiento a momentos fue exitoso y en otros, muy limitado. En 1980 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental, siendo su primer director el Dr. Saúl Pacurucu. Una de las primeras acciones de esta Dirección fue el elaborar y poner en vigencia “Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental”, en el que constan una

serie de programas específicos cuyo cumplimiento se vio limitado por la inconstancia de las acciones, lo que además se veía afectado por una carencia crónica de recursos.

Al finalizar el siglo XX, el Ecuador registra una serie de problemas de todo tipo: una crisis económica sin precedentes, un impresionante repunte de la corrupción, un desempleo de difícil manejo, un crecimiento galopante de la pobreza y la miseria, una tendencia migratoria muy alta, un desconcierto ante el futuro y una falta de credibilidad en la mayoría de instituciones y de autoridades. Estos hechos, sin duda, inciden sobre la salud mental de los ecuatorianos.

Para enfrentar estos y otros problemas, luego de un trabajo participativo, el Ministerio de Salud Pública puso en vigencia en octubre de 1999, el Plan Nacional de Salud Mental, cuyos principios rectores recogen las propuestas, aspiraciones y experiencias de quienes desde diversos sectores trabajan buscando modificar las condiciones adversas que atentan contra la salud mental de los ecuatorianos. El Plan señala las acciones posibles frente a problemas concretos de los niños, adolescentes, adultos, ancianos, mujeres, grupos étnicos, migrantes, etc. El desarrollo de los servicios con un nuevo estilo de gestión, la formación de los recursos humanos, la investigación y la legislación son otras de las líneas de acción del Plan. Lamentablemente, no se sostiene la iniciativa y no se implementa el Plan, por lo que es imposible medir los resultados del mismo.

Llegamos al ámbito actual. El marco legal y normativo en el Ecuador es alentador, por cuanto la misma Constitución de la República (2010) se enfoca en la garantía de los derechos humanos para todos los habitantes en el territorio ecuatoriano. Además, el Estado se organiza a partir del Plan Nacional del Buen Vivir, el mismo que incluye, aunque implícitamente, a la salud mental y menciona la importancia de mantener la salud en todos los ámbitos del ser humano, en armonía con la naturaleza. Así mismo, existe la Ley Orgánica de Discapacidades, que protege a todas las personas que tienen algún tipo de discapacidad – incluyendo la discapacidad mental – y obliga al Estado a actuar en pro de su atención integral, inserción familiar, comunitaria, laboral, educativa, etc. El Ministerio de Salud Pública, además, tiene un Modelo de Atención Integral en Salud, con enfoque Familiar, Cultural e Intergeneracional, que intenta incluir a la salud mental como

una estrategia para alcanzar el Buen Vivir, sin embargo no desarrolla el componente de una manera que se lo pueda visibilizar claramente.⁵ (MSP, 2013)

Así mismo, el MSP trabajó por cerca de tres años en la elaboración de la primera política nacional de salud mental para el país, con un esfuerzo por que sea el resultado de una construcción participativa de todos los actores de la salud mental en el país. Este documento tuvo una variación, solamente de forma y no de fondo, por cuanto no se pudo lanzar como política y sí como Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. Su lanzamiento fue el 30 de julio, 2014. Su objetivo primordial es la reorientación de los servicios hacia la atención primaria en salud y la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, poniendo énfasis en la necesidad de impulsar la formación de profesionales y la investigación en el país para la toma de decisiones basada en evidencia. Este ha sido el primer paso, de donde se deben desprender diferentes normativas, como una ley de salud mental, que también sería la primera en el país. El dejar de ser una política para ser un Plan Estratégico Nacional se debe a que el Ministerio de Salud ha decidido marcar una sola política de salud, en donde se incluyen componentes de salud mental, por lo que no caben las políticas por temas específicos. Además, otra diferencia es el tiempo de vigencia: mientras la política tenía 10 años de vigencia, con una revisión a la mitad de ese período, el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental tiene una vigencia hasta el 2017.

En términos generales, la falta de normativa legal, así como de herramientas técnicas (guías, protocolos) tiene como consecuencia el trabajo poco articulado de las acciones de salud mental a nivel del país. A pesar de que en diferentes momentos ha habido la intención de implementar un modelo comunitario, de derrumbar los muros de las instituciones y de poner al sujeto como centro del tratamiento, no ha pasado de un mero discurso o, en algunos casos, de acciones aisladas que, por ser únicas o no articuladas, no se pueden sostener o tienen un impacto limitado e insuficiente como para generar un cambio o lograr los resultados esperados.

⁵ Es el conjunto estrategias, normas, procedimiento, herramientas, y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. Por tanto el MAIS –FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida. (MSP, 2013)

Es en este contexto que se mantiene el modelo asilar hospitalario en el país. Existen cuatro hospitales psiquiátricos a nivel nacional, de los cuales 2 están en la capital y 2 en las ciudades más grandes del país (Guayaquil y Cuenca). El más antiguo – Hospicio San Lázaro – ha atravesado por un proceso de desinstitucionalización, logrando convertirse en un centro ambulatorio especializado en salud mental, sin ofrecer más internaciones. Esta desinstitucionalización ha sido un proceso de alguna manera forzado, ya que no fue motivado primordialmente por el reconocimiento de la necesidad de tener menos camas negras, menos pacientes cronicados, menos régimen asilar, menos instituciones totales, más trabajo comunitario y más atención en libertad. La desinstitucionalización – que de alguna forma fue un desalojo – fue motivada por la necesidad de entregar el inmueble al Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, ya que el mismo había sido vendido hace algunos años por el alcalde de turno y se había agotado el tiempo de entrega, y la consecuente necesidad de evacuar a los pacientes para que los ahora dueños puedan hacer una reforma de las instalaciones y poder usarlas para otros fines. Esto se vio como una oportunidad para aprovechar la coyuntura y poder trabajar de manera ambulatoria con personas que tienen trastornos mentales graves y persistentes. Aunque es, sin duda, un primer paso, aún se mantienen algunas prácticas manicomiales en régimen ambulatorio, pero se pretende fortalecer el servicio para que adopte prácticas comunitarias y menos centradas en la medicación y el médico psiquiatra. Sin embargo, aún continúa siendo de referencia nacional, lo que dificulta la implementación de prácticas comunitarias y territorializadas.

El otro hospital psiquiátrico estatal, que ofrece internamiento y que también es de referencia nacional – Hospital Julio Endara –, cuenta con alrededor de 240 camas, de las cuales 29 son destinadas a casos agudos. Sin embargo, de estas, 25 están ocupadas por pacientes que han llegado por orden judicial, y que, en su mayoría, su internación no está basada en criterios médicos. Además, el resto de camas está destinada a la internación de personas que, en promedio, han estado en el hospital por 30 años, las llamadas camas negras. Algunas de las personas son de la población que fundó el hospital hace 61 años y que fue trasladada desde el Hospital San Lázaro. Se mantiene como un lugar de depósito para las personas que viven ahí, ya que no tienen alternativas de reinserción familiar ni comunitaria. Sin embargo, el Hospital se encuentra embarcado en el proceso de cambio de

modelo, y tiene como meta “ni un crónico más”. Como en cualquier institución asilar, el nivel de abandono y de cronificación de las personas se atestigua en su propio cuerpo, al presentar ahora enfermedades crónicas que no están relacionadas con su condición psiquiátrica, si algún día la tuvieron.

En Guayaquil se encuentra el hospital psiquiátrico de mayor capacidad del país – el Instituto de Neurociencias, antiguamente llamado Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce – y depende de un organismo privado sin fines de lucro, asociado con la lotería, el mismo que tiene un convenio permanente con el Ministerio de Salud Pública para compra de servicios de internación.

Actualmente está trabajando en el cambio de su modelo a uno comunitario y está implementando algunas experiencias comunitarias que, aunque perfectibles, están teniendo algunos resultados positivos. Sin embargo, al ser un servicio de alta complejidad (de tercer nivel, según la tipología actual), aunque busque tener prácticas comunitarias, debe buscar la forma de sostener las atenciones a nivel comunitario y territorial, lo cual es prácticamente imposible mientras sea de referencia nacional. Así mismo, si bien tiene acciones comunitarias y de reinserción, es un número muy reducido de usuarios que son beneficiados por las mismas, y existe un grupo de usuarios – que constituyen la población de las llamadas camas negras – a las que se ha invisibilizado doblemente siendo que los consideran “irrecuperables”, y entonces no hay ninguna acción o inversión destinada a mejorar su calidad de vida.

El otro hospital psiquiátrico, que se encuentra en la ciudad de Cuenca – el CRA –, aún mantiene prácticas manicomiales, a pesar de un discurso humanitario y comunitario. Es de referencia nacional y también mantiene convenio con el Ministerio de Salud Pública. Tiene prácticas basadas en la corrección moral y con inspiración de caridad, lo cual hace que su base técnica sea prácticamente nula.

El número de camas en los hospitales psiquiátricos se mantiene estable y solamente desde el año 2013, por el cierre del hospital San Lázaro, se ha tenido una reducción de este número. Sin embargo, no es solamente en estos establecimientos donde se puede acceder a una internación. La tendencia a internar aquello que es diferente y que, por lo tanto, incomoda, es una práctica cultural predominante. Así, hay una proliferación de centros de psiquiatría y de atención para personas con consumo problemático de alcohol y

otras drogas en el sector privado, que ofrecen supuestos tratamientos para diferentes manifestaciones del comportamiento humano como si fuesen patologías. Es así que en estos centros se mantienen prácticas que vulneran derechos humanos al estar basadas en la violencia y el maltrato para “corregir” trastornos mentales, incluidos los asociados al consumo de alcohol y otras drogas, y también la homosexualidad, la infidelidad, la adolescencia, y en general todo aquello que puede incomodar a la sociedad.

De esta manera, se ve cómo, a pesar del aparente número reducido de camas hospitalarias para salud mental, la tendencia a internar es algo arraigado en la sociedad ecuatoriana. A pesar de los esfuerzos de control por parte del Ministerio de Salud Pública, se necesitan acciones que puedan cambiar el imaginario social, si no, solamente se ataca al síntoma, teniendo un costo altísimo para las personas afectadas por estas prácticas.

El énfasis en las prácticas hospitalarias versus las comunitarias se ve reflejado en el presupuesto destinado a las acciones de salud mental. El presupuesto total del Estado, destinado para salud en el año 2012, fue de 1.881.061.107 millones de dólares. De esto, 8.308.210 se asignó para las acciones de salud mental (que representa el 0,44% del total del MSP), de lo cual el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos (MSP, 2013).

Existe una carencia de especialistas en general, por lo que los psiquiatras a nivel del país son escasos. Los psicólogos, por otro lado, existen en mayor proporción y se está buscando tenerlos en los tres niveles de atención. Tampoco hay muchos terapeutas ocupacionales o trabajadoras sociales, y éstos no tienen capacitación ni experiencia en salud mental.

En este contexto, se hace imperante la necesidad de un cambio de paradigma que restaure no solamente el espacio para el devenir de la subjetividad, sino que cree un espacio que permita el ejercicio saludable de sus derechos. Es el cambio de paradigma jurídico y clínico que permite el pasaje de tratar a alguien como objeto, a tratar a alguien como sujeto en su integridad. El lugar del loco no existe, sino en cuanto se reprima su locura.

Al colocar la enfermedad entre paréntesis, para ocuparnos de las personas que efectivamente sufren y ponerlas en un primer plano, desvelamos sujetos reales, con una rica biografía, con proyecto de vida, con deseos y celos y con experiencias concretas de exclusión, de abandono, de anonimato. Se necesita atención integral que pueda colocar al sujeto como centro del sistema, donde se ofrezca esa mirada que lo haga existir, y no

solamente medicación que lo haga desaparecer. Se debe emprender el camino hacia comprender que no existe una sola y única respuesta para las necesidades de salud mental, sino que se necesita migrar desde la individualidad de los profesionales psi hacia el trabajo en equipo multidisciplinar, que incluye además personal no especializado en salud mental, pero que si tenga entrenamiento y esté sensibilizado sobre el tema, así como saber que es necesario armar una red que responda por las necesidades bio-psico-sociales de las personas, donde el eje es la persona, y no la enfermedad. No se puede negar la enfermedad, es necesario reconocerla para poder atenderla. Sin embargo, es el foco el que se debe cambiar, para poder integrar los otros componentes saludables que el sujeto trae, que hasta ahora no se ha podido reconocer por cuanto la vida de las personas que tienen algún tipo de sufrimiento mental gira alrededor de ese sufrimiento. La salud está en diversificar tanto las prácticas sanitarias como sociales, donde el individuo pueda expresarse según su singularidad, escoger su tratamiento, y emprender el camino hacia su autonomía posible.

Es evidente que el modelo de asistencia psiquiátrica en el Ecuador – constituido a lo largo de alrededor de quinientos años – en términos generales no ofrece atención integral e integrada, y es casi inexistente la posibilidad de inclusión. Más bien, y a pesar de los esfuerzos aislados, es un modelo que produce el confinamiento y violencia mayor contra los usuarios, asistencialismo en su estado más puro, y no brinda las condiciones para la expresión de la subjetividad de las personas, ni la posibilidad de caminar hacia su autonomía posible. Los millares y millares de personas que han padecido en estos espacios de reclusión y de privación de la libertad, han tenido – históricamente – dos destinos principales: la muerte por desnutrición, enfermedades infecto- contagiosas, traumatismos provocados por actos de violencia física, o la muerte espiritual y subjetiva.

Es en este sentido que es necesario empezar a desconstruir – en el sentido de desarticular la lógica institucional – los manicomios, que eran y son pomposamente nombrados como hospitales y clínicas psiquiátricas. Y, como consecuencia, se deberá empezar a construir otros espacios para el cuidado real de estas personas, donde puedan estar más cerca de su casa, evitando la cronificación, la pérdida de vínculos sociales y familiares, laborales y educativos. Se deben hacer disponibles dispositivos donde se dé espacio para la expresión del deseo de las personas, y se lo tome en cuenta, valorando el progreso de los usuarios y donde puedan ser protagonistas de su encuentro con el otro, con

sí mismos, y que contribuyan para producir nuevas subjetividades, donde se constituyan como sujetos de derecho, de deseo.

**Capítulo V: Cambio de modelo de atención en salud mental en Ecuador:
Una propuesta**



(La desinstitucionalización) “Requiere para una puesta en práctica seria, de recursos adicionales a la tradicional institución psiquiátrica (hostales, casas de medio camino, atención domiciliaria, equipos de rehabilitación), los que deben tomar como objeto el mantenimiento de los programas de tratamiento y la asistencia de la discapacidad que produce la enfermedad mental.”

Aníbal Goldchluk – en Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. 1999, Vol. X (pág. 17 y 18)

Partimos, entonces, de un momento en que el Ecuador organiza sus servicios de salud mental alrededor de instituciones monovalentes, donde habitan personas que, en promedio, han tenido una internación de 40 años. Recalcamos: en promedio. Los servicios de salud mental en la actualidad son poco accesibles debido a las barreras de diversa índole

que existen, principalmente las socioculturales (estigma). No se cuenta con los suficientes profesionales en el primer nivel de atención que puedan contener/atender los problemas más frecuentes, y que a su vez puedan referir a los usuarios al nivel inmediato de complejidad los casos que requieran atención de especialistas, que también son escasos; e incluso el personal en general (no especializado) no posee conocimientos para poder identificar y contener problemas de salud mental, previo a su derivación y/o referencia al servicio especializado.

Además, se debe tomar en cuenta que los pocos servicios que existen en el incipiente Sistema Nacional de Salud están enfocados en la enfermedad y orientados por los modelos: Curativo y Biológico Clínico, que enfatizan la atención psiquiátrica. Esta situación de la atención en salud mental provoca que la población, al no contar con la cantidad suficiente de servicios y profesionales de salud mental en el primer nivel, que es la puerta de entrada al sistema, se “autorefieran”⁶ a hospitales generales y psiquiátricos y/o clínicas especializadas (psiquiátricas, de atención a usos y consumo de drogas, de personas con discapacidad mental), lo que no garantiza la continuidad de la atención, ya que es más difícil obtener citas en estos servicios – o se ofrecen con mucho tiempo de espera –. O como en el caso de las personas con trastornos mentales graves, los hospitales psiquiátricos se vuelvan “depósitos” de estos usuarios porque en la mayoría de casos sus familiares ya no pueden, no quieren o no saben cómo atenderlos.

Por otro lado, el discurso del Gobierno está centrado en el trabajo encaminado para alcanzar el “Buen Vivir”, que es un concepto de los pueblos indígenas, difícil de entender para los occidentalizados, pero que trae para el país la esperanza de apuntar hacia el poder gozar de mejores condiciones de vida, tomando en cuenta todas sus expresiones.⁷ Se cuenta

⁶ Término que describe cuando la persona decide acudir al servicio de segundo o tercer nivel (hospital general, de especialidad/es), sin haber sido referido por una unidad que pertenezca al primer nivel (centro de salud). Modelo de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011

⁷ Buen Vivir: “la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y de muerte digna, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y de todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, las oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas, y cada uno – visto como un ser humano universal y particular a la vez – valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro). Nuestro concepto del Buen Vivir nos obliga a reconstruir lo público para reconocernos, comprendernos y valorarnos unos a otros – entre diversos pero iguales – a fin de que prospere la posibilidad de reciprocidad y mutuo reconocimiento, y con

con varios cuerpos legales que apoyan el cambio de la organización de los servicios y su enfoque, aunque el proceso de asimilación por parte de la población seguramente tomará algunos años, algunas décadas.

Además, se cuenta con una Comisión de Salud Mental que ha luchado por poner sobre la mesa este tema, para que entre en la agenda política del país y, de alguna manera, se pueda hacer visible el tema a través de documentos normativos y de lineamientos generales que orienten el trabajo de salud mental en el Ecuador. De esta manera, se ha logrado el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, que es equivalente a una Política Nacional en su contenido y planteamientos, donde se presentan los lineamientos estratégicos para orientar las acciones de salud mental en el país hasta el año 2017.

Sin embargo, el Presidente ha colocado a la Salud Mental como prioridad 1A, y ha demostrado una especial preocupación por el tema de consumo problemático de alcohol y otras drogas, por lo que las instituciones estatales estarían más urgidas a apoyar el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. De esta manera, parecería que el escenario político estaría más alineado con el discurso – al menos – de la salud mental, de la desinstitucionalización y del respeto a los derechos humanos. Se ve como una oportunidad para impulsar las acciones de salud mental y poder cambiar el modelo de atención que ha estado, hasta ahora, centrado en el hospital psiquiátrico.

El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental tiene cinco lineamientos estratégicos, que se enfocan en: 1) promoción de la salud mental y prevención de los problemas y trastornos de la salud mental; 2) fortalecimiento de la atención integral en salud mental, a través del establecimiento de la red de servicios de salud mental con base comunitaria y la contratación y capacitación de talento humano; 3) fortalecimiento de la atención integral para usos y consumo problemático de alcohol y otras drogas; 4) fortalecimiento de la rectoría del Estado en temas de salud mental; y 5) fomento de la investigación en temas de salud mental e inclusión de formación en salud mental comunitaria.

Dicho Plan Estratégico Nacional ya insta que se formule un modelo de atención en salud mental, con base comunitaria y con un enfoque de derechos humanos, que sirva como escenario para el proceso de desinstitucionalización en el país. De esta manera, se ve la

ello posibilitar la autorrealización y la construcción de un porvenir social compartido.” (RAMIREZ, 2008, en Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013

necesidad de construir un modelo de atención y de gestión de los servicios de salud mental, proponiendo nuevos dispositivos que puedan crear una red, para poder sostener el tratamiento dentro de la comunidad y más cerca de las personas. Además, que tenga un componente importante de participación y empoderamiento tanto de las familias como de los usuarios de estos servicios: un modelo comunitario de salud mental.

Hay que añadir, además, lo que la Organización Mundial de la Salud (2007) recomienda respecto de la atención en salud mental: "...se la debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos comunitarios. Las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas deben ser reemplazadas por otros servicios de salud mental más apropiados (...) a través del modelo comunitario que integra la participación, no solo de los profesionales de salud, sino las organizaciones sociales, culturales y comunitarias" (FAYDI, DREW, & MINOLETTI, 2009). En este sentido, plantean siete recomendaciones en base al modelo OMS/WONCA (2008): Reducir número de hospitales psiquiátricos, establecer servicios comunitarios de salud mental, crear servicios de salud mental en los hospitales generales, integrar la salud mental en la atención primaria de salud, colaborar con los servicios comunitarios de salud no-formales, promover el autocuidado y fomentar la colaboración intersectorial e intrasectorial.

La salud mental en el modelo comunitario comprende al individuo en sus dimensiones biológicas y psicológicas, así como sociales y políticas. Se basa en principios como: rescatar recursos de la salud presentes en las personas, potenciarlos, en vez de focalizarse en sus discapacidades; involucrar a todos los sujetos como actores promotores de salud; concebir la rehabilitación estrechamente vinculada a la integración social; a través de estrategias para la promoción y prevención, incentiva la creación de entornos saludables como factores protectores de la salud. Este modelo tiene disponible a los servicios del sector público para la prestación y atención a la demanda, sin excluir la participación privada, pero el control de la gestión es desde lo público.

El componente más importante del modelo es la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de las actividades de promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental. Por ello, se plantea un trabajo en salud mental que ve a la comunidad como sujeto de intervención y no como objeto de la misma. De esta manera se procura reducir el estigma asociado a la enfermedad mental y velar respeto de los

derechos humanos. En la rehabilitación intervienen asociaciones de usuarios y sus familiares, redes de apoyo presentes en la comunidad tales como organizaciones e instituciones. Los servicios se estructuran de acuerdo a las necesidades de los usuarios y a sus condiciones bio-psico-sociales. Éstos funcionan con equipos multiprofesionales e interdisciplinarios.

En resumen, se dan tres grandes desplazamientos que configuran este modelo: a) del sujeto enfermo a la comunidad; b) del hospital a la red de servicios y centros comunitarios de salud mental; y c) del psiquiatra al equipo de salud mental.

Para desarrollar este modelo se requiere de nuevos enfoques de la psicología y la psiquiatría basados en la comunidad. De esta manera, se introduce a la psicología comunitaria como un campo de especialización de la psicología que considera los fenómenos de grupos, colectivos o comunidades a partir de factores sociales y ambientales, a fin de realizar acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos. Enfrenta los problemas de las comunidades mediante el análisis de la realidad concreta de vida y la cotidianeidad. Actúa sobre un contexto social, a partir de un colectivo o grupo de personas, en el cual privilegia un enfoque territorial, participativo, e intenta generar cambios a largo plazo en los sistemas sociales en los que esos grupos están insertos. En este sentido, los problemas individuales se ven desde una perspectiva psicosocial y como construcción socio-histórica. Su intervención tiene un enfoque preventivo y de desarrollo de la comunidad e integra a profesionales de otras disciplinas. Utiliza técnicas psicológicas ya existentes, pero crea otras, participando con la población, a la vez que construye nuevos instrumentos y nuevas relaciones de producción de conocimientos y de intervención. Por lo tanto la comunidad tiene nuevas posibilidades como actora social, construyendo nuevas formas de vida comunitaria.

Por otro lado, y en complementariedad a lo anterior, se introduce la psiquiatría comunitaria como una forma de concebir los procesos de salud-enfermedad, enraizada en el contexto de vida de las personas y los grupos. Se centra en la detección, prevención y tratamiento temprano de los trastornos mentales y desviaciones sociales que se desarrollan dentro de la comunidad más que las que se encuentran en las grandes instituciones hospitalarias. Pone énfasis sobre los factores del medio ambiente que contribuyen con la enfermedad psiquiátrica. También es concebida como una forma de proporcionar cuidados

especializados a la población, en el ámbito de las enfermedades psiquiátricas, que pasa por una forma de organización de la asistencia psiquiátrica, que característicamente incluye programas enfocados hacia la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación e incorporación de los usuarios de estos servicios a la comunidad. Además es una estrategia que busca la desinstitucionalización asilar y por consiguiente propende a la conformación de nuevos servicios comunitarios alternativos. Entonces, frente al aislamiento asilar, la psiquiatría comunitaria propone intervenir en y con la comunidad, inspirada en una visión optimista de las relaciones del individuo con su comunidad de pertenencia, e incorpora criterios provenientes de la Salud Pública y postula la organización de servicios de asistencia psiquiátrica y social más cercanos al usuario que al hospital. No obstante, su enfoque sigue estando en el eje salud - enfermedad, y especialmente en el polo enfermedad.

Existen varias experiencias en los países latinoamericanos donde se han implementado servicios de salud mental basados en el modelo comunitario, tomando como referencia la experiencia de Trieste en Italia, tales como Argentina, Brasil y Chile.

En Argentina, se destacan los avances en el campo legal y normativo, con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reglamentada el 28 de Mayo de 2013. Esta Ley 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.

Tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental.

La modalidad de abordaje propuesta consiste en la construcción de una red de servicios con base en la comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de comunidad, que integra las disciplinas de psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, el saber de la comunidad y la del propio usuario, entre otros como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial.

Se propicia que se realice preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Por principio rige el consentimiento

informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la Ley vigente.

En cuanto a 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 en su entorno familiar, comunitario o social, y debe ser lo más breve posible. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en excepciones.

Indica que se debe establecer los requisitos que deben cumplir las mismas en materia de consentimiento expreso del paciente, condiciones para el alta, dictámenes de los profesionales que deben participar en la decisión de internar, rol de la justicia, periodicidad de los informes a cargo de las instituciones asistenciales, prohibición de creación de nuevos manicomios, o de efectuar la internación en hospitales generales

La internación involuntaria debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando un equipo de salud evalúe la situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y deben notificar al juez competente.⁸

Además indica que el consumo problemático de drogas, legales e ilegales, debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que las personas con esta problemática, tienen todos los derechos y garantías.

Asimismo, se indica que las autoridades de salud en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras, deben implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, como son consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

⁸ En http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf (visitado el 27 de marzo del 2014)

La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos, en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Otro país que tiene avances importantes en materia de salud mental es Chile, que se encuentra en el grupo de países de América que tienen una Política de Salud Mental y que tienen un Programa Nacional de Salud Mental. Chile, al igual que el 77% de los países del mundo con un ingreso medio alto, ha implementado servicios de atención y cuidados comunitarios en el sector público, servicios que están organizados en una red territorial, con 747 dispositivos, de los cuales el 11% son sólo para niños y adolescentes.

La tipología de estos dispositivos de salud mental son: Centros de Atención Primaria de Salud, Centros Comunitarios de Salud Mental, Unidades Psiquiátricas Ambulatorias, Hospital del Día, Hospital de Corta Estadía, Centro Diurno, Hogar y Residencia Protegida.

La mayoría de los usuarios, tanto en el sistema público como privado, son tratados en forma ambulatoria. Existen servicios de salud mental que ofrecen internación en hospitales generales y clínicas privadas y en hospitales psiquiátricos.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental se diferencian de los otros tipos de centros ambulatorios por tener menos recursos humanos, un número intermedio de consultas por persona al año, tiempo de espera bajo para primera consulta con psiquiatra, entrega de intervenciones psicosociales a una mayor proporción de personas y un mayor porcentaje de ellos realizando intervenciones comunitarias. En estos servicios existen menos actividades psiquiátricas, mientras que las de promoción y prevención son más numerosas.

En cuanto a los recursos humanos que trabajan en salud mental, el mayor número de profesionales corresponden a psicólogos, seguido de psiquiatras y terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadoras sociales; con un total de 32 profesionales de salud mental por cada 100.000 habitantes.

Alrededor de 8.000 personas participan en organizaciones de usuarios y un número similar participan en organizaciones de familiares. Más del 50% de las organizaciones de usuarios se orientan principalmente a la ayuda mutua en personas con dependencia al alcohol y otras drogas (OMS, 2007).

Por otro lado, en Brasil, en el marco de su reforma de Salud Mental, la implementación y consolidación de su modelo puede ser considerado como el más exitoso en los países de Sudamérica. Los antecedentes para un cambio en el modelo se remontan a los hospitales psiquiátricos que funcionaban en la ciudad de Barbacena, y a partir de uno en especial – que tiene el nombre de la ciudad –⁹ que sirvió de referencia para la formación de todo un movimiento social, que fueron fundamentales para el cambio en la concepción de la atención en la salud mental en Brasil. Estos cambios se pueden ver, no sólo en el área de la salud, en la forma de un amplio acceso a los tratamientos de salud mental, sino también en el área cultural, en la cual el arte ejerce hasta la actualidad una fuerte influencia.

En cuanto a la organización de los servicios, se crearon dispositivos – o servicios de salud – de acuerdo a la complejidad de los problemas de salud mental que tenían que resolver, además de otros enfocados en la promoción de la salud y prevención en todos sus niveles, y estos son: Núcleo de Atención Psicosocial (NAPS), que evolucionan a llamarse Centros de Atención Psicosocial (CAPS)¹⁰, para promoción de la salud y prevención de problemas mentales, participación comunitaria; Servicios Residenciales Terapéuticos para como solución de vivienda para usuarios crónicos, con soporte y articulación con los servicios de salud; emprendimientos laborales para usuarios de la red. Además de la inclusión de la salud mental en la atención básica y en el Programa de Salud de la Familia (PSF), Proyectos de Inserción en el Trabajo y Cooperativas, Proyecto de Intervención Cultural, entre otros

Con estos antecedentes de prácticas exitosas en la implementación del modelo comunitario de salud mental, tomando en cuenta que cada país ha adaptado a sus sistemas de salud y a su cultura y necesidades, el Ecuador emprende el camino hacia su cambio de modelo. Este modelo comunitario de atención integral en salud mental, se basa en la

⁹ El hospital, en su apogeo, albergaba a unos 5.000 usuarios que provenían de todas partes del país. En 1979, Franco Basaglia, el conocido psiquiatra italiano, visitó el Hospital de Barbacena y lo comparó con los campos de concentración en la Alemania nazi

¹⁰ En Brasil hay más de mil CAPS regulados por el Ministerio de la Salud. Son experiencias en constante construcción, actualmente distribuidas por todo el país y que se deben constituir en servicios innovadores, garantizando un espacio de producción de nuevas prácticas sociales para enfrentar la locura, el sufrimiento psíquico, siendo una experiencia diversa para la construcción de nuevos conceptos, de nuevas formas de vida, de invención de vida y salud.

descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud. Contempla lo político, técnico, económico y social, y pone el centro de sus acciones en potenciar los recursos y habilidades de las personas, por sobre el énfasis tradicional en la discapacidad.¹¹

El propósito del modelo de salud mental debe ser el orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación de Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.¹²

El objetivo del Modelo de Atención en Salud Mental es fortalecer los servicios de salud mental del Ministerio de Salud Pública, y los que pertenecen a la Sistema Nacional de Salud, a través de su organización en red, reorientándolos hacia la promoción de la salud, y la prevención en todos sus niveles, incorporando los enfoques de interculturalidad, género, generacional, derechos y con participación social, de acuerdo a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud vigente.

Los objetivos estratégicos para el fortalecimiento de este modelo de atención son:

- a. Organizar una red de Servicios de Salud Mental, donde los servicios, la comunidad y el individuo se articulen y trabajen juntos, y que sustente el proceso de desinstitucionalización.
- b. Reorientar la atención en los servicios de salud mental hacia la promoción de la salud, la prevención en sus distintos niveles, con participación social, comunitaria e intersectorialidad.

¹¹ Desviat, M. 2000. Salud Mental Comunitaria como Estrategia o Utopía. Revista Psiquiatría Pública. España

¹² MSP (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ecuador

- c. Garantizar la prestación de servicios de salud mental en las unidades operativas de primer nivel de atención, de acuerdo a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).
- d. Garantizar la continuidad de la atención para los usuarios a través de la creación de servicios de salud mental en el segundo nivel, con enfoque de participación familiar y comunitaria.
- e. Organizar los servicios de salud mental de tercer nivel para una adecuada resolución de los problemas de salud mental, según su grado de complejidad, evitando la cronificación y la masificación de la atención.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO

Con estos antecedentes, se propone un modelo de atención en salud mental, con base comunitaria, donde se incluyan diferentes dispositivos planificados en el territorio, según las necesidades de cada usuario. Se ha usado como base el modelo brasilero, adaptado al Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador.

Un concepto fundamental y punto de partida, que de alguna forma articula todos los dispositivos y acciones a seguir, es el Proyecto Terapéutico Individual. Este es el resultado de la construcción conjunta entre el usuario, su terapeuta de referencia, la familia (si se considera necesario), y marca los objetivos individuales para cada uno de los usuarios, que incluyen acciones en las diferentes esferas de actuación de los mismos. El mismo debe estar centrado en las necesidades de los usuarios, buscando la construcción progresiva de su autonomía en las actividades de la vida cotidiana y a la reinserción social. Debe tener como objetivo central contemplar los principios de la rehabilitación biopsicosocial, ofreciendo al usuario un amplio proyecto de reintegración social (programas de alfabetización, reinserción laboral, movilización de recursos comunitarios, fisioterapia, etc.), autonomía en actividades domésticas y personales y de estímulo a la formación de asociaciones de usuarios, familiares y voluntarios. Además, debe respetar los derechos del usuario como ciudadano y como sujeto en condición de llevar una vida con calidad e integrada al ambiente comunitario.

Partiendo de que la base es la propia comunidad, entonces, se ve la necesidad de tener una respuesta de vivienda para las personas que tienen una situación de doble vulnerabilidad: algún tipo de sufrimiento mental y abandono familiar. Estas casas, que llamamos de manera genérica Residencias Terapéuticas, se configuran como dispositivo estratégico en el proceso de desinstitucionalización. Se caracterizan como viviendas insertadas en la comunidad destinadas para personas con trastorno mental, con problemas severos y persistentes, egresadas de hospitales psiquiátricos y que no cuentan con referentes familiares. El carácter fundamental de las Residencias Terapéuticas es ser un espacio de vivienda que garantice la convivencia social, la rehabilitación psicosocial y el rescate de ciudadanía del sujeto, promoviendo los lazos afectivos, la reinserción en el espacio de la ciudad y la reconstrucción de las relaciones interpersonales. Necesariamente deben estar localizadas fuera de los límites de las unidades hospitalarias.

El número de moradores puede variar desde 4 individuos hasta un grupo de máximo 10 personas, buscando evitar la masificación de la atención. Todos los moradores deberán contar siempre con el apoyo de un profesional como referente, que sea sensible a las demandas y necesidades de cada uno. Los moradores estarán vinculados con los servicios tanto de asistencia sanitaria como social, como parte de su inserción y alcance de autonomía. Así, se espera que continúen, o emprendan, su proceso terapéutico con la garantía de la disponibilidad de los servicios organizados en el territorio, es decir, cerca de su lugar de vivienda.

El apoyo de carácter interdisciplinario (sea con un centro de salud o de salud mental en el primer nivel de atención) deberá considerar la singularidad de cada uno de los moradores y no apenas proyectos y acciones basadas en el colectivo de los mismos. El acompañamiento a un morador debe proseguir, aunque cambie de dirección o eventualmente sea hospitalizado.

Los objetivos de las Residencias Terapéuticas son básicamente tres: actuar como unidad de soporte residencial inclusiva destinada, prioritariamente, a los usuarios sometidos a tratamiento psiquiátrico en régimen hospitalario prolongado; garantizar atención biopsicosocial a usuarios con grave dependencia institucional que no tengan entera autonomía social y no posean vínculos familiares y de vivienda; y promover la reinserción

de esta población a la vida comunitaria, social, laboral, educativa, de ocio, según sus necesidades y habilidades.

Puede haber dos tipos de Residencias Terapéuticas, que se distinguen por el nivel de autonomía de sus usuarios. Sin embargo, no debería ser un criterio de exclusión muy rígido. En la Residencia Terapéutica que recibe a personas con mayor autonomía, el soporte se focaliza en la inserción de los moradores en la red social existente (trabajo, diversión, educación, etc.). El acompañamiento en la residencia es realizado conforme recomendado en los proyectos terapéuticos individuales de los moradores. Es necesario apenas el apoyo de un cuidador, que puede ser cualquier persona (no necesariamente profesional de la salud) que reciba una capacitación. Ya el segundo tipo de Residencia Terapéutica, que recibe personas con menor autonomía, está dirigida para adultos mayores, enfermos y/o dependientes físicos, con ayuda de profesionales. Esta residencia es el lugar de los cuidados sustitutivos familiares de esta población institucionalizada, muchas veces, por una vida entera. El soporte se focaliza en la reapropiación del espacio residencial como vivienda y en la inserción de los moradores en la red social existente. Este tipo de Residencia Terapéutica está constituida para usuarios que necesitan supervisión, con monitoreo técnico diario y personal auxiliar permanente en la residencia.

Ambos tipos de Residencias Terapéuticas están vinculados a los servicios de atención primaria en salud, y pueden requerir la atención especializada de los otros niveles de atención según la necesidad.

El proceso de rehabilitación psicosocial debe buscar de modo especial la inserción del morador en la red de servicios, organizaciones y relaciones sociales de la comunidad. Es decir, la inserción en una Residencia Terapéutica es el inicio de un largo proceso de rehabilitación que deberá buscar la progresiva inclusión social del morador.

Es necesario recalcar que lo primordial de este dispositivo es la vivienda (como solución habitacional), vivir (como cotidianeidad) y vivir en la ciudad (como es la reinscripción). Así, estas residencias no son precisamente servicios de salud, sino espacios para vivir articulados a la red de atención psicosocial de cada territorio – que está compuesta por más que servicios de salud –, donde lo terapéutico está en la propia cotidianeidad y convivencia.

Así mismo, y con el mismo concepto, se pueden organizar Residencias Terapéuticas para la población de usuarios que están en tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas. Estas residencias, a diferencia de las anteriores, necesariamente son transitorias, sirviendo como un soporte para los usuarios de tales servicios, mientras pueden volver a recobrar su autonomía y las diferentes actividades de su vida. Se convierten en una herramienta para facilitar su integración social y adhesión al mismo tratamiento. Es decir son viviendas convencionales, sin funciones asistenciales cuyo objetivo es alcanzar el mayor grado de autonomía personal y rescatar habilidades de convivencia dentro de un ambiente formativo, libre de sustancias.

Este tipo de residencia deberá contar con soporte de un profesional sensible a las demandas y necesidades de cada usuario. Así como los dos primeros tipos de Residencias Terapéuticas, estas estarán articuladas con los servicios de salud. (MINISTERIO DA SAUDE, 2011)

Pasando ya al primer nivel de atención, tenemos los centros de salud, que en el país están organizados en tres niveles (A, B y C), y donde los dos últimos cuentan con profesionales de psicología. Se busca que se atienda el 80% de las necesidades de salud mental en el primer nivel de atención, al ser la puerta de entrada al sistema. (MAIS, 2013) Todo el personal del primer nivel de atención, es decir, especializado y no especializado en salud mental, deberá estar capacitado para acoger, detectar, resolver (en el mejor de los casos) y referir adecuadamente a los usuarios que tengan una demanda de salud mental. Tienen la posibilidad de ofrecer psicoterapia individual, así como grupal, y además realizar actividades en la comunidad para promoción de la salud mental y prevención de problemas mentales.

Además de los centros de salud, se propone un nuevo dispositivo, el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), en el mismo nivel de atención. Los CAPS son dispositivos destinados a acoger a los usuarios con trastornos mentales graves, estimular su integración social y familiar, apoyarlos en sus iniciativas de búsqueda de autonomía, ofrecerles atención médica y psicológica. Su característica principal es buscar la integración de los usuarios a un ambiente social y cultural concreto, designado como su territorio, el espacio de la ciudad donde se desarrolla la vida cotidiana. Son unidades de salud basadas en el territorio, que ofrecen atención de cuidados intermediarios entre el régimen ambulatorio y

la internación hospitalaria, por un equipo multidisciplinario. Pueden constituirse también en la puerta de entrada de la red de servicios para las acciones relativas a la salud mental, considerando su característica de unidad de salud local y regionalizada. Atienden también a usuarios referenciados de otros servicios de salud, de los servicios de urgencia psiquiátrica o egresos de internación hospitalaria. Deberán estar integrados a una red descentralizada y jerarquizada de cuidados en salud mental, como la planteada en el Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS.

Estos dispositivos deben estar articulados con la red de servicios de salud y necesitan permanentemente de otras redes sociales, de otros sectores afines, para enfrentar a la complejidad de las demandas de inclusión de aquellos que están excluidos de la sociedad por trastornos mentales.

Estos Centros deberán asumir su papel estratégico en la articulación y tejido de las redes de servicios en salud mental, tanto cumpliendo sus funciones en la asistencia directa, trabajando en conjunto con los equipos de atención primaria en salud, cuanto en la promoción de la vida comunitaria y de la autonomía de los usuarios, articulando los recursos existentes en otras redes: socio-sanitarias, jurídicas, cooperativas de trabajo, escuelas, empresas, etc.

El CAPS es un servicio de salud abierto y comunitario. Es un lugar de referencia y tratamiento para personas que sufren de trastornos mentales, psicosis, neurosis graves y demás cuadros, cuya gravedad y/o persistencia justifiquen su permanencia en un dispositivo de cuidado intensivo, comunitario, ambulatorio, personalizado y promotor de vida.

El objetivo de los CAPS, así, es ofrecer acompañamiento clínico y la reinserción social de los usuarios por el acceso a tratamiento farmacológico adecuado, psicoterapia individual y grupal, así como al trabajo, diversión, ejercicio de los derechos civiles y fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios. Prestan atención clínica en régimen de atención diaria y ambulatoria, evitando las internaciones y reinternaciones en hospitales psiquiátricos y acogen y atienden a las personas con trastornos mentales graves y persistentes, procurando preservar y fortalecer los lazos sociales del usuario en su territorio.

Además, buscan promover la inserción social de las personas con trastornos mentales por medio de acciones intersectoriales, para buscar el acceso al trabajo, diversión, ejercicio de los derechos civiles y fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios.

Estos servicios deben ser sustitutivos y no complementarios al hospital psiquiátrico. De hecho, el CAPS es el núcleo de un nuevo ejercicio de la clínica, productora de autonomía, que invita al usuario a asumir la responsabilidad y ser protagonista en toda la trayectoria de su tratamiento. Los proyectos de estos servicios, muchas veces, ultrapasan la propia estructura física, en busca de la red de soporte social, potencializadora de sus acciones, preocupándose del sujeto y la singularidad, su historia, su cultura y su vida cotidiana.

El CAPS deberá funcionar en un área física específica e independiente de cualquier estructura hospitalaria. Puede haber diversos tipos de CAPS, organizados en cuanto al tamaño del equipamiento, estructura física, profesionales y diversidad en las actividades terapéuticas, y en cuanto a la especificidad de la demanda, esto es, para niños y adolescentes, usuarios de alcohol y otras drogas, o para trastornos psicóticos y neuróticos graves.

Los CAPS pueden ofrecer diferentes tipos de actividades terapéuticas. Esos recursos van más allá del uso de consultas y de medicamentos, y caracterizan lo que conoce como clínica ampliada. Este concepto de ampliación de la clínica ha sido formulado buscando la superación del paradigma biomédico (CAMPOS, 2003; AYRES, 2001; TENORIO, 2001). La ampliación de la clínica presupone la incorporación de otras evaluaciones de riesgo (no sólo los riesgos biológicos sino también las fragilidades subjetivas o de redes sociales), como así también la necesidad de retomar la dimensión de desvío de la clínica, siempre vinculado a una cierta terapéutica, a un posible pronóstico, al retorno a la función ética de contribuir a mejorar la vida y defenderla, pero sin sustituir a las personas del protagonismo de su propia trayectoria. (ONOCKO CAMPOS, 2001) Hablamos de una clínica que contribuya a la producción de autonomía y que tiene como principios básicos:

1) la valorización de los diferentes sujetos implicados en el proceso de producción de la salud: usuarios, trabajadores y gestores; 2) fomento de la autonomía y del protagonismo de esos sujetos; 3) aumento del grado de co- responsabilidad en la producción de salud y de sujetos en la clínica ampliada en la atención básica las intervenciones en el plano biológico se combinan a los impactos subjetivos, disparando producciones y abriendo caminos terapéuticos para el sujeto enfermo. (CAMPOS, 2003)

Esa idea de clínica viene siendo reconstruida en las prácticas de atención psicosocial, provocando cambios en las formas tradicionales de comprensión y de tratamiento de los trastornos mentales.

Es necesario crear, observar, escuchar, estar atento a la complejidad de la vida de las personas, que es más grande que la enfermedad o trastorno. Para esto, es necesario que, al definir actividades, como estrategias terapéuticas en los CAPS, se repiensen los conceptos, las prácticas y las relaciones que pueden promover salud entre las personas: técnicos, usuarios, familiares y comunidad. Todos necesitan estar involucrados en esta estrategia, cuestionando y evaluando permanentemente los rumbos de la clínica y del servicio.

En esta práctica, pueden coexistir los diferentes enfoques de los profesionales, donde la riqueza está en el intercambio y en encontrar los objetivos terapéuticos que cada usuario se quiere trazar. Puede haber un mayor énfasis en lo biológico, o en lo social, o en lo político.

La valorización de la dimensión social aparece cuando se piensa sobre la evolución clínica de los usuarios, estando frecuentemente positivados los aspectos relacionados a la reinserción social representada por diversos aspectos de la vida del usuario. De este modo, son valorizados los efectos como relacionamientos amorosos más estables (noviazgo o matrimonio), el aprendizaje de un oficio, inserción en el mercado de trabajo, mejora en el contenido e intensidad de las relaciones afectivas como amistades. Además de estos resultados, otros son igualmente resaltados, como la reducción en la dosis de la medicación usada y, no menos importantes, la mejoría de la psicopatología con la reducción, o desaparecimiento, de ciertos comportamientos “anormales” y, sobretudo, la reducción de las internaciones subsecuentes.

Puede existir una distinción entre lo que es del orden de la psicopatología y lo que es del orden de lo social. Esta distinción, aunque proceda, a veces parece excesivamente dicotomizada y termina por clasificar los comportamientos a priori como positivos o negativos, según su configuración en el interior de cuadros clínicos. Puede haber dificultad en interpretar síntomas como formas de articulación de la experiencia o del modo de estar en el mundo, inscritos en el contexto de la historia personal y de la vida social en la cual los usuarios están inmersos.

En situaciones en que esa interpretación pasa, y un sentido es producido, llegándose muchas veces a la conclusión de que el síntoma es una respuesta a un desorden en las relaciones sociales, se puede ver que efectos muy positivos son producidos para el sujeto. Estos significados muchas veces son producidos en un contexto ampliado en el cual participan la familia, y otros agentes sociales.

Las prácticas diferenciadas entre los profesionales permiten destacar lo que organizamos como tres modelos de cuidado principales en el interior del CAPS, y de las posibilidades de intervención psicoterapéutica. Hay diferencias en lo que respecta a posturas sobre el diagnóstico y concepciones del objeto del cuidado en salud mental que apuntan a tres grupos de profesionales bien delimitados, según la comprensión del modo de cuidado en salud mental.

El primero de estos grupos, lo llamaremos “modelo biomédico humanizado”. En este estarían presentes un énfasis en la psicopatología, un cuidado asistencialista y, a veces, tutelar, una postura pedagógica, asumiendo como principal característica la influencia sobre un cambio de comportamientos, con el objetivo de hacerlos compatibles con la reinserción social. Se pueden verificar acciones bien intencionadas, pero, en la mayor parte, normalizadoras y poco críticas.

El segundo de estos grupos constituiría el “modelo psicosocial con énfasis en la institución”. Se trata de un grupo más centrado en una concepción psicosocial del cuidado y en un quehacer institucional poco orientado para las prácticas territoriales. Aunque se perciba que en este grupo existe una preocupación con los cambios en el quehacer terapéutico, estas parecen muy adscritas a la esfera teórico-técnica.

Y finalmente, existiría el grupo de los profesionales más influenciados por un modelo territorializado, que valoriza de sobremanera los aspectos sociales del enfermarse, de ahí que resulte inconcebible un cuidado en salud mental desvinculado del trabajo con las esferas familiar y comunitaria, y muy preocupados con la esfera político-jurídica del mismo. Esta forma de actuar podría llamarse como “modelo psicosocial con énfasis en el territorio”.

Se puede sugerir que el segundo grupo está particularmente pautado en un modelo más próximo de la psicoterapia institucional francesa, que centra el foco en los cambios intra-institucionales, mientras que el tercer grupo estaría radicado en un modelo más

próximo del italiano, con énfasis anti-institucional, pautado en la defensa de devolver al enfermo mental a la sociedad. Todos los tres grupos reconocen la importancia de un cuidado que incluya otros actores sociales, además de los usuarios y profesionales, y valoriza el formato abierto de la institución. Sin embargo, los dos primeros tienden a resaltar los cambios ya adquiridos como conquistas y parecen menos inquietos e insatisfechos con la restricción espacial y territorial del proyecto.

Ya el tercer grupo vislumbra un trabajo social bastante pronunciado y busca crear hechos concretos en esta dirección. De ahí la participación en asociaciones de usuarios y familiares y en el acompañamiento de los usuarios en actividades fuera de la institución. Está mucho más presente aquí la importancia de un cambio cultural en la sociedad, del trabajo de la comunidad, de la participación social de grupos organizados y de la organización de las instituciones para incluir la participación popular, en un formato democrático.

En cualquiera de los grupos, se destacan avances del trabajo clínico, centrados en lo que podemos llamar de una clínica del encuentro, pautada en el diálogo, en la escucha interesada, en la producción de intersubjetividades, en el intercambio, en el compartir. De esa clínica puede surgir la emergencia del sujeto, tal como se describió anteriormente como clínica ampliada o clínica del sujeto. Cabe resaltar que este punto de cambio se ancla en la observación de aspectos fundamentales que necesitan estar presentes y ser el objetivo de reflexión, articulados en una práctica que enfrente la complejidad del cuidado. (NUNES, 2008)

En esta misma lógica de acogimiento y clínica ampliada, los CAPS deben ofrecer acogida diurna y, cuando sea posible y necesario, nocturna. El acogimiento nocturno y la permanencia en los fines de semana deben ser entendidos como un recurso terapéutico más, buscando proporcionar atención integral a los usuarios de los CAPS y evitar internaciones psiquiátricas. Este acogimiento podrá ser utilizado en las situaciones de grave comprometimiento psíquico o como un recurso necesario para evitar que crisis emerjan o se profundicen. El acogimiento nocturno deberá atender preferencialmente a los usuarios que están vinculados a un proyecto terapéutico en los CAPS, cuando sea necesario, y como máximo por siete días corridos, o diez días intercalados, durante el plazo de 30 días.

Deben tener un ambiente terapéutico y acogedor, que pueda incluir personas en situación de crisis, muy desestructuradas y que no consigan, en aquel momento, acompañar las actividades organizadas de la unidad. El éxito de la acogida de la crisis es esencial para el cumplimiento de los objetivos de un CAPS.

Estar en tratamiento en el CAPS no significa que el usuario tiene que estar la mayor parte del tiempo dentro del CAPS. Las actividades pueden ser desarrolladas fuera del servicio, como parte de una estrategia terapéutica de rehabilitación psicosocial, que podrá iniciarse o ser articulada por el CAPS, pero que se realizará en la comunidad, en el trabajo y en la vida social.

De esta forma, el CAPS puede articular cuidado clínico y programas de rehabilitación psicosocial. Así, los proyectos terapéuticos deben incluir la construcción de trabajos de inserción social, respetando las posibilidades individuales y los principios de ciudadanía que minimicen el estigma y promuevan el protagonismo de cada usuario frente a su vida. Muchas cosas se pueden hacer en un CAPS, siempre y cuando tengan sentido para promover las mejores oportunidades de intercambio afectivo, simbólico, material, capaces de favorecer vínculos e interacción humana.

Lo que también determina la frecuencia de los usuarios en el servicio es el acceso que tienen al CAPS, el apoyo y/o el acompañamiento familiar y la disponibilidad de involucramiento en las actividades comunitarias, organizativas, de generación de ingresos económicos y trabajo.

La necesidad de medicación de cada usuario de los CAPS debe ser evaluada constantemente con los profesionales del servicio. Los CAPS pueden organizar la rutina de administración de medicamentos y/o asesorar usuarios e familiares en cuanto a su adquisición y administración, observándose el uso diferenciado y de acuerdo con el diagnóstico y con el proyecto terapéutico de cada uno.

Los talleres terapéuticos son una de las principales formas de tratamiento ofrecido en los CAPS. Estos dispositivos pueden tener más de un tipo de taller terapéutico. Estos talleres son actividades realizadas en grupo con la presencia y orientación de uno o más profesionales, monitores y/o pasantes. Se realizan varios tipos de actividades que pueden ser definidas a través del interés de los usuarios, de las posibilidades de los técnicos del servicio, de las necesidades, teniendo en vista la mayor integración social y familiar, la

manifestación de sentimientos y problemas, el desarrollo de habilidades corporales, la realización de actividades productivas, el ejercicio colectivo de la ciudadanía.

Los Centros de Atención Psicosocial pueden estar organizados para atender a niños y adolescentes, como un servicio de atención diaria destinado a la atención para este grupo de usuarios que esté gravemente comprometido psíquicamente. Están incluidos en esta categoría los portadores de autismo, psicosis, neurosis graves y todos aquellos que, por su condición psíquica, están imposibilitados de mantener o establecer lazos sociales. Se amplían las posibilidades del tratamiento para niños y adolescentes cuando la atención tiene inicio lo más temprano posible, debiendo, por lo tanto, los CAPS de niños y adolescentes establecer la articulación necesaria con la red de salud, educación y asistencia social ligadas al cuidado de la población infanto-juvenil.

Además, otro tipo de CAPS está destinado a la atención para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. En este dispositivo se atiende a personas de todos los ciclos de vida, que presentan intenso sufrimiento psíquico decurrente del uso de alcohol y otras drogas. Proporciona servicios de atención continua, con funcionando todos los días de la semana en horario integral.

En general, las actividades desarrolladas en todos los tipos de CAPS son iguales, como atención individual, atención grupal, atención familiar, visitas domiciliarias, actividades de inserción social, talleres terapéuticos, actividades socioculturales y deportivas, actividades externas. Ellas deben ser dirigidas para el grupo etario a quien se destina atender y a las necesidades de cada persona. (MINISTERIO DA SAUDE, 2004)

Cabe recalcar que, a pesar de que, en el CAPS, el foco no está en las atenciones individuales, la psicoterapia individual es una herramienta importante dentro de la construcción de la subjetividad. Este espacio individualizado, donde se conjugan las dimensiones del psicoterapeuta y el paciente, ofrece la posibilidad de un vínculo analítico que se funda en el amor por el reconocimiento de la realidad objetiva y excluye toda ilusión y todo engaño. Debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo, y para la (re) construcción de la subjetividad, de una manera segura y controlada, para poder aproximarse a estados innumerables y cada vez más peligrosos, parafraseando a Antonin Artaud.

Ya en el segundo nivel de atención, tenemos los hospitales generales y básicos, donde la demanda de salud mental se atiende a través de las Unidades de Salud Mental Hospitalaria. Estas son unidades que atienden en régimen de hospitalización y ambulatorio a la población que requiera atención en Salud Mental por problemas de mayor complejidad, que necesita internamiento breve, como modo de contención de las crisis psicopatológicas o de la reagudización de sus cuadros clínicos. Se incluyen también los cuadros de intoxicación aguda por consumo de drogas o de síndrome de abstinencia que no se puedan manejar de otra manera.

Lo más importante a la hora de definir las prestaciones es pensar que las Unidades de Salud Mental Hospitalaria cuentan con unos recursos especiales que las hacen diferentes de otros recursos: camas, médicos de otras especialidades, atención 24 horas, acceso a pruebas diagnósticas complejas, etc.

Existen algunas ventajas en tener la disponibilidad de atención y de camas en el hospital general, como la disminución del estigma impuesto al enfermo y la enfermedad, dado que el usuario de salud mental pasa a ser visto como un usuario semejante a los otros. Además, en general, los hospitales generales están próximos a la población objetivo y son más accesibles. La mayor proximidad favorece la regionalización de los servicios, la continuidad de la asistencia, el tratamiento temprano de los trastornos mentales y disminuye, cuando menos en parte, el riesgo de la cronificación. Esto, en conformidad con la territorialidad propuesta en el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Así mismo, los hospitales generales, no estando tan aislados, permiten una mejor observación del trato dado a los usuarios y hasta la fiscalización contra posibles abusos y maltratos.

La mayor disponibilidad de profesionales de la salud de diversas especialidades y de recursos diagnósticos, facilita la detección y el tratamiento de interurrencias somáticas. Los estudios epidemiológicos han demostrado exhaustivamente la alta prevalencia de dolencias somáticas en los usuarios mentales. Esto también posibilita un mayor intercambio interdisciplinario entre las especialidades médicas, que favorece la asistencia, la investigación y la formación de los profesionales de la salud.

Esta Unidad de Salud Mental Hospitalaria, acoge emergencias y urgencias en salud mental, además de usuarios en seguimiento en el CAPS que puedan presentar alguna recaída de su patología de base y el profesional indique ingreso, y usuarios que hayan

presentado efectos secundarios moderados y graves y requieran pruebas complementarias para ajuste del tratamiento. El nivel de atención de Emergencias podría ser la puerta de entrada para usuarios que no se encuentren en tratamiento en ningún dispositivo de la Red de Salud Mental por lo que su misión sería encauzar el caso y asegurar la continuidad de tratamiento.

También esta Unidad ofrece la posibilidad de hospitalización de corta estancia, no con un espacio específico para la especialidad, sino con la disponibilidad de camas para casos de salud mental. Como primer paso, se podría contar con camas de “observación” dentro de la Emergencia de los Hospitales. Se definirían claramente los criterios de inclusión y exclusión. Dado que se ubican en un Hospital General, serían rentables e idóneas para desintoxicación, gestos autolíticos (no intentos claros) que con una intervención breve podrían continuar de forma ambulatoria, usuarios en la fase inicial de descompensación, etc. Sería un recurso de Emergencia con ingreso de hasta

48 horas, donde a través de tratamiento intensivo pueda dar 2 resultados: la continuidad del tratamiento de forma ambulatoria o la decisión de mantener al usuario por unos días hasta la estabilización. Pero el contar con esas camas de observación en la Emergencia del Hospital General podría evitar ingresos en el psiquiátrico.

Otro servicio que ofrece esta Unidad es la supervisión de enlace, al brindar atención a los usuarios hospitalizados por otras causas (interconsulta). Es la comunión de la salud mental con otras especialidades. In situ brindaría la parte complementaria al tratamiento de las enfermedades físicas, desarrollaría trabajo multidisciplinario y dentro de las áreas de intervención incluirían: usuarios con enfermedades genéticas, cáncer, obesidad mórbida, intervención psicológica pre y post-quirúrgica, intervención post-infarto, evaluación y seguimiento en trasplante, apoyo familiar en duelo, intervención en cuidados paliativos y usuario terminal, ajuste del tratamiento psiquiátrico en usuarios ingresados por patologías médicas, programas de adherencia VIH, tuberculosis, mediación de conflictos intrainstitucionales, patologías traumáticas derivadas de acciones de violencia por consumo de sustancias psicoactivas, etc. El papel del equipo de enlace con el resto de especialistas del hospital favorece el desarrollo de programas de prevención, promoción e investigación.

Finalmente, el hospital general tiene la posibilidad de brindar atención ambulatoria. Esta atención es de gran especialización y funciona mediante programas específicos. En este sentido, busca atender a usuarios con trastorno mental grave que se encuentren inestables y que requieran atención más especializada. Su principal objetivo sería el de evitar el ingreso y enlazar la continuidad del tratamiento con otros recursos de la red, como el CAPS. Deberá primer nivel de atención, para acompañamiento y dar continuidad al tratamiento.

Llegando al tercer nivel de atención, que supone la mayor complejidad en el sistema, debemos tomar en cuenta que en Salud Mental la lógica es al contrario. Es decir, el trabajo más complejo se encuentra en la comunidad, donde, el trabajo desde un centro de salud y desde los CAPS rompe con el imaginario de que el tercer nivel de atención es donde se juega la complejidad y se resuelven las situaciones de mayor gravedad. Tomando en cuenta esta realidad, tenemos en el tercer nivel de atención, dentro de la estructura sanitaria del Ecuador, a los hospitales especializados y de especialidades, los mismos que atienden temas psiquiátricos en lo que respecta a salud mental. Se espera que los hospitales especializados (psiquiátricos) y los hospitales de especialidades, cubran la demanda en el tercer nivel, cuando no se haya podido resolverla en los niveles de menor complejidad. En el tercer nivel, el trabajo es de compensación de crisis agudas solamente, buscando evitar la cronificación de los usuarios psiquiátricos. Una vez alcanzada la estabilidad, deberán retornar a su núcleo familiar, o a donde vinieron, con la contrarreferencia dirigida a niveles de menor complejidad. Es decir, debemos garantizar que los usuarios dados de alta del tercer nivel, tengan su acompañamiento en el segundo o primer nivel, como su cuadro lo requiera.

La Unidad de Salud Mental Hospitalaria se implementa en los Hospitales de Especialidades tal como los que se ubican en el segundo nivel de atención, teniendo como criterios de referencia básicamente dos: disponibilidad de camas, y comorbilidades más complejas, que podrían beneficiarse de la atención de especialistas.

El mantener el Hospital Psiquiátrico dentro del modelo atiende a una medida transicional, en donde se debe tomar en cuenta a este dispositivo como de atención a personas con cuadros agudos y con la posibilidad de internamiento de corto a mediano plazo. Deberá tener estrategias de reinserción familiar y social, en donde se evite a toda

costa el abandono de los usuarios en la institución. Se debe buscar, además, alternativas de desinstitucionalización para los usuarios que han estado en el hospital psiquiátrico por períodos prolongados debido al abandono familiar o dificultades en la reinserción familiar y social. En primer lugar se deberá buscar la reinserción familiar y, de no ser posible o de no estar disponible la familia, entonces se articulará con el dispositivo de las Residencias Terapéuticas, como herramienta primordial para la desinstitucionalización. Además, el hospital psiquiátrico deberá tener disponible una mayor variedad de terapias para complementar la terapia farmacológica, que no deberá ser el foco del tratamiento ni la única opción terapéutica. Inicialmente, continuará siendo de referencia nacional. Sin embargo, a medida en que se vayan fortaleciendo los otros niveles, este servicio tendrá que pasar a ser territorializado también. Deberá ofrecer atención en modalidad de hospital día, donde los usuarios puedan rescatar y mantener habilidades y destrezas sin pérdida de su vínculo familiar.

La propuesta para el cambio del modelo de atención y gestión de los servicios en salud mental está hecha. ¿Será que es posible implementarla?

Conclusiones:

“Lo importante que hemos demostrado es que lo imposible se ha vuelto posible. Diez, quince, veinte años atrás, era impensable que un manicomio pudiera ser destruido.

Tal vez un manicomio pudiera ser destruido. Tal vez los manicomios vuelvan a ser cerrados, incluso más cerrados que antes, yo no lo sé, pero de todas maneras nosotros hemos demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera, y el testimonio es fundamental. No creo que el hecho de que una acción logre generalizarse quiera decir que se ha vencido. El punto importante es otro, es que ahora se sabe que se puede hacer.”

Franco Basaglia, 1979 (2008)

Aparentemente el Ecuador se encuentra en un momento favorable en lo político, con apoyo financiero, y con la fortaleza técnica que se requiere para poder implementar este modelo. Se cuenta con un Plan Estratégico Nacional de Salud Mental que guía las acciones, y apoya el cambio del modelo, hasta el 2017, de donde se desprende ya la necesidad de la evolución del modelo hegemónico hospitalocéntrico-asilar hacia uno con base comunitaria. ¿Qué falta? ¿Cómo, antes de reformar la malla curricular, podemos ir cambiando las prácticas de profesionales que han sido de-formados según el modelo hospitalocéntrico? Y ¿cómo es que un nuevo modelo de organización de los servicios y de la atención en salud mental puede aportar a este cambio?

Vimos, fundamentalmente a partir de la Historia de la Locura, que la medicalización transformó el lugar social del loco y de la locura, pues ella no se restringe a la captura del loco por la medicina, sino que incluye la construcción de un contexto al mismo tiempo jurídico, social y cultural de lidiar con el loco, la locura, la diferencia y la diversidad. La reflexión posibilitada por Foucault nos permite escapar de la definición de locura como enfermedad mental, percibiendo el proceso de constitución de esta a través de un análisis histórico sobre la medicalización y psiquiatrización de la sociedad. Escapar a la noción de enfermedad mental se convierte en uno de los pasos fundamentales para la retomada de la complejidad del proceso salud-locura, que se da a través de la desconstrucción de las simplificaciones y conceptualizaciones psiquiátricas –

proceso que se puede llamar superación del manicomio, o desconstrucción del dispositivo psiquiátrico (TORRE & AMARANTE, 2001).

Habiendo tenido la oportunidad de conocer de primera mano el inicio de un cambio de modelo de salud mental en salud pública en el Ecuador, y habiendo conocido las fortalezas y debilidades del sistema, desde adentro, se puede apreciar que la mayor dificultad es el imaginario social, aquel que es transversal a toda la comunidad y, lógicamente, que alcanza a los funcionarios públicos que son quienes están llamados a cambiar el modelo, en un principio. Se encuentran diferentes necesidades gritantes, como la preparación de la comunidad, un cambio de este imaginario social que tiene miedo a la locura y al loco, así como se hace evidente la debilidad en la formación académica y de sensibilidad de los profesionales de la salud en general, y de salud mental específicamente, con más gravedad. Insertados en un sistema entorpecedor por ser extremadamente burocrático, se busca hacer lo mínimo indispensable, lo que no posibilita que exista una conexión con los usuarios de los servicios. El exceso de control de tiempos de atención, para poder determinar la “productividad” de los funcionarios, hace imposible que se pueda reconocer al sujeto atrás del síntoma. Muchas veces, inclusive, se hace imposible poder distinguir a ese síntoma, siquiera.

La cuestión de la delimitación de papeles es bastante difícil en la salud mental, recordando que, específicamente, en esa área, el buen relacionamiento del equipo es imprescindible. Así mismo, la no rigidez de papeles, su flexibilización, respetándose la formación profesional de cada uno, y la fluidez dinámica del cotidiano de la atención en los servicios abiertos, solicitan la competencia, responsabilidad y compromiso frente a la demanda que se presenta. El tipo de servicio y la organización del equipo que presta atención, son variables que determinan la evolución del proceso de enfermedad y la eficacia de las intervenciones, siendo estas pautadas por los vínculos establecidos en el acogimiento y la solidaridad. La tecnología en salud mental es, sin duda, el talento humano.

El equipo tiene la tarea de las más difíciles que es hacer que el usuario se acerque para el servicio, porque no se lo puede atender si está lejos. El tratamiento depende del vínculo, tiene que tratar de cerca. Eso exige alto entrenamiento y también mucha ayuda. De una manera general, eso no hace parte de la realidad de las personas que trabajan en salud mental en el Ecuador.

La asistencia en salud mental, no sólo debe pensarse en relación a la complejidad de los problemas que se presentan, sino también a la formación, composición y capacitación de los equipos interdisciplinarios.

La formación de los profesionales es un tema nodal que implica un cambio de lógica y posicionamiento frente al modelo propuesto, y requiere una formación continua de los recursos humanos.

Hablamos de tener un nuevo lugar para el profesional y el técnico, un lugar ético y político de cambio, y de romper con la medicalización y psiquiatrización de la sociedad como procesos de dominación del cuerpo, sustituyendo la fórmula enfermedad-cura y el ideal de “reparación del daño” por la noción de producción de subjetividad y reproducción social de los sujetos y de la ciudadanía. Y finalmente, la de la posibilidad de superar uno de los principales problemas que todo cambio de modelo necesita enfrentar: el de la reedición de viejos modelos con apariencia de nuevos modelos, esto es, la humanización y reformación de viejas prácticas psiquiátricas tenidas como nuevas y transformadoras. Este es el riesgo de la reducción de la reforma psiquiátrica a un mero proceso técnico y administrativo en vez de hacerlo un proceso político-social y cultural de cambio.

La observación de estos aspectos del cuidado exige de los cuidadores conocimiento técnico y comprometimiento socio-político, habilidad para lidiar con la diferencia y responsabilidad con la vida de cada persona que lo busca, motivación profesional y valorización de su trabajo. Esas cualidades se articulan con el compartir de los ideales de la reforma psiquiátrica – del cambio del modelo – y con una práctica cotidiana crítica, reflexiva y creativa. Para que eso pase, hay que disponer de condiciones de trabajo favorables, de espacios de supervisión, de una red de cuidados en salud mental, que retire los servicios de la condición de aislamiento, y de espacios de formación permanente que permitan intercambio de pensamientos y de experiencias entre los profesionales y los servicios, capaces de luchar contra la rigidez de los deseos y de los quehaceres de los sujetos cuidadores.

Los equipos de salud se deben organizar en el marco de un abordaje interdisciplinario que comprenda las áreas de psicoterapia, psicofarmacología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, musicoterapia, acompañamiento terapéutico, y otras disciplinas o campos pertinentes.

Es necesario que aquel que está excluido, sea re-contextualizado en la sociedad, fomentando la creación de nuevos dispositivos alternativos, para que aquel que tenga algún padecimiento mental en el futuro, no sea segregado sino reconocido como persona, como sujeto de derecho, inserto en una sociedad teniendo en cuenta que para su recuperación necesita de las redes sociales de apoyo, de un entorno afectivo y contenedor, y de leyes y políticas de Estado que acompañen y aseguren su recuperación o tratamiento.

El proceso de cambio, aunque fuertemente estimulado por políticas públicas, se produce verdaderamente de dentro para fuera, en el cotidiano de los servicios, en la experiencia de encuentros y desencuentros entre sus actores sociales, de sus aciertos, tentativas de aciertos y errores. La posibilidad de mantener una mirada reflexiva y contextualizada sobre esta práctica no siempre ha sido contemplada en el espacio institucional. La rutina del trabajo, aliada a la dificultad de una distancia óptima, limita la producción de interpretaciones críticas y hasta mismo de la “violencia interpretativa”, necesaria para el avance en la dirección anhelada. Del mismo modo, esa vivencia inmersa y absorta en el flujo de la experiencia puede favorecer el sumergimiento en los problemas, la asfixia generada por el sentimiento de impotencia y de insatisfacción, impidiendo la justa aprehensión de las conquistas alcanzadas.

Así, hablamos de una práctica que acoge. Acoger es “estar-con”, y estar con la locura no es domesticarla, es abrirse a la escucha y al soporte. Absorber la dimensión del acogimiento como tecnología de trabajo en salud mental, incorporar ese instrumento en la dinámica institucional y en la actitud de los profesionales evidencia una directriz teórico-práctica que incluye más de lo que lo clasifica, que reconoce el otro en su diferencia, más de lo que lo norma, que co-produce la clínica, más de lo que la prescribe.

Crea protagonismos acompañados de la demanda. Reconocer que la clínica de salud mental se perfecciona por la cualificación de los encuentros entre los sujetos que cuidan y los que necesitan de cuidados es apostar a una política de salud que puede promover cambios a partir del simple acto de la acogida, cuando ese acto es parte de una estrategia de intervención democrática, comprometida con la creación de sujetos autónomos y rumbo a la libertad para la gestión de su salud.

Partimos de una concepción de salud que está determinada socialmente, es decir que las condiciones en las que la gente vive, trabaja, se divierte, padece, influyen en los

modos en que la misma enferma, busca atención, se cura, muere. En este sentido, se debe dar un lugar central al modo de construcción del lazo social. Las subjetividades se constituyen a partir de su relación con el otro cultural y social que en cada época imprime su particularidad. Es pertinente, entonces, investigar sobre los distintos modos en que el lazo social toma forma en esta comunidad específica, signada por la pobreza y la vulnerabilidad.

Estas consideraciones intentan incluir la subjetividad y el lazo social, considerando no solamente la relación del sujeto con los medios por los cuales logra o no reproducir su existencia en el plano económico, sino también la reproducción de su existencia en el plano afectivo y social.

Todo este proceso desafía no solamente a los trabajadores de la salud, sino a toda la comunidad, ya que todos los dispositivos necesitan del apoyo y de la acogida donde estén siendo implementados. Esto requiere de mucha sensibilidad y de que se imparta información tanto de los servicios y dispositivos, como de la misma locura, para que la comunidad pueda aguantar y soportar encararla a diario. Se necesita elevar el nivel de comprensión de la dimensión de estos proyectos, para que la comunidad los acepte y se adapte a las nuevas prácticas instituyentes sobre salud mental. E inclusive, se debe tomar en cuenta que los usuarios de estos servicios son parte de esa comunidad – o estarían empezando a tomar parte activa de ella – por lo que ellos también deben entender este nuevo funcionamiento y los objetivos del por qué estar fuera de los muros y el porqué de la necesidad del empoderamiento de su propia salud... y de su propia vida.

Todo usuario tiene derecho a recibir la atención en salud mental que corresponda a sus necesidades particulares de salud, de modo que aún dentro de la inclusión comunitaria del sujeto con padecimiento psíquico, deberá ser tenida en cuenta la persona en su singularidad. Es por esto que es necesario pensar dispositivos terapéuticos adecuados que den asistencia a las problemáticas complejas, dado que, como fue enfatizado, el proceso de atención debe realizarse fuera del ámbito de la internación hospitalaria (salvo en los casos estrictamente necesarios). A tal efecto, es importante restablecer los vínculos de las personas que se encuentran internadas. Es substancial que las internaciones y tratamientos se hagan en la misma comunidad donde vive la persona, en lo posible, para que no desaparezcan los lazos sociales que lo unen a ella. Como así también que un

familiar o alguien unido afectivamente pueda acompañarlo en su traslado y a lo largo de su tratamiento. El tratamiento y los cuidados de cada usuario particular deberían basarse en un plan prescripto individualmente y aplicado por personal profesional calificado, incluyendo el acceso a la psicoterapia individual y también familiar si esta fuera necesaria.

La reforma psiquiátrica, o el cambio del modelo, no debería estar restringido a la formulación del modelo asistencial, pues la complejidad no se restringe al cierre de hospitales psiquiátricos y abrir nuevos servicios y dispositivos. El lidiar con el sujeto y no con el trastorno mental nos abre los ojos para la enormidad de factores involucrados en los procesos de inclusión/exclusión: en su diversidad, las personas con sufrimiento mental necesitan de casa, de trabajo, de transporte, de cultura, de ocio, de deportes, de comida, de diversión y arte. Necesitan de derechos y dignidad, necesitan de ciudadanía. Necesitan un espacio para desarrollar y expresar su subjetividad.

Se necesita continuar más allá, construyendo proyectos de residencia, proyectos para obtener ingresos económicos, proyectos culturales, de formación profesional, de educación y de tantos otros. En la práctica real, las políticas públicas pueden y deben articularse en políticas inter y trans- sectoriales. Si lidiamos con las varias dimensiones de la vida, necesitamos reunir acciones que están al mismo tiempo en el ámbito de la salud, de la cultura, de la asistencia social, de la educación, de la justicia, del trabajo, de los derechos humanos. Es el principio de la red llevado al extremo.

Se debe comprender que existen diferencias fundamentales entre “deshospitalización” y “desinstitucionalización”, y que el trabajo propuesto viene a ser más que la simple retirada del hospital, constituyéndose como proceso de producción de políticas, participación social y cambio cultural en la superación de la enfermedad mental y su tecnología. Además, el papel tanto del profesional como del sujeto loco, debe evolucionar hasta que se constituyan como actores políticos, más allá de la relación de poder que define los papeles del psiquiatra “maestro de la locura” y del loco “objeto”, buscando construir ciudadanía y de trabajar con el sujeto en el territorio, en los barrios, en la comunidad, saliendo del lugar técnico y objetivo y de los moldes del consultorio, consultas médicas y psiquiátricas y diagnóstico psicopatológico cerrado.

No basta con luchar contra la internación del loco, para superar la espesura de los muros del manicomio, como dijo Basaglia. Es necesario efectivamente superar los

conceptos fundantes de la psiquiatría, caso contrario veremos prevalecer en prácticas no-manicomiales y fuera del hospital psiquiátrico el saber originalmente médico hegemónico (asistencialista, curativista, especializado, individualista y hospitalocéntrico).

Finalmente, si trabajamos con las personas y no apenas con sus trastornos mentales, necesitamos llevar hasta la radicalidad hasta su máximo extremo: no hay trabajo efectivo con las personas, si ellas fueran apenas objeto de nuestros trabajos y no sujetos, protagonistas, ciudadanos. Acciones de promoción y prevención, acciones de tratamiento y cuidado, acciones de rehabilitación, todas ellas solamente alcanzan sus objetivos cuando son realizadas con la participación activa de todos los componentes de la red. Es ese el verdadero objetivo de esta lucha y de esta utopía: una nueva historia de la locura, con nuevos sujetos, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos en el campo de la salud mental.

Bibliografía

- AGUILAR, E. (2013). Historia de la Psiquiatría y Salud Mental en el Ecuador. Ediciones Abya-Yala. Ecuador.
- AMARANTE, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fim de século: ainda manicômios? (Fernandes, M.I.A., Scarcelli, I.R. & Costa, E.S., orgs.), pp. 47-53. IPUSP. São Paulo.
- Asamblea Constituyente. (2008) Constitución de la República del Ecuador. Montecristi, Ecuador.
- AYRES, JRCM. (2001) Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.
- BARRETO, D. (1983) Salud Mental en el Ecuador. Rev. Fac. Med. VIII (1-2). Quito.
- BASAGLIA, F. (2008) La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Topía Editorial. Buenos Aires.
- BASTOS, C. (2006) O sujeito no primeiro ensino de Lacan: Lacan e o descentramento do cogito cartesiano. Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais. Minas Gerais.
- BLEGER, J. (2007) Psicohigiene y Psicología Institucional. Paidós. Buenos Aires.
- BRAUNSTEIN, N. (1980). Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis. Siglo XXI. México.
- BRAUNSTEIN N. (1983). Las pulsiones y la muerte (collage). En La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacán. Siglo XXI editores. México.
- BRAUNSTEIN, N. (2013) Clasificar en Psiquiatría. Siglo veintiuno editores. México.
- BLEGER, J. (1972). Psicohigiene y psicología institucional. Paidós. Buenos Aires.
- BLEGER, J. (1988). Temas de psicología, entrevista e grupos. Martins Fontes. São Paulo.
- CABAS, A. G. (2009) O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Jorge Zahar. Rio de Janeiro.
- CAMPOS, GWS. (2003) A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. En: Saúde Paidéia. Hucitec. São Paulo.
- COHEN, H. (2007) Trabajar en Salud Mental: La desmanicomialización en Río Negro. Lugar Editorial. Buenos Aires.

- CRUZ CUESTA, E. (2003) El Loco y la institución mental. Desde la Real Audiencia de Quito hasta la primera mitad del Siglo XX. Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.
- CUEVA A. (1970) La Psiquiatría en el Ecuador. Rev. Med. Cie. Biol. VII (1-2). Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.
- FOUCAULT, M. (1998) O nascimento da clínica. Editora Forense Universitária. Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, M. (2007) El Poder Psiquiátrico. Fondo de la Cultura Económica. Buenos Aires.
- FOUCAULT, M. (2009). Historia de la locura en la época clásica vol. I y vol. II. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- FREUD, S. Obras completas. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- FREUD, S. (1886-1899) Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Proyecto de Psicología. Vol. I.
- FREUD, S. (1900-1901) La interpretación de los sueños. Sobre la psicología de los procesos oníricos. Vol. V.
- FREUD, S. (1901) Psicopatología de la vida cotidiana. Psicopatología de la vida cotidiana (Sobre el olvido, los deslices en el habla, el trastocar las cosas confundido, la superstición y el error). Vol. VI.
- FREUD, S. (1911-1913) Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras. “Sobre un caso de paranoia descrito auto-biográficamente” (Caso Schreber). Nota sobre el concepto de lo inconsciente en psicoanálisis). Vol. XII.
- FREUD, S. (1914-1916) Trabajos sobre metapsicología, y otras obras. Introducción al Narcisismo. Vol. XIV.
- FREUD, S. (1920-1922) Más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras. Más allá del principio de placer. Vol. XVIII.
- FREUD, S. (1923-1925) El yo y el ello, y otras obras. El yo y el ello. Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños. Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto. Vol. XIX.
- FREUD, S. (1927-1931) El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura, y otras obras. El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura. Vol. XXI.
- FREUD, S. (1932-1936) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Vol. XXII.

FUNK M., FAYDI E., DREW N., MINOLETTI A. (2009) Organización de los servicios de salud mental: el modelo comunitario en salud mental. Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

GALENDE, E. (1990). Psicoanálisis y salud mental. Paidós. Buenos Aires.

GARCIA-ROZA, L. A. (2001). O sujeito e o eu. In Garcia-Roza, L. A. Freud e o inconsciente. Jorge Zahar. Rio de Janeiro.

GOFFMAN, E. (2009) Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

GOFFMAN, E. (2004) La presentación de la persona en la vida cotidiana. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

LACAN, J. (1983). Escritos 1. El estadio del espejo. Siglo XXI. México.

LACAN, J. (1997) Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós. Argentina.

LACAN, J. (1998). Escritos 2. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro.

LAING, R.D. (1987) Razón, Demencia y Locura. La Formación de un Psiquiatra. Ed. Crítica. España.

LANDAZURI CAMACHO, M. (2008) Salir del Encierro. Medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro. Banco Central del Ecuador. Quito

LOBOSQUE, A.M. (1996) Saúde Mental: um lugar para o ambulatório? In: Seminário - Dispositivos de tratamento em saúde mental na rede pública: construindo um projeto, pp. 45-51. Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro. Belo Horizonte.

LOBOSQUE, AM. (1997) Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. Editora Hucitec. São Paulo.

MELLO, L. C. (2009) Encontros: Nise da Silveira. Beco do Azougue Editorial. Rio de Janeiro.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2000) Plan Nacional de Salud Mental. MSP. Quito.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (1985) Investigación Nacional sobre Prevalencia del Alcoholismo en el Ecuador. MSP. Quito.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). MSP. Quito.

Ministério da Saúde do Brasil. (2004) Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. MSB. Brasília

Ministério da Saúde do Brasil. (2011) IV Conferencia Nacional de Saúde Mental. Intersetorial. Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residencias terapéuticas, programa de volta pra casa e articulação intersetorial no territorio. MSB. Brasília.

NUNES et al. (2008) A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Caderno de Saúde Pública. v. 24, n. 1, p. 188-196. Rio de Janeiro.

ONOCKO CAMPOS, RT. (2001) Clínica: a palavra negada sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate. São Paulo.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007) La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. OMS. Washington

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008) Integrating mental health into primary care: A global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca)

PERRY, J. (1974) The Far Side of Madness. Prentice Hall Inc. New Jersey.

ROUDINESCO, E. (1996) "Introducción". En: Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault. Ed. Paidós, Buenos Aires.

SILVEIRA, N. (1981) O Mundo das Imagens. Alhambra. Brasília.

SILVEIRA, N. (1992) Imagens do Inconsciente. Atica. São Paulo.

SLEPOY, N. (2004) Institución y Psicoanálisis, la posibilidad de otro pensamiento? In: Revista Psicoanálisis. Pag. 747-762. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Buenos Aires.

SZASZ, T. (1974) O Mito da Doença Mental. Zahar Editores. São Paulo.

TENORIO, F. (2001) A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Editora Rios Ambiciosos. Rio de Janeiro.

TORRE, E; AMARANTE, P. (2001) Protagonismo e subjetividade: a construcao coletiva no campo da saúde mental. Ciencia & Saúde Coletiva. ABRASCO. V. 6, n. 1, pp. 73-86. Rio de Janeiro.

VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. X. (1999). Las Casas de los Locos: Transformaciones de las instituciones psiquiátricas. (Aníbal Goldchluk – pp. 17 y 18). Ed. Polemos. Buenos Aires.

VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XV. (2004). Historia y Epistemología de la Psiquiatría. Ed. Polemos. Buenos Aires.

VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XVII. (2006). Internación Psiquiátrica. Ed. Polemos. Buenos Aires.