



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

El lugar de la locura dentro de su tratamiento.

Análisis del contexto histórico-político de la Reforma Psiquiátrica en Chile y sus implicancias para el trabajo clínico con la Psicosis en Salud Pública.

Memoria para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica Adultos.

Ps. Felipe Díaz Arancibia

Académico Patrocinante:
Prof. Dr. Esteban Radiszcz Sotomayor

– *Santiago, Agosto 2013* –

Agradezco -en todo su valor- el apoyo, la consideración y la paciencia permanente de mi familia y mis buenos amigos.

Con amor, para Claudia.

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	2
ALGUNOS ASPECTOS EN LA RELACIÓN DE LA MODERNIDAD CON LA LOCURA	
1. La voluntad de dominio en la producción de la modernidad: el sujeto moderno como su propio objeto de conocimiento.	22
a. La condición humana contra sí misma: un eje para situar la reflexión.	22
b. La vita activa y las oscilaciones del valor político de la acción.	24
c. La experiencia moderna, la Ilustración y la razón instrumental.	28
d. La episteme moderna y el saber sobre la locura.	30
2. Una ficción histórica de las relaciones entre razón y locura.	35
a. Estructura fundamental de separación entre razón y locura.	35
b. Tres experiencias históricas de la locura según Foucault.	37
CAPITULO II	41
CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO DEL TRABAJO CON LA LOCURA EN CHILE.	
1. La psiquiatría contra sí misma: reformas en salud mental para la sociedad contemporánea.	41
a. La denuncia antipsiquiátrica y su reconocimiento por parte de la psiquiatría.	41

b. El olvido de una contradicción política.	45
2. La reforma psiquiátrica en Chile: sus políticas públicas y su articulación en un modelo de Red.	48
a. Contexto, influencias y condiciones para la institucionalización de la reforma en Chile.	48
b. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000.	53
c. Estrategia Nacional de Salud Mental 2011: “Un salto hacia adelante”	58
3. Desafíos y problemas: Desinstitucionalización, intervención comunitaria y rehabilitación como el horizonte político del trabajo con la locura.	58
a. El Proceso de desinstitucionalización psiquiátrica y sus alternativas técnicas al orden asilar.	59
b. Algunas dificultades técnico-políticas del modelo de atención en red.	65
 CAPÍTULO III	 70
LA VOLUNTAD DE SUPERACIÓN DE LA LÓGICA MÉDICA EN PSIQUIATRÍA: CIUDADANÍA, BIOPOLÍTICA Y LAZO SOCIAL.	
1. La Ciudadanía Como Objetivo Político y Terapéutico.	70
a. La ausencia del ciudadano: el problema de la exclusión en la lógica asilar y más allá de ella.	70
b. Exclusión Social y Ciudadanía Política.	74
c. El origen “no-comunitario” de la rehabilitación.	78
d. La rehabilitación como la producción de un ciudadano en la locura.	81
2. El problema del poder en la psiquiatría comunitaria: Biopolítica, gestión gubernamental y exclusión del sujeto.	86
a. El poder entre el universal de las políticas públicas y lo particular de las	86

prácticas.	
b. La red de salud como continuidad de la lógica asilar fuera del asilo.	90
3. Habitar la biopolítica: posibilidades de lazo social para la locura.	94
a. La posibilidad de estar solo.	94
b. El otro en la psicosis y la posibilidad del lazo social.	97
CONCLUSIONES	101
BIBLIOGRAFÍA	108

RESUMEN.

La presente investigación aborda el lugar que las nociones de locura desarrolladas a lo largo de la modernidad ocupan dentro de los actuales programas de tratamiento y rehabilitación psicosocial propuestos por la psiquiatría comunitaria, orientados a partir de las Políticas Públicas en Salud Mental que organizan la atención de personas con dificultades psiquiátricas severas en Chile.

Esto se realiza a partir de tres momentos: En primer lugar, se desarrolla un análisis histórico de las modificaciones epistemológicas en relación al saber sobre la locura, desde la época clásica hasta la sociedad contemporánea. En segundo lugar, se describen las implicancias políticas de estas modificaciones a partir de un recorrido histórico de la psiquiatría comunitaria que se encuentra a la base del Plan Nacional de Salud Mental que actualmente rige las prácticas de la institucionalidad psiquiátrica en nuestro País. En tercer lugar, se aborda las implicancias que existen entre los procesos de rehabilitación y la noción de ciudadanía política como horizonte de las prácticas en psiquiatría comunitaria. Finalmente se reflexiona sobre las implicancias de estos tres momentos en relación a la particularidad clínica de la psicosis y su inclusión en las prácticas ya descritas.

Palabras claves: *Psiquiatría comunitaria, Locura, Políticas Públicas de Salud Mental, Rehabilitación Psicosocial, Ciudadanía.*

“Volvía a ver a la psicóloga de vez en cuando en los pasillos, pero no mantuvimos ninguna conversación de verdad; nuestra relación se había vuelto bastante formal.

Su trabajo sobre la angustia avanzaba, me dijo que tenía exámenes en junio. No hay duda de que ahora tengo una vaga existencia en una tesis de tercer ciclo, en medio de otros casos concretos. Esta impresión de haberme convertido en elemento de un informe me tranquiliza. Imagino el volumen, la encuadernación pegada, la portada un poco triste; suavemente me aplano entre las páginas; me aplasto.

Salí de la clínica un 26 de mayo; me acuerdo del sol, del calor, del ambiente de libertad en las calles. Era insoportable”.

**Michel Houellebecq, 2009.
Ampliación del campo de batalla.**

“Ninguna utopía aséptica, tal vez porque el psicótico está ahí, feliz o infelizmente, para recordarnos que hay algo en el mundo empírico que gira en falso”

**Jean Oury, 1986.
Seminario de Sainte-Anne, Paris.**

INTRODUCCIÓN.

El 16 de mayo del año 2007, durante el último día de la reunión anual celebrada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE¹), Chile fue invitado a negociar su participación como parte integrante de este organismo. Fundada en 1960, la OCDE (2013b) es una organización de cooperación internacional que agrupa las 34 economías más estables del planeta², en torno a cierto espíritu de regulación sobre las prácticas económicas. Los representantes de los países miembros se reúnen para intercambiar información y armonizar políticas que favorezcan la mayor expansión posible de la economía, del empleo y del progreso en el nivel de vida de los países miembros; pero buscando disminuir los perjuicios que el crecimiento económico de estos países pueda tener sobre aquellos aún en desarrollo y el resto de la población mundial más empobrecida. Junto a esto, pretende impulsar el desarrollo económico a nivel planetario (OCDE, 2013a).

Si bien, Chile participó de este organismo en calidad de observador desde 1996, no fue hasta el 7 de mayo del 2010 que se ratifica su adhesión a este selecto grupo, tras haber probado méritos de estabilidad política y buena gestión económica desde que presentó formalmente su candidatura el año 2003 (BCN, 2013b). Este nombramiento implica para Chile poder dejar de “compararse” con las economías latinoamericanas, para hacerlo con las avanzadas a nivel mundial; permitiéndole encontrar soluciones a problemas en materias de desarrollo económico y social, tomando como base las medidas que se han aplicado con éxito en otros países miembros de OCDE. Además, dicha membresía, con la constante evaluación de las políticas públicas económicas y sociales que implica, le otorga un nivel de transparencia y confiabilidad fundamental para el fomento de la inversión extranjera dentro del país (BCN, 2013b).

Lo cierto, es que para ser legitimado internacionalmente como potencia económica y gozar tanto de los beneficios comerciales, como de los efectos del desarrollo en la calidad de vida que esto implica, un país debe dar pruebas de contar con una democracia sólida y un sistema político suficientemente eficiente para el desarrollo de políticas públicas que garanticen la distribución de los beneficios sociales a toda la población

¹ Si bien la sigla OCDE coincide con el español; en principio corresponde al francés, mientras que OECD corresponde a la sigla en inglés. Ambos constituyen los idiomas oficiales de la organización.

² En el momento en que Chile fue invitado estaba compuesto por 30 naciones.

(BCN, 2012a). Estas pruebas son necesarias en la medida que, hoy más que nunca, los sistemas de protección social se ven atravesados por las exigencias de la gestión económica, el rendimiento de los recursos y la efectividad de sus prácticas.

Para Michel Foucault (2007), la economía adquiere su sentido moderno ante la emergencia de la población como problema político y como nuevo sujeto de las prácticas de poder. Un poder que por cierto no limita, sino que potencia; intensifica y maximiza la vida que toma a su cargo como objeto político para su administración. Biopoder que se ejerce sobre la vida colectiva; biopolítica de hacer vivir y, consecuentemente, dejar morir. A partir del descubrimiento de las regularidades propias de la población, como el número de muertes, nacimientos, enfermedades y todos sus efectos; la vida ingresa al ámbito del cálculo político. La economía se establece como la ciencia que hace posible el gobierno de las poblaciones y el control de sus variables biológicas: “cuando se quiera conseguir algo de la población en materia de conducta sexual, demografía, cantidad de hijos, consumo, habrá que pasar por la ella (la economía)” (p. 132).

Aquello que Foucault (ídem) denomina “Gubernamentalidad”, corresponde a una modalidad de ejercicio del poder, centrada en el interés por la gestión de los procesos poblacionales. En sus palabras, “corresponde al conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja de poder, que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad” (p. 136). Si la economía se constituye como un saber acerca de los procesos vitales que giran en torno a la población, consecuentemente toda práctica en torno a garantizar la continuidad de la vida en este espacio, se encontraría de cierta forma bajo su jurisdicción.

Los sistema de protección social y las ciencias de la salud, están sometidos a la inmanencia de esta lógica económica que instala una paradoja constitutiva; pues el mismo hecho de que exista gestión, implica que los recursos con los que se cuenta nunca son suficientes para la satisfacción de una demanda. La protección social está condenada a no alcanzar jamás la totalidad de la población; situación que hace pasar el problema de la continuidad de la vida dentro de las masas poblacionales, a través del cálculo que sostiene una elección entre lo cuantitativo –entendido como ampliación de la cobertura- y lo cualitativo –entendido como mejora en la calidad de los servicios. La complementación de ambas sólo puede ocurrir en el lugar del ideal.

Dentro de las prácticas abocadas a garantizar la continuidad de la vida, quizás la de mayor importancia en términos antropológicos es la medicina; definida como una práctica social de alto prestigio entre los seres humanos, por ser capaz de someter bajo rigor científico el problema de la salud y la enfermedad de las personas, garantizando así, que sus prácticas sean efectivas al operar sobre la realidad. Es en torno a la medicina, como campo disciplinar legitimado por su capacidad predictiva y su efectividad, que se han articulado históricamente las así llamadas ciencias de la salud, que toman a su cargo el problema de la enfermedad y su tratamiento en las sociedades occidentales.

La medicina hoy, necesariamente debe tomar lugar dentro de las exigencias y necesidades propias a la población como sujeto político. Si la medicina busca prevenir y curar la enfermedad, así como también la preservación de la salud, ante el panorama actual de la globalización –y ya desde hace tiempo- los programas de control de la población han tenido que ser incorporados a la práctica médica -o al menos a una importante parte de ella-, abriendo la discusión en torno a la articulación del campo de la salud en la sociedad contemporánea (García, 1983). Si bien, la medicina siempre ha estado sujeta a la exigencia social, es claro que hoy en día la preocupación por su inserción poblacional y por el problema de la gestión de los recursos, se encuentran complementemente dentro de su campo epistemológico.

Una institución propiamente médica como la Organización Mundial de la Salud³, entiende este problema como un imperativo ético para la disciplina. Junto a la Organización Panamericana de la Salud⁴, desde la Declaración de Alma Ata en 1979⁵ (OPS, 1999; Rivero, 2003), han comenzado a demandar a las instituciones médicas y a los gobiernos por el avance de un sistema universal de atención en salud; objetivo que se encuentra actualmente en el centro de los debates sobre la prestación de servicios

³ OMS a partir de acá.

⁴ OPS a partir de acá.

⁵ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en la localidad de Alma-Ata, Kazajistan (ex URSS), entre los días 6 y 12 de septiembre de 1978. Convocada por la OPS, en ella se declara por primera vez la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. La conferencia definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de "atención primaria de salud" como una estrategia para alcanzar la meta de Salud para Todos para el año 2000 (Rivero, 2003).

sanitarios, tratando de indicar lineamientos de acción precisos para conseguir este objetivo (WHO, 2010). La cobertura universal implica el pleno acceso a servicios preventivos y terapéuticos de calidad y protección contra los riesgos económicos, en un momento político que se caracteriza por la recesión y por unos costes crecientes de la atención sanitaria, en función del envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la posibilidad de contar con tratamientos nuevos y más costosos. El desafío es organizar estas contradicciones bajo el supuesto de que una mejor productividad dentro de la gestión es posible si se dirige –sabiendo que nunca podrá alcanzarlo- hacia el ideal de la máxima cantidad y máxima calidad al mismo tiempo.

Se puede observar como esta voluntad se encuentra en un mismo plano con las pretensiones de la OCDE, ya que ambos apuntan precisamente a una maximización de los recursos que garantice un bienestar general de la población mundial, por medio de una gestión económica eficiente. Ante la falta de sistemas de financiamiento sanitario que funcionen correctamente, la realidad indica que el acceso universal no se puede conseguir excepto para una pequeña minoría de la población. Gran parte de la población mundial no logra acceder a estos servicios; pero además, cuando lo hacen puede implicar tener que elegir entre la vida o la ruina financiera. La situación no es distinta en Chile, siendo incluso más aguda. En el año 2010, Chile dedicó el 8% de su PIB al gasto en salud, más de 1,5 puntos porcentuales por debajo del promedio de los países de la OCDE. De este gasto, sólo un 47% es aportado por el gasto público, lo que se encuentra muy por debajo del 72% que otros países miembros de la organización destinan a este sector (Jiménez y Radiszcz, 2012). Esto generaría una gran brecha de acceso a los sistemas de salud por parte de la población más pobre.

Ante este panorama, no es mucho lo que puede hacer la medicina como disciplina, que recién comienza a aprender sobre gestión económica. Pero a su subdesarrollo en la capacidad de lidiar con las condiciones sociopolíticas a las que está sujeta en el campo de la salud pública, se contraponen la fecundidad de los aportes de la genética y la biotecnología incorporados durante los últimos años para avanzar en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de un mayor número de enfermedades; aumentando tanto las posibilidades de vida para las personas, como mejorando la calidad de sus condiciones.

Si bien, las dimensiones de estos avances rebasan los límites de la medicina, sus implicancias tocan una problemática que le compete de manera sustancial y que resultaría ser el límite de la maximización de las potencias de vida por parte de la

biopolítica: la muerte. A decir de Mancini (1997) “Apenas comenzando el tercer milenio estamos viviendo la vorágine de una revolución tecno-científica de impredecibles consecuencias para el ser humano y su entorno. En el ámbito de la medicina y la biotecnología, esta búsqueda -al parecer inagotable- de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que nos aquejan, unida al avance impresionante de la informática, las comunicaciones y la biotecnología, parecen conducirnos a un nuevo mundo, donde la inmortalidad aparece como una utopía alcanzable”.

Si bien, estos descubrimientos permiten que el sueño de dar término a toda enfermedad y vencer la condición mortal del ser humano pueda estar un poco más cerca que ayer, el incremento en la ilusión de un futuro sin dolor parece ser sólo la inflamación de un órgano que desde hace ya mucho tiempo cumple esa función.

Más allá del malestar que pueda asociarse a la medicina por las denuncias contra la medicalización de la vida cotidiana, el mal funcionamiento de los sistemas de salud o el lucro en la administración de su ejercicio, el sentido común no tiene mayores razones para desconfiar de ella, ni mucho menos despreciarla. Más bien ocurre todo lo contrario; desde los primeros momentos de nuestra experiencia como criaturas humanas, la institución médica atraviesa nuestra relación con el malestar, dando contundentes pruebas de efectividad en su tratamiento. Desde el nacimiento hasta la muerte, estamos inmersos en la cotidianidad de las prácticas médicas y en la permanente constatación de sus efectos. La medicina se establece, prácticamente de manera “natural”, como el campo de administración para todo imperfecto en las condiciones biológicas de la vida humana, produciendo como efecto en las personas una inclinación “igualmente natural” a sostener este lugar como el soporte de la propia fragilidad. Podría pensarse incluso al saber de la medicina, en su nivel significativo, como un recubrimiento de la experiencia de desamparo que implica dicha fragilidad.

Y es que efectivamente el sujeto adulto es el superviviente de la condición de prematuración presente en el ser humano⁶, que lo sitúa como especie en desventaja una

⁶ Se puede entender la noción de prematuración en función de lo que Freud explica como una condición del ser humano en “Inhibición síntoma y angustia” (1996): “La existencia intrauterina del hombre se presenta abreviada con relación a la de la mayoría de los animales; es dado a luz más inacabado que estos. Ello refuerza el influjo del mundo exterior real, promueve prematuramente la diferenciación del yo respecto del ello, eleva la significatividad de los peligros del mundo exterior e incrementa enormemente el valor del único objeto que puede proteger de estos peligros y sustituir la vida intrauterina perdida. Así, este factor biológico produce

vez que está arrojada al mundo; desprovista de la capacidad instintiva para cancelar la excitación insoportable proveniente de su propia actividad endógena y de la posibilidad de emprender por sí mismo las acciones necesarias para eludir los peligros del mundo (Freud, 1996). La criatura humana se encuentra en una dependencia absoluta respecto del medio al que llega, verdaderamente a merced de las fuerzas que en aquel lugar se constituyen, pero también a merced de las fuerzas internas en tensión permanente que exigen ser descargadas para volver a la quietud de un estado cero. Su vida o su muerte, dependen absolutamente del deseo de otro sujeto que haya alcanzado su completa maduración como miembro de la especie y que logre asistirlo para su supervivencia; razón por la cual este "Otro" se presenta ante él como omnipotente.

Si bien, una parte de su supervivencia depende de la capacidad que pueda desarrollar para manifestar un llamado a aquel Otro que logre movilizarlo para cancelar su necesidad (los precarios gritos y llantos que logre emitir), igualmente dependerá de la posición que el Otro tenga respecto a él; de desear satisfacerlo o de frustrarlo, de desear su vida o su muerte. Además, todo cuanto queda fuera de su control implica un número de factores por mucho mayor a sus limitadas capacidades de respuesta. Tanto a nivel del individuo como de la especie, la supervivencia a la fragilidad de su propia constitución biológica inacabada, corresponde a la primera prueba que cada humano debe superar para mantener la vida; pero que de alguna forma se mantiene como el fondo siempre amenazante de la experiencia posterior.

A decir de Althusser (1964): *"Los 'efectos' del devenir-humano del pequeño ser biológico surgido del parto humano: he aquí, en su lugar, el objeto del psicoanálisis, que lleva el simple nombre de inconsciente. Que ese pequeño ser biológico sobreviva... sobreviva como niño humano (escapando de todas las muertes de la infancia, muchas de las cuales son muertes humanas, muertes que sancionan el fracaso del devenir-humano), tal es la prueba que todos los hombres adultos han sobrellevado: son para siempre amnésicos, los testigos, y frecuentemente las víctimas de esas victorias, que llevan en lo más sordo, es decir en lo más clamoroso de sí mismos, las heridas, dolencias y fatigas de ese combate por la vida o la muerte humanas"*. (p. 66). Sobrevivir a esta prueba es lo que permite la inscripción dentro del orden humano.

las primeras situaciones de peligro y crea la necesidad de ser amado, de que el hombre no se libraré más" p.145.

En general, para la mayoría de los miembros de la especie, la experiencia de desamparo tiende a ser recubierta por la presencia de aquel Otro, que permitió que la existencia fuera posible; pero que a la vez fue ante quien aconteció el desamparo. En este sentido, el psicoanálisis enseña que la continuidad de la propia vida no está garantizada de antemano, pero que la constatación de esta fragilidad se vuelve una experiencia difícil de tolerar: “Algunos, la mayor parte, salieron de ese combate casi indemnes - por lo menos les interesa hacerlo saber claramente-; muchos de estos antiguos combatientes quedan marcados por él para toda la vida; algunos morirán, algo más tarde, de su lucha, de las viejas heridas súbitamente reabiertas en la explosión psicótica, en la locura, en la última compulsión de una ‘reacción terapéutica negativa’; otros, más numerosos, morirán con la mayor ‘normalidad’ del mundo, tras la apariencia de una extinción ‘orgánica’” (p. 67).

Frente a esta dificultad vital, el saber médico podría estar situado en el lugar de aquel Otro, que en la experiencia del sujeto fue capaz de sostener su vida, aunque esta vez sostiene una esperanza entre los hombres para enfrentar su propia fragilidad y sobreponerse a ella. Ninguna otra práctica contemporánea permite generar -de manera tan masiva- el horizonte de una confianza racional en la continuidad de la vida biológica en cada individuo; dando fondo a su vez a la posibilidad de cierto porvenir, al sostener una oportunidad de alivio para el sufrimiento proveniente desde el propio cuerpo, condenado a la ruina y la disolución; tal como lo presentaba Freud (2008) siendo una de las formas en que el malestar por la muerte se presenta ante la vida de los seres humanos en la cultura.

Los hombres depositan -prácticamente con exclusividad- aquella parte de su fe, que ha sido mayormente atemperada por la realidad, en las posibilidades técnicas que el saber médico pueda tener de subvertir el camino de la enfermedad; y se hacen con razón, pues no se puede negar que es gracias a sus avances que la vida humana ha podido prolongarse y mejorar sus condiciones de una manera impensada.

La práctica médica en las sociedades contemporáneas, se afirma a sí misma como el rito por excelencia para conjurar la muerte. Es aquella práctica la que se hace cargo de este límite y su desafío fundamental es sobreponerse a él; por lo que hoy en día, quiéralo o no, cumple un rol fundamental en sostener la ilusión de superar el dolor en la existencia; el malestar en la cultura.

Pero esta ilusión de terminar con el malestar de manera definitiva, la voluntad de establecer un dominio racional sobre el límite humano, impulsa al saber médico a operar

sobre ese límite sin considerar las implicancias de su propia dimensión existencial. Trabaja sobre él en abstracto, desprendiéndolo de su experiencia concreta. Intenta dominarlo desde la positividad que imponen sus propios conceptos, alejándose de la dimensión negativa de su realidad, de su encarnación en la particularidad del ejemplar. Podríamos decir que el saber médico, en palabras de Adorno y Horkheimer (1998), en cuanto proyecto ilustrado, ha expresado su voluntad de liberar a los hombres del miedo y convertirlos en señores, pero en ese ejercicio también ha devenido mito.

Esta forma de tratar el límite de la experiencia humana, se expresa claramente en la manera en que la modernidad ha lidiado con aquella experiencia que denomina locura, y que para el saber médico contemporáneo constituye una forma particular de malestar que –a través de la psiquiatría- ha tomado a cargo bajo el nombre de psicosis, o más actualmente, de los trastornos psíquicos severos.

Para la experiencia moderna, la percepción social le atribuye a la locura un cierto lugar inabordable. La locura, socialmente, es vista como una situación incurable; como una pérdida de contacto con la realidad tal, que ya ni siquiera permite compartir el espacio social, pues ella resulta ser una condición demasiado inadecuada como para conformarse a las normas de la convivencia social. Pero quien padece la locura es también aquel en que la llamada al orden no surge mayor efecto, pudiendo ser incluso demasiado peligroso como para permitirle libertad. Su presencia se vive como amenaza, pero también como deseo de su ausencia. Si bien, el loco es tolerable en su circulación por la ciudad, no lo es tanto para el entramado familiar o social al que pertenece más directamente. Su presencia irrumpe bajo la forma de un sufrimiento psíquico intolerable, que genera una situación de crisis dentro de estos espacios. La locura anuncia su presencia en medio de la vida cotidiana para alterarla en aquello que la vuelve soportable.

Se instala entonces en estos vínculos un dolor tan difícil de comprender como de situar y procesar por todos quienes se ven involucrados en él. Un dolor o sufrimiento existencial que requiere de asistencia para poder ser sobrellevado; para hacer desaparecer aquella alteración de la vida en común, que se vuelve inabordable por los requerimientos de la palabra o por las formas de modulación social que dicta el sentido común familiar y colectivo; una dificultad y un sufrimiento en último término indialectizables.

En este sentido, dentro del campo de la salud mental, las psicosis han tenido el lugar de aquello que hace límite a las técnicas del saber médico en el campo de la

psiquiatría. Si bien, actualmente los avances biotecnológicos en el desarrollo de medicamentos ha producido una importante disminución sintomática y de los efectos defectuales en personas que sufren trastornos psicóticos, medidos con la vara de sus pretensiones, sus resultados siguen siendo más bien menores. A pesar de esta pretensión ilustrada del saber médico por apropiarse totalmente del fenómeno de la locura, nada ha podido hacer la psiquiatría para acabar definitivamente con ella. Sin embargo, en una mayor conciencia de sus limitaciones como disciplina, la dedicación de la psiquiatría apunta a contrarrestar la sinrazón por todos los medios posibles y así restituir en su lugar la razón desplazada por efecto de una probable disfunción orgánica.

Si para la experiencia colectiva, la relación entre la manifestación de una patología y su localización orgánica, ha sido suficientemente ratificada por la efectividad de los procedimientos médicos, no hay razón para no extender dicho proyecto a la patología mental. De hecho, el saber médico, bajo la forma de la psiquiatría, no renuncia a este ideal: la posibilidad de controlar orgánicamente el origen de la desviación que conduce al sufrimiento psíquico. Pese a esto, hoy en día se conforma con un avance fragmentado hacia esa meta; verificando logros en la disminución de la angustia, la desaparición de la sintomatología que define a la patología y la posibilidad de restituir cierto funcionamiento social que permita la continuidad de la vida cotidiana entre sus vínculos cotidianos. Pese a esto, sigue habiendo un número de casos que no responde a ninguno de estos esfuerzos.

Los hospitales psiquiátricos son testigos de estos fracasos; dentro de ellos circulan buena parte de los pacientes cuyo único tratamiento posible -y en cierta medida eficaz- es sostenerse a lo largo de años como consultantes de los sistemas de salud. Son los llamados pacientes crónicos, que dentro o fuera de las instancias médicas oficiales, atestiguan la imposibilidad actual de la psiquiatría ante su propio proyecto.

Para la psiquiatría, la locura se trata de un objeto contradictorio; pues si bien se pretende eliminar por el enérgico rechazo social que provoca en la vida colectiva, a la vez se busca todo el tiempo para encontrar en ella una verdad sobre el sufrimiento psíquicos que permita su dominio. Esta situación contradictoria de la locura en la época moderna, deseada como objeto de conocimiento médico y a la vez rechazada como aparición social, es la condición de posibilidad para la constitución del hospital psiquiátrico como dispositivo de atención; una especie de solución de compromiso que permite reconciliar los aspectos contradictorios de la forma en que fue comprendida al comienzo de la

modernidad, al ser a la vez un espacio de aislamiento social, tratamiento e investigación (Foucault, 2005).

Pero el redoblamiento de la condición de exclusión que produce el aislamiento dentro del hospital psiquiátrico, comienza a ser un problema dentro del desarrollo de las democracias actuales. Como demuestran las intenciones declaradas por la OCDE (2013b), el tema de la inclusión social se ha puesto en el centro de los debates políticos y económicos en las economías desarrolladas, pues la desproporción en la repartición de los beneficios del crecimiento económico ha generado grandes masas humanas que se han desprendido del acceso al consumo y los servicios de bienestar social.

Este contexto, llega para interponerse a la inercia de las tradicionales prácticas hospitalarias que el saber psiquiátrico ha tenido en relación a la locura, constituyéndose en el ruido de fondo que, a partir de las últimas décadas, la psiquiatría no puede dejar de escuchar. En otras palabras, el paciente psicótico, convocado a ser tratado y excluido a la vez (Gros, 1997), ha sido situado por la psiquiatría en una cierta posición de “objeto” - tanto de manipulación como de exclusión- que la sociedad contemporánea no puede permitirse, en la medida que esta objetivación no reconoce el estatuto fundamental de persona que le corresponde, con los derechos humanos inalienables que le están asociados.

La psiquiatría, sujeta a las condiciones sociales que le otorgan legitimidad como disciplina, no ha tenido más opción que integrar esta demanda política dentro de su campo epistemológico⁷. Este es el panorama actual desde donde parte el tratamiento psiquiátrico; el doble problema del desarrollo del conocimiento en torno a locura como problemática médica y los efectos de exclusión que produce su modo de aparición; situaciones heredadas desde las formas en que la conciencia clásica comprendió la locura, y que aún siguen sin ser resueltas por la forma actual de institucionalidad psiquiátrica (Foucault, 2006). La institución médica del manicomio y sus prácticas clínicas serán condenadas por los propios herederos de su administración, como dispositivo hegemónico del saber psiquiátrico, que no da cuenta de las necesidades reales en torno a las patologías psicóticas. Una vuelta de la psiquiatría contra la psiquiatría, en un intento de reconciliar su producción técnica y su saber con la voluntad humanista que anima su

⁷ Al igual que, en términos más generales, la medicina ha tenido que integrar el problema político del acceso a los servicios sanitarios dentro de su propio saber disciplinar.

legitimación como práctica social; pero sin poder ver lo que en esa afirmación de la negación de su pasado, se mantiene presente justamente como un elemento sin reconocer dentro de la propia constitución.

En nuestro país, la tradición institucional de la psiquiatría comunitaria intenta plantearse este problema articulando un pensamiento en torno a la enfermedad mental que abarque tanto su determinación biológica como los efectos de su inscripción dentro del campo social, en un gesto que supera las delimitaciones propias de la asistencia médica institucional (Minoletti y Zaccaria, 2005). Opera interviniendo sobre los espacios donde los pacientes psiquiátricos desarrollarían normalmente sus vidas cotidianas, para acompañar su reinserción posterior al momento de crisis e iluminar la oscuridad de una representación social que definiría equivocadamente estas patologías (Díaz y Radiszcz, 2012).

Para esto, la psiquiatría comunitaria busca ir más allá de las intervenciones que históricamente le han correspondido dentro de la tradición médica. En primer lugar, inscribe dentro de sus procedimientos intervenciones que rebasan el límite de lo biológico hacia otros saberes y técnicas,⁸ para situarse en prácticas que apuntan a mejorar cierta performance social de estos sujetos. Por otra parte, asume el sentido político de su intervención, buscando generar las condiciones para producir un sistema de administración de salud mental a nivel poblacional, en el marco de los derechos humanos, propiciando intervenciones que busquen legitimar un lugar social para las personas que padecen patologías psiquiátricas severas; es decir, reivindicar su pleno derecho de ciudadanía (ídem).

Sabemos que esta historia no empezó con la psicología comunitaria, pues la exclusión como práctica solamente aparece a partir de la experiencia histórica de la locura en la época clásica, como muestra Foucault (2006). Anteriormente la locura ocupaba un determinado lugar, también situado en el límite, pero dentro de las prácticas sociales propias del final la edad media y el renacimiento. De hecho, siguiendo a Foucault (ídem), la historia de las prácticas psiquiátricas es mucho más fragmentada que su pretendida identidad dentro de la disciplina. Por el contrario, cada época histórica mantiene una conciencia de la locura particular, determinada por la relación que esa época tiene con su

⁸ Fundamentalmente ligadas a las ciencias sociales y/o a profesiones de asistencia como la psicología, el trabajo social y la terapia ocupacional.

origen como cultura, es decir, con aquel movimiento fundacional en que la razón surge desde un fondo de locura fundamental, con la que trata de establecer una relación dialéctica, pero que en ese mismo movimiento olvida o exilia de la experiencia, la verdad de su origen.

Este olvido también está presente en la institucionalidad psiquiátrica de hoy en día, que mucho más que ser la evidencia de una historia lineal del desarrollo de los derechos humanos y la inclusión de los locos, da muestras de ser un campo político en conflicto permanente; que en su legítima intención de tratamiento, defiende intereses institucionales de la disciplina que desplazan cierta verdad de la locura que, como la verdad expresada la experiencia de fragilidad y desamparo constitutiva de la especie humana, tiende a ser olvidada o desplazada de las vivencias cotidianas (Díaz y Radiszcz, 2012).

La siguiente tesis pretende dar cuenta del contexto histórico, en términos epistemológicos y políticos, de las prácticas de asistencia que constituyen hoy en día el sistema público de atención para pacientes psicóticos o con patologías psiquiátricas severas en Chile; intentando señalar la relación actual entre el tratamiento asistencial de la psicosis, el lugar político del ciudadano en las sociedades contemporáneas y sus posibilidades terapéuticas de subjetivación, en la medida que puedan producir efectos más allá de la obturación del sujeto que es efecto de la medicalización radical de la experiencia de la locura y de su normalización por medio del ajuste a roles sociales definidos.

El primer capítulo realizará un recorrido epistemológico y una interpretación de ciertas prácticas y representaciones, que permitan comprender la producción del sujeto moderno y la relación que ha establecido con la locura. El recorrido irá desde la definición que establece Hannah Arendt respecto de la condición humana, para dar cuenta del ejercicio permanente dentro de la experiencia moderna, por sobreponerse a aquella condición para establecer un dominio sobre aquello a lo cual se encuentra sujeto el ser humano. A partir de esto, se intentará mostrar las representaciones y prácticas en las que esta voluntad de dominio sobre el orden natural se ha establecido en su relación con la locura; en la medida que la locura constituye aquel sustrato negativo desde el cual la razón afirma su propia existencia. Finalmente, se buscará inscribir las actuales prácticas psiquiátricas dentro de las formas contemporáneas de la conciencia de la locura descritas anteriormente, dando cuenta de su irreductibilidad a una forma trascendental (la

pretensión médica de aprehender completamente la verdad de la locura) en función de visualizar la propia constitución de la cultura occidental y el lugar preponderante de la razón, en términos de una oposición a lo otro de sí mismo que a la vez lo constituye; aquello que denomina locura.

El segundo capítulo intenta establecer el sentido político de las actuales prácticas en psiquiatría, buscando comprender el lugar que dichas prácticas tienen dentro de los procesos de intensificación de las posibilidades de la razón en las sociedades contemporáneas; así como en función de los efectos de normalización que destituyen a la locura de cualquier posibilidad de una afirmación de la diferencia -de aquello otro radical a la razón- pero a su vez, cómo al mismo tiempo se sostiene una afirmación respecto a las posibilidades que tendría la locura para integrarse al orden racional de la democracia, a partir de la suposición inalienable de sus derechos humanos como ciudadanos. En primer lugar se describirá la voluntad emancipatoria de las actuales prácticas psiquiátricas en relación a las lógicas asilares, para luego dar cuenta de la manera en que esa voluntad se formaliza a nivel nacional a partir del establecimiento de políticas públicas que sitúan a los derechos humanos y el trabajo comunitario, dentro de un proyecto de desinstitucionalización de la locura. Se dará cuenta de los principales elementos que componen este plan, así como sus ideas fuerza y las indicaciones técnicas para establecer formas de intervención que sean capaces de superponer el trabajo comunitario a la intervención hospitalaria. Finalmente se analizarán las dificultades técnicas, económicas y políticas que el modelo ha tenido, así como la preponderancia que aún tiene el modelo médico tradicional dentro de las intervenciones psiquiátricas que pretende ir más allá del asilo.

Por último, se buscará dar a conocer los conceptos bajo los cuáles es posible entender la rehabilitación de personas afectadas con patologías psicóticas, para dar paso a la constitución posible de un lazo social, que reintegre la experiencia excluida dentro de un determinado espacio social. En primer lugar, se explicitará lo que la psiquiatría comunitaria entiende por exclusión social, y la manera particular en que esta se expresa y afecta a las personas afectadas por patologías psiquiátricas severas. Posteriormente se analizará la categoría de ciudadanía política el lugar al que debe apuntar el horizonte de las prácticas psiquiátricas en materias de reinserción, para dar cuenta de la necesidad de producir en los pacientes las condiciones necesarias para asumir el ejercicio de sus

deberes, como el resto de los ciudadanos que comparten la vida pública. Posteriormente se revisará lo que la psiquiatría tradicional ha entendido por rehabilitación y los nuevos sentidos que la psiquiatría comunitaria otorga a estas prácticas, para articularlas como un eje de intervención psicosocial que implica un trabajo de reconstrucción de las habilidades humanas necesarias para “habitar” los espacios sociales y poder estar con los demás. Posteriormente se dará cuenta de la dimensión del poder propia a las prácticas comunitarias y al ejercicio de la gubernamentalidad biopolítica en el establecimiento de un universal de tratamiento, que pone trabas a un trabajo que busque restituir la dimensión subjetiva en estos pacientes. Finalmente se explicitan algunas particularidades del procesos psicótico que implican dificultades en el establecimiento del lazo social, por circunstancias que no tienen que ver necesariamente con la modificación de los sentidos respecto de su percepción (estigma, exclusión, etc.), sino que plantean la dificultad misma y, a la vez, la necesidad, de trabajar con la locura en instituciones de salud pública; abriendo la pregunta sobre la posibilidad de establecer dichas prácticas dentro del contexto político nacional.

I. ALGUNOS ASPECTOS EN LA RELACIÓN DE LA MODERNIDAD CON LA LOCURA.

1. La voluntad de dominio en la producción de la modernidad: el sujeto moderno como su propio objeto de conocimiento

a. La condición humana contra sí misma: un eje para situar la reflexión.

En el comienzo del prólogo a su libro “La condición humana” (2005), Hannah Arendt ofrece una imagen verdaderamente literaria, que logra transmitir la potencia de su propio trabajo: “En 1957 se lanzó al espacio un objeto fabricado por el hombre, y durante varias semanas circundó la Tierra según las mismas leyes de gravitación que hacen girar y mantienen en movimiento a los cuerpos celestes: Sol, Luna y estrellas. Claro está que el satélite construido por el hombre no era ninguna luna, estrella o cuerpo celeste que pudiera proseguir su camino orbital durante un periodo de tiempo que para nosotros, mortales sujetos al tiempo terreno, dura de eternidad a eternidad. Sin embargo, logró permanecer en los cielos; habitó y se movió en la proximidad de los cuerpos celestes como sí, a modo de prueba, lo hubieran admitido en su sublime compañía” (p. 29). La voluntad humana de trascender la realidad terrestre expresada en esta escena, da cuenta de la situación del hombre actual, que parece determinado a superar las limitaciones de su condición humana. Habita en nosotros, dirá Arendt, una especie de rebelión contra la existencia tal cual se nos ha dado; que no parece tener una explicación material determinada, y que nos impulsa a reemplazarla por un producto de nuestra propia producción.

Este impulso emancipatorio no es patrimonio de la sociedad contemporánea. Algo de esta voluntad se encuentra desde siempre entre los hombres, pues el artificio mismo del mundo como producción humana, dirá Arendt, separa la existencia del hombre respecto de toda determinación propiamente animal y natural.

La modernidad ha expresado esta voluntad a través de un proceso secularizador, emancipándose de una idea de Dios que lo condicionaba en sus posibilidades respecto al

conocimiento del mundo y su acción sobre él. Pero la separación respecto a la Tierra, como la condición última a la que está sujeta la producción de la realidad humana tal y como la conocemos hoy, implicaría la producción de un nuevo hombre bajo nuevas condiciones (las de la vida fuera de la tierra, la vida “artificial”); situación que implicaría “cortar el último lazo que situaría a los hombres entre los hijos de la naturaleza” (ídem, p. 30).

Más allá de los juicios de valor, el problema, según Arendt, es si tenemos o no la posibilidad de plantearnos la deseabilidad de este proyecto. Evidentemente, decidir si queremos o no utilizar nuestros conocimientos técnicos y científicos para la consecución de este fin; corresponde a un problema político de primer orden, que no corresponde dejarlo en manos solamente de científicos o burócratas. Pero hasta ahora las determinaciones que han llevado a dirigir el interés humano hacia estas acciones ha sido determinado por la racionalidad técnica y no política.

En este circuito, donde la racionalidad técnica se ha vuelto irreflexiva, desprendiéndose del ámbito político y estableciendo el orden de las acciones de la humanidad en función de su propia racionalidad interna; es donde se vuelve necesario introducir un ejercicio de pensamiento en torno a las condiciones que han permitido la realidad de dicha racionalidad. La racionalidad técnica se ha transformado en una práctica que opera sobre la realidad de manera compulsiva, prescindiendo de la necesidad de desarrollar un pensamiento sobre su propio funcionamiento y un discurso que la explique: una voluntad de poder que trasciende las preguntas éticas del “¿qué puedo hacer?” y “¿qué me cabe esperar?” planteadas por Kant (Foucault, 1999).

Pero la espectacularidad de estos proyectos, por más que sitúe su horizonte en borrar las huellas de la condición humana, son producto de ella misma; es decir, del estado de necesidad originario al que, el organismo llamado humano, se ve enfrentado para sobreponerse a todo lo que amenaza su existencia en el reino de la naturaleza. Podríamos decir que dentro de las más asombrosas y espectaculares acciones humanas, está contenida la simple y compleja necesidad del ser por mantenerse en la existencia. Toda acción humana, dirá Arendt, no deja de ser efecto de las condiciones propias de la vida humana en la Tierra; es decir, de la necesidad de tomar a cargo nuestra propia vida biológica, sostenerla por medio de la relación con la naturaleza y establecer un espacio de intercambio que permita trascender ambas situaciones.

Seguendo el camino de Arendt, es posible entender el proyecto histórico de la modernidad como una manera particular que los hombres han articulado para poder lidiar con la condición humana; que si bien se presenta a sí misma siguiendo la imagen total que otorga el orden del sentido, más bien corresponde a una serie de prácticas fragmentadas atravesadas por un deseo emancipatorio y una voluntad de dominio sobre la naturaleza. Las prácticas en torno al problema de la locura han estado marcadas por este signo, en la medida que ha sido entendida como un objeto de la naturaleza que se pretende dominar; pero también en la medida que es ella misma la marca de este desprendimiento del hombre respecto a la naturaleza.

En este sentido, para realizar un ejercicio de pensamiento respecto de la relación entre la razón y la locura, que permita comprender las prácticas que hoy en día hemos heredado de la tradición moderna; es necesario realizar el mismo ejercicio de ficción histórica. Si bien este ejercicio puede presentarse también como una imagen total dentro del orden del sentido, lo relevante del ejercicio es que, al considerar los elementos que han sido condición histórica en la producción de los discursos sobre la razón y la locura, podrá permitir evaluar su propia racionalidad para ponerla en perspectiva.

b. La vida activa y las oscilaciones del valor político de la acción.

Vita activa es el concepto con el que Hannah Arendt (2005) designa lo propio de la condición humana. La vida se ha dado a los hombres a condición de tres actividades fundamentales: la labor, el trabajo y la acción.

Labor corresponde al funcionamiento biológico del cuerpo humano en la necesidad que surge de su actividad autoproducida. Es el tejido compuesto de necesidades y respuestas de un cuerpo a su interacción con el medio “la condición humana de la labor es la vida misma” (ídem), correspondiendo a lo natural de la exigencia del hombre, en la medida que está inmerso en la repetición constante del ciclo vital durante su existencia. Por su parte, el trabajo responde a lo no natural de la exigencia del hombre, es decir que no está dentro del orden de la eterna repetición de lo biológico. Labor y trabajo se distinguen en la medida en que el segundo implica el primer quiebre de las actividades humanas con el orden de la naturaleza. El trabajo produce un “artificial mundo de cosas” claramente distinguible de toda circunstancia natural. Este mundo trasciende la vida humana y persiste a su muerte en su realidad objetual: “dentro de sus límites se alberga

cada una de las vidas humanas, mientras que este mundo sobrevive y trasciende a todas ellas. La condición humana del trabajo es la mundanidad” (p.35). Finalmente, la acción es la única actividad que se da entre los hombres sin la mediación de cosas o materia. Se establece a partir de la constatación efectiva de que cada hombre debe realizar su vida en coexistencia con todos los demás. El ámbito de la acción es causa y efecto de lo irreplicable del acontecimiento humano, introduce la posibilidad y la necesidad de la novedad para los hombres. Ante la necesidad de afirmar su existencia personal frente al resto de los hombres, el ser humano requiere de la acción para hacer posible su singularidad en la pluralidad. Es por tanto, la condición por la cual existe la vida política.

Todo cuanto se produzca como efecto a partir de estas condiciones, se vuelve también condición de la vida humana; por tanto estas son las tres situaciones a partir de las cuales acontecen todas las dimensiones y producciones que afectan a los hombres y que al mismo tiempo transforman su realidad; pero sin nunca alterar en lo fundamental las condiciones que le han dado origen⁹. Podríamos decir que estas tres situaciones, y los efectos que tengan sus propias producciones, corresponden a la condición de inestabilidad que impulsa el acontecer de la vida humana. *Vita activa*, entonces puede entenderse como aquella negatividad que produce la existencia humana como permanente devenir, tal y como se nos presenta ante nosotros; como expresión de sus propias condiciones.

La acción implica un mayor desprendimiento del orden de la necesidad; ya que en la interacción con los demás es posible realizar asuntos que trasciendan aquellos que son propios a la vida biológica y la supervivencia. Por esta razón, para Arendt (ídem) la acción tendría un estatuto más elevado respecto a las otras dos. El ámbito de la acción permitiría la elección de los diversos modos de vida posible, con plena independencia de las necesidades de la vida. En la acción se integran la labor y el trabajo como expresiones de la *vita activa*; para ingresar al orden de la expresión y administración de los modos de vida posible. De esta forma, a partir de la acción como puesta en discurso de las

⁹ Como se ha visto, sólo la experiencia de la técnica ha podido abrir la posibilidad de modificar la condición humana; pero para llegar ahí ha debido surgir como posibilidad desde el ámbito de la acción. Pese a no haber modificado en lo esencial la condición humana, sus efectos sobre el hombre han tenido efectos, como condición ellos mismos, sobre las formas de vida humana y las maneras de entender su relación al mundo.

condiciones de vida de los seres humanos, es posible entender a la *vita activa* en relación con la tradición del pensamiento político de occidente. “La acción es la actividad política por excelencia” (p. 36).

Más allá de la pregunta de la identificación entre acción y libertad, la pregunta por la vida política es al mismo tiempo una pregunta por las posibilidades de la acción dentro de la vida colectiva; pregunta que determina las elecciones en las formas de vida posible. En este sentido, para Freud (2008) el modo en que se reglan los vínculos recíprocos entre los seres humanos es uno de los aspectos fundamentales de la cultura: “Acaso se pueda empezar consignando que el elemento cultural está dado con el primer intento de regular estos vínculos sociales. De faltar este intento, tales vínculos quedarían sometidos a la arbitrariedad del individuo, vale decir, el de mayor fuerza física los resolvería en el sentido de sus intereses y sus mociones pulsionales... la convivencia humana sólo se vuelve posible cuando se aglutina una mayoría más fuerte que los individuos aislados, y cohesionada frente a estos. Ahora el poder de esta comunidad se contrapone como “derecho”, al poder de individuo, que es condenado como “violencia bruta”. Esta sustitución del poder del individuo por el de la comunidad es el paso cultural decisivo. Su esencia consiste en que los miembros de la comunidad se limitan en sus posibilidades de satisfacción, en tanto que el individuo no conocía tal limitación” (pp. 93-94).

Toda vida colectiva implica un límite a la satisfacción personal; lo que es decir, a las formas de vida posible. La política, como expresión de la *vita activa*, se encuentra en el centro mismo de la articulación entre los deseos posibles. De esta forma, siguiendo a Freud, si el ámbito de la acción está estipulado en torno a la realidad de la pluralidad humana, su composición sería estructuralmente conflictiva.

Pero las dificultades de la vida colectiva y el problema del “malestar en la cultura” propuesto por Freud, se establece en torno al ámbito de intercambio interpersonal que no constituye la acción propiamente tal; pues si bien el problema se plantea en torno a la relación de una afirmación personal (deseo) en relación a otro, esta se expresa a nivel del valor de uso de las relaciones interpersonales: “los vínculos sociales que ellos entablan como vecinos, como dispensadores de ayuda, como objeto sexual de otra persona, como miembros de una familia o un estado” (p. 83). Todas estas relaciones descritas por Freud dan cuenta o bien de un cierto uso respecto del otro, o bien una respuesta que se espera del otro en tanto ocupa un función determinada; por tanto el sentido de la vida pública y la política estaría principalmente en normar estas relaciones.

Pero antes que regular o normar la convivencia entre los hombres, el sentido de la política, como efecto de la acción como condición humana, es la articulación de una forma de vida posible. Para los griegos, la vida activa ejercida en la polis, constituye una forma muy especial y libremente elegida de organización política que no entra dentro del orden de lo útil o lo necesario; la vida dedicada a los asuntos de la polis (Arendt, 2005).

Parece ser que el sentido político de la acción se difumina en la modernidad; situación que comienza a establecerse desde la edad media, pero en un sentido diferente. Con la desaparición de las antiguas ciudad-estado en Grecia, el término *vita activa* pierde su sentido político, pues ante los valores cristianos tiende denotar toda clase de compromiso activo con las cosas del mundo. Su valor es degradado al ser considerada también dentro del ámbito de las necesidades humanas, de las cosas terrenas. El único valor de libertad posible está dado por el ascetismo de una vida contemplativa frente a la creación divina, pues ante la imposibilidad de ser igualada, ninguna creación humana cuenta con suficiente dignidad para adquirir el valor de libertad (ídem). Es en la contemplación donde la verdad se revela al hombre, es lo que hará posible el conocimiento.

Con la llegada de la voluntad secularizante de la modernidad, se invierte nuevamente el valor atribuido a la contemplación y a la acción. La actividad científica y la búsqueda del desarrollo de la técnica subvierten el orden divino de la preocupación por la contemplación, para situar a la acción como el último horizonte de la cultura humana. Pero, si bien, la modernidad restituye el valor de la acción entre las preocupaciones humanas, no restituye necesariamente su sentido político. La acción tendrá un valor en relación a las posibilidades de intervenir sobre la naturaleza a partir del trabajo, de constituir una verdadera sociedad del trabajo (ídem)

La modernidad ha podido elevar el valor del trabajo¹⁰ precisamente porque la capacidad que éste tiene para intervenir sobre la naturaleza, lo sitúa como la posibilidad más cierta que el hombre pueda tener de tomar distancia respecto de su propia condición; posibilidad que para los griegos estuvo dada por el sentido político de la acción y en la edad a partir de la develación de la verdad mediante la contemplación. Son las transformaciones del mundo realizadas por la actividad del trabajo, a su vez guiada por el

¹⁰ Incluso es posible pensar para la modernidad, el trabajo desplaza a la acción como el lugar de la autoafirmación humana.

conocimiento técnico que la Ilustración, las que dan forma al sueño de la razón de dominar a la naturaleza como determinación humana (Horkheimer y Adorno, 1998).

c. La experiencia moderna, la ilustración y la razón instrumental.

La modernidad, como señala Marshall Berman (1991), es una época intrínsecamente contradictoria; estructuralmente dividida: *“Hay una forma de experiencia vital –la experiencia del tiempo y el espacio, de uno mismo y de los demás, de las posibilidades y los peligros de la vida que comparten hoy los hombres y mujeres de todo el mundo de hoy. Llamaré a este conjunto de experiencias la “modernidad”. Ser moderno es encontrarnos en un entorno que nos promete aventura, poder, alegría, crecimiento, transformación de nosotros y del mundo y que al mismo tiempo, amenaza con destruir todo lo que tenemos, todo lo que sabemos, todo lo que somos”*. (p. 1).

Parece ser una experiencia histórica del tiempo y de la vida colectiva que inquieta en un presente contradictorio, jaloneado entre un pasado que se deshace y un futuro que no termina de adquirir forma. Si es que “todo lo sólido se desvanece en el aire” es porque la modernidad como proceso histórico nos arroja a todos en una vorágine de perpetua desintegración y renovación, de lucha y contradicción, de ambigüedad y angustia.

Pero junto con la experiencia de desarraigo por un pasado mitológico y un futuro que no se ofrece para ser habitado, la modernidad se encuentra sostenida por otra paradoja, pues pese a ser la época en que la humanidad ha disfrutado de un mayor desarrollo del conocimiento respecto de sí misma y del mundo, de las más enormes transformaciones industriales, de impresionantes desarrollos tecnológicos y de múltiples procesos de modernización a nivel mundial; nunca antes habían existido mayores niveles de miseria a causa de las condiciones de vida en que se desenvuelven grandes masas humanas: “el capitalismo arremete con fuerza, expandiéndose, ahogando y fascinando, al mismo tiempo, a todos los hombres y mujeres del mundo por su capacidad de captar las dos caras de la contradicción sin precedente entre el mundo material y el mundo espiritual, *“viven –al tiempo- el auto descubrimiento y la burla de sí mismo, la auto complacencia y la duda de sí mismo”* (p. 10).

La experiencia moderna sería el efecto de un proceso discontinuo que viene sucediéndose en occidente desde hace más de quinientos años, mucho antes de que el

mundo se viera invadido por el impulso transformador de la maquinización, propia y característica de los procesos de modernización. En ella reluce la marca que la Ilustración impone a la historia de los hombres, en tanto proyecto de la razón para combatir la ignorancia, la superstición y la tiranía; prometiendo vencer el miedo y a la naturaleza, para convertir a los hombres en señores (Horkheimer y Adorno, 1998). Pero es la razón misma la que se pone en juego para la experiencia y el pensamiento moderno; pues se encuentra situada como aquel único garante del orden de las cosas al interior de un mundo alborotado. La razón duda de sí misma con Descartes, pero lo hace para confirmar la certeza de su existencia y su función.

Pero en su intento por llevar a cabo su proyecto, indican Horkheimer y Adorno (ídem) la Ilustración misma deviene mito pues la naturaleza que intenta dominar, toma la forma de una pura objetividad ante ella. En la medida que el hombre logra acrecentar su poder sobre la naturaleza, paga con alienación respecto de ella pues su propia constitución como un elemento perteneciente a ese orden quedará para siempre sacrificada. De aquí en adelante la experiencia de la realidad es siempre una y la misma cosa, dejando al hombre a merced de lo banal de una experiencia vacía; la experiencia confusa de y contradictoria que los hombres tienen de la modernidad lo comprueba.

Finalmente el sujeto se ha convertido, en su empeño por negar la Naturaleza a la cual está sujeto, en razón pura; es decir, en una realidad abstracta o nómeno metafísico que ha perdido y está privada de toda referencia segura. Lo mismo ocurriría entonces en relación al conocimiento que obtenemos de la naturaleza: "Hoy dominamos la naturaleza en nuestra mera opinión, mientras estamos sometidos a su necesidad; pero si nos dejásemos guiar por ella en la invención, entonces podríamos ser sus amos en la práctica" (p. 60). De aquí en más, se vuelve patente el predominio de una razón instrumentalizada en función la consecución de procedimientos eficientes sobre la realidad, tanto del mundo como de la propia experiencia humana; la cual queda sujeta a dicha experimentación, suspendida en su posición de objeto.

Este desdoblamiento de sí mismo es al mismo tiempo un ejercicio respecto de lo que se ha dado a llamar naturaleza. La experiencia de la modernidad implica un ejercicio de desprendimiento respecto de la naturaleza, momento en que se produce un desdoblamiento en lo que Nietzsche (2000) llama "lo uno primordial" de la realidad; un pliegue en la naturaleza que tiene como efecto la producción del hombre moderno, que al no estar al tanto de este movimiento que lo produce como una supuesta unidad

diferenciada, desconoce su propia sujeción a esta totalidad que lo contiene. El hombre moderno toma a la naturaleza por aquella exterioridad que hace límite a sí mismo, como su radical alteridad; ha puesto a la Naturaleza frente suyo y la ha llamado "objeto". (Ídem), gesto que de ahí en adelante lo sitúa en una posición de enfrentamiento respecto a aquel objeto.

El ejercicio de la razón sobre la naturaleza implica un enfrentamiento hacia sí mismo, en cuanto pueda estar sujeto a lo "otro" de ella misma. Este sería el sentido en que la razón moderna se relaciona con la locura como alteridad radical de sí misma: "La historia de la locura sería la historia de lo Otro -de lo que, para una cultura, es a la vez interior y extraño y debe, por ello, excluirse (para conjurar un peligro interior), pero encerrándolo (para reducir la alteridad)" (Foucault, 2002, p. 9).

d. La episteme moderna y el saber sobre la Locura.

Foucault (1999) se pregunta si acaso toda la filosofía moderna no es un intento por dar respuesta a la pregunta ¿Qué es la Ilustración? Esto a propósito de la respuesta que Kant habría esbozado ante la misma pregunta: "una salida; un tránsito que nos plantea la pregunta por el presente ¿qué diferencia introduce el hoy con respecto al ayer?" (p. 74). La respuesta, dirá Foucault, es un proceso que nos libera de la "minoría", es decir, un estado de nuestra voluntad que no ha alcanzado su máxima potencialidad, pues prefiere aceptar la autoridad de otro en los dominios donde conviene usar la razón. Esta será nuestra tarea como sujetos modernos: Abandonar la minoría y alcanzar la mayoría; donde la razón está situada al centro del conocimiento y de la acción humana, en el valor de un universal ético. En la "mayoría" aludida por Kant, el hombre está al centro mismo del ejercicio de la razón. Pero para Foucault (2002), este posicionamiento del hombre al centro del conocimiento no responde a un sentido trascendente: "...el hombre no es el problema más antiguo ni el más constante que se haya planteado el saber humano" (p. 375).

Esta invención del hombre como objeto en el campo del saber respondería a ciertas condiciones en relación a transformaciones producidas en el orden del conocimiento desde el siglo XVI en adelante. Siguiendo el análisis que Foucault realiza en "Las palabras y las cosas" (Ídem), existirían dos grandes rupturas epistémicas de la

cultura occidental: la que inaugura la época clásica en el siglo XVII y la que marca el inicio de la modernidad en el siglo XIX.

La primera de estas rupturas consiste en un deslizamiento desde un saber que se sustenta en la semejanza, hacia uno basado en la representación. A partir del pensamiento renacentista que opera desde el ejercicio analógico de las similitudes, se pasa a un pensamiento totalizante, cuyo objetivo es establecer categorías claras y distintas, además de inventarios exhaustivos. El saber clásico estará determinado por la primacía del orden, la serie, la medida y la taxonomía. Una episteme abocada permanentemente a denominar, donde el conocimiento está dado por la posibilidad de atribuir un nombre a la cosa; es decir, situarla al interior del orden de las representaciones. El ordenamiento de lo empírico supone una ontología que afirma la continuidad del ser, pero el cierre que produce la denominación es ya una exclusión; es decir, en la episteme clásica existe siempre una dimensión irreductible de ser sometida a las posibilidades de la representación. Será esta dimensión del conocimiento la que marcará la relación de la razón con la locura en la época clásica.

Aquello que se escapa busca ser capturado en la otra modificación que da paso a la episteme moderna: la posibilidad de establecer las condiciones de validez para la representación; la pregunta por su fundamento. Esta pregunta, entonces, muestra directamente que la representación obtiene su fundamento en el hombre. Esto es lo que distingue la episteme moderna con respecto al pensamiento clásico: “aquello para lo cual existe la representación y se representa a sí mismo en ella reconociéndose allí como imagen o reflejo, aquello que anuda todos los hilos cruzados de la ‘representación en cuadro’, jamás se encuentra presente él mismo. Antes del fin del siglo XVIII, el hombre no existía” (p. 300).

Las ciencias humanas no son un análisis de lo que el hombre sería por naturaleza, sino que responde a un análisis que se extiende desde aquello que el hombre es en su positividad, es decir, un ser vivo, un trabajador y un ser hablante; y aquello que le permite a este ser saber, o intentar saber, lo que es la vida, lo que es trabajar y lo que es hablar. Pero la ilusión de encontrar en el hombre la fundamentación del conocimiento continúa seduciendo al pensamiento contemporáneo; la razón insiste en capturar la verdad de lo que se representa a sí misma respecto del fenómeno de la locura.

Partiendo de las mismas representaciones de la locura que la episteme clásica y la episteme moderna han generado; es posible dar cuenta de una cierta historia de la locura

en términos de la particularidad de sus prácticas y de los efectos que estas representaciones tienen hasta el día de hoy, en la manera en que el sujeto moderno establece una relación con ella, ya sea a nivel de las prácticas sociales o a nivel del saber médico de la cual es objeto y sus aplicaciones técnicas.

En la segunda parte de la *Historia de la Locura* (2003), Foucault realiza el ejercicio de configurar un cierto ordenamiento respecto a las formas de conciencia que la razón ha tenido sobre la locura, en el entendido que estas estructuras son siempre difusas y sólo pueden responder a la ficción de una reconstrucción histórica a partir de los discursos y las prácticas que una determinada época ha tenido sobre ellas. Para la conciencia de la locura desarrollada por la cultura occidental, ella –la locura- aparece de manera fragmentada, como una serie de indicios, los que al seguirles la pista, siempre terminan por desplazar lo que parecía ser su sentido. Su figura finalmente siempre queda oculta, insinuando el enigma de una verdad inaprensible. Aun así, resulta útil visualizar estas conciencias, si es posible tanto en sus variaciones históricas como en aquello que se repite en distintas épocas, bajo diversas formas, manteniendo la relación a un mismo fondo.

El ordenamiento que Foucault (ídem) realiza, responde a lo que, a su juicio, resulta ser lo más fundamental de aquella experiencia; su misma dispersión constitutiva. “No hay otra conciencia de la locura más que la ya rota desde el principio” (p. 257), indica. “Puede ocurrir que unos conceptos o una cierta pretensión de saber recubran de manera superficial esta primera dispersión: testigo el esfuerzo que hace el mundo moderno por no hablar de la locura más que en los términos objetivos y serenos de la *enfermedad mental*, y para dejar en las sombras los valores *patéticos* en los significados mixtos de la *patología* y de la *filantropía*”. (p. 258).

Para comprender la experiencia de la locura y la manera en que ha sido considerada en nuestra historia reciente hasta la actualidad, la estrategia sería precisamente abordarla desde esta fragmentación y no desde la historia del sentido que tienden a contarse a sí misma, por ejemplo, la institucionalidad psiquiátrica para situar sus propias prácticas: “el sentido de la locura en una época dada, no hay que preguntarlo a la unidad al menos esbozada de un proyecto, sino a esa experiencia desgarrada; y si ocurre a la experiencia de la locura tratar de superarse y equilibrarse, proyectándose sobre un plano de objetividad, nada ha podido borrar los valores dramáticos dados desde su origen a su debate” (p. 258).

Estas cuatro formas de conciencia sobre la locura vuelven al debate bajo formas diversas, pero siempre son las mismas; retornan siempre con la misma dificultad de conciliación, dando cuenta de una experiencia en principio inaprehensible:

- **Conciencia crítica de la locura:** Bajo esta mirada la locura es reconocida y designada sobre el fondo de lo razonable, de lo reflexionado, de lo moralmente sabio. Esta forma de conciencia se entrega por completo en su juicio, desde antes de la elaboración de sus conceptos; es una conciencia que no define lo que denuncia. La locura se establece aquí a modo de una oposición resentida inmediatamente. La conciencia crítica de la locura es segura de sí misma, es decir, segura de no estar loca; pero se ha arrojado “sin medida ni concepto en el corazón de ese conflicto donde locura y no locura intercambian su lenguaje más primitivo” (p. 259); lugar donde se forja la diferencia entre razón y locura; donde a su vez palpita su indiferenciación como la posibilidad de que la una se vuelva en la otra. Es, en definitiva, una conciencia sin fundamento que pueda mantenerla atada al lugar donde quiere fijar su certeza.
- **La segunda forma la denomina:** Conciencia práctica de la locura. En ella hay una separación entre conciencia y locura que no es ni virtualidad ni virtuosismo de la dialéctica. Se impone como una realidad concreta porque es dada en la existencia y las normas de un grupo; pero más aún, se impone como elección, como elección inevitable, puesto que hay que estar de este lado o del otro, en el grupo o fuera del grupo. “No es una conciencia perturbada por haberse comprometido *en* la diferencia y la homogeneidad de la locura y de la razón; es una conciencia *de* la diferencia entre locura y razón, conciencia que es posible *en* la homogeneidad del grupo considerado como portador de las normas de la razón”. (p. 260)
- **Conciencia enunciativa de la locura:** Otorga da la posibilidad de decir en lo inmediato, y sin ninguna desviación por el saber: “Aquél es un loco” (p. 262). A diferencia de la conciencia crítica, el problema aquí no es calificar o descalificar la locura, sino indicarla en una especie de existencia sustantiva. Implica la

constatación irrefutable de que se está evidentemente ante un loco. Foucault dirá de ella que corresponde a la conciencia de la locura más serena, puesto que finalmente no es más que su simple aprehensión perceptiva. “La conciencia no está entonces al nivel de los valores: de los peligros y de los riesgos; está al nivel del ser, no siendo otra cosa que un conocimiento monosilábico reducido a lo constante” (p. 262). Pese esto, igualmente no deja de implicar una dominación inicial respecto de la locura, pues no es conciencia de locura más que ante el fondo de conciencia de no ser locura. Por más que se encuentre alejada de los prejuicios y las formas de coacción o represión, siempre es cierta manera de haber dominado ya la locura: “porque otros han estado locos, nosotros podemos no estarlo” (p. 263).

- **Conciencia analítica de la locura:** Implica una conciencia amplia que contenga sus formas, sus fenómenos y sus modos de aparición. Es lo suficientemente consciente respecto a sus propias condiciones, como para saber que el todo de las formas y de los fenómenos la locura no está completamente presente en ella. Asume que probablemente lo esencial de la locura se oculte por mucho tiempo o incluso quizás nunca llegue a alcanzarse, pero como lo es cualquier otro objeto de conocimiento. Está ahí presente, sin presuponer ningún riesgo pues su totalidad al menos se supone. Esta forma de conciencia es la que funda la posibilidad de un saber objetivo de la locura, propio de la modernidad.

Foucault entiende que cada una de esas formas de conciencia es a la vez suficiente en sí misma y solidaria de todas las demás. Pues se complementan unas a otras, o mejor dicho, contribuyen entre sí en pos de un mismo objetivo: la supremacía de la conciencia sobre la locura, a partir del cual se articula todo un orden moral respecto del lugar que ella ocupará en relación al saber psiquiátrico como representante de la razón; como aquel ejercicio de la conciencia que será capaz de establecer distinciones pertinentes donde sea que se requieran.

2. Una ficción histórica de las relaciones entre razón y locura.

a. La estructura fundamental de separación entre razón y locura.

Desde luego que “La historia de la locura” es el lugar de la obra de Foucault que surge como respuesta prácticamente inmediata ante la emergencia de alguna pregunta respecto a la naturaleza de la locura. Es un gesto propiamente moderno buscar la naturaleza de las cosas en su historia. Pero como ya se ha dicho, la obra más bien ofrece un panorama fragmentado del asunto. Ante un primer encuentro, se devela como una inusualmente extensa serie de relatos contenidos dentro de aproximadamente doscientos años, en torno a diversas situaciones sociales de encierro, de incompreensión o de categorización de un sujeto particular (el loco, el leproso, el menesteroso) en el lugar del excluido. Frente a este panorama, la propuesta de Frédéric Gros (1997) es articular la construcción formal y conceptual del extenso trabajo, en función de una definición de la estructura fundamental de la locura en cada una de las épocas que abarca el trabajo de Foucault, en función de la interacción entre las formas preponderantes de conciencia de la locura y las prácticas sociales asociadas a ella; todo esto contra el fondo de una relación fundamental de oposición entre razón y locura, como efecto de la separación que la primera realiza respecto de la segunda para intentar dominarla.

La primera indicación de este recorrido es intentar comprender la locura, no en relación a las verdades transmitidas por la ciencia, sino que apelando a una “experiencia primordial” (p. 28) que según Foucault (2003) implicaría dejar en suspenso todo lo que pueda dar tranquilidad al entendimiento respecto a la posibilidad de atrapar la locura en una representación. Es un llamado entonces a la incertidumbre, a permitir que un sentido aparezca en torno a la negatividad de una historia, más que a la positividad de nociones cosificantes. El ejercicio de la comprensión, es precisamente lo que ha dado a la locura una representación sofocante, que se agota en sí misma, o más bien, que se agota en los sentidos cosificantes de la enfermedad, la desviación, la sin-razón, el desorden mental, la degeneración cerebral, la disfunción bioquímica o lo que es peor, en la extrañeza indeterminada, cuyo momento de indeterminación se vuelve determinación de la pura palabra que lo nombra. La locura como enfermedad mental o esencia positiva, dirá Foucault (2006), es una formación histórica de sentido.

Pero a su vez, esta experiencia más acá de las positivities, tampoco es experiencia de la locura misma, sino “del momento en que locura y razón todavía están vinculadas por lo que ya las separa, en que se advierte lo que las mantiene en oposición” (Gros, 1997; p. 28). Si bien existe un nudo histórico que Foucault intenta reaprender respecto a la posición de la locura como enfermedad mental, la experiencia primordial de la que nos habla no va a desplegar la estructura fundamental de una experiencia en el mundo, sino que las estructuras trágicas de una división, un rechazo antes que una presencia.

Si bien es la historia de una relación, no es una historia dialéctica de la locura. La historia dialéctica instala el problema de la locura en el orden del sentido; esta es precisamente la historia que cuenta la psiquiatría respecto de sí misma. Una historia no dialéctica, una historia trágica o de los límites implica confrontar unas estructuras trágicas de división con la continuidad temporal de la historia dialéctica. Esta confrontación implica dar cuenta de las experiencias límites, a decir de Gros (ídem), “desde las cuales una cultura, a través de una división, se define menos como afirmación de su identidad que como rechazo de lo que no es ella, y sólo más allá de esa partición podrán mantenerse estables unos contenidos positivos (valores, conocimientos, instituciones)”. (p. 30)

La historia dialéctica de una cultura es una necesidad del discurso para dar un determinado contenido positivo a una experiencia determinada, una verdadera función de desconocimiento, una imagen de completitud que, quizás a la manera del estadio del espejo (Lacan, 2003) anticipa la totalidad aún inabarcable de aquella experiencia cultural, para fijarla en una imagen de sí misma que pueda sostenerla. Pero a pesar de la felicidad de aquella imagen, toda cultura sostiene su continuidad dialéctica a partir del olvido o del rechazo. La división fundacional de nuestra cultura, dirá Foucault (2006), parece ser aquella que designa el par razón/locura. Esta división es constitutiva de la historia en cuanto que separa en sí misma la historia de la “ausencia de la historia”; la obra de la “ausencia de obra”; el lenguaje articulado, de la palabra vacía. Como primer sentido captado, podemos decir acá que la locura aparece como la repetición delirante de lo insignificante, como la captación en un sonido sordo, de un momento anterior de ausencia de historia imposible de representar. Es la partición a través de la cual occidente disocia la repetición vana del progreso, lo productivo de lo inútil, el sentido del sin sentido.

b. Tres experiencias históricas de la locura.

La experiencia de la locura que se extiende desde la Edad Media hasta el Renacimiento, contiene la posterior expresión de la oposición entre razón y locura. Esto en cuanto existe un diálogo interesante con las figuras de la locura, en la medida que es capaz de anunciar cierta verdad inquietante frente al orden del mundo. La presencia del loco anuncia que la gran razón del mundo, puede verse debilitada por las amenazas destructivas de la locura soberana que volvería arrojar el universo su furor: "toda la historia posterior de las conciencias de la locura sólo se vuelve posible contra el fondo de la desaparición, el necesario olvido, el ocultamiento de esta conciencia trágica primitiva" (Gros, 1997; p. 39)

Pero ya desde el renacimiento se invocará una conciencia crítica que desborde lo propiamente trágico de esta experiencia, que permitirá ir dando paso a la idea de "sin razón" en la época clásica. La idea de "sin-razón" da cuenta de una particularidad en la forma de conciencia de la locura en la época clásica. Si bien la locura siempre ha sido el negativo a partir del cual se funda la cultura occidental y su afirmación de la razón, es en la época clásica donde esta contradicción se concretiza en el "objeto-locura" que la razón constituye a partir de sus propios contenidos positivos; es decir, de las nociones de conciencia, orden, autonomía, decencia y productividad. Estos elementos positivos describen la constitución del sujeto moderno, del ciudadano, al que Pinel también reconocerá contenido dentro de la locura, en tanto son los elementos que dan cuenta de la naturaleza humana (Bercherie, 1986). Podría decirse que en el momento simbólico de la liberación de los locos de sus cadenas, Pinel inaugura una conciencia de la locura que implica una inversión de la contradicción inicial que la constituye: al situar la locura como "sin-razón" otorga un estatuto ontológico cognoscible, fundamentado en el mismo estatuto ontológico a priori que define los contenidos de la razón como entidades positivas y a la vez trascendentales, pues no parece reconocer ninguna negatividad que los constituya. A su vez, esta es la condición de todo tratamiento de la locura en torno a la subjetividad (Gauchet y Swain, 1999).

De momento, antes de la época clásica, comienza a esbozarse una ambigüedad transigente, pues la suerte dialéctica entre razón y locura no está echada, sino que se urde. La locura participa del ejercicio mismo de la razón, la locura ya no se tematiza más que en una relación con la razón humana. "el peligro que señala ya no es de orden

cósmico, la locura nunca amenaza sino el acceso de una razón humana a lo verdadero y, sobre todo, está desplazada hacia una experiencia en el campo del lenguaje (Gros, p. 40).

El renacimiento establece una geografía del loco determinada por ciertas prácticas sociales. La nave de los locos marca menos una expulsión o exclusión del orden social, que una ceremonia ritual que otorga un lugar al loco: el límite. Poseedor de un inquietante mensaje alguien de quien se ignora a donde va y de donde viene, que no está ceñido al camino de la filiación como lo estaría el resto. El embarque implica condenarlos a una eterna circulación, a una posición irreductiblemente liminar, "prisionero del paisaje". Insituable, el loco no puede ser ubicado sino en un espacio de pura transición; sin embargo no implica una exclusión del campo social. El límite es su lugar y su función, se estructura como una superficie de contacto para la cultura respecto de aquello que le era externo (ídem)

Pero esa experiencia del límite ofrecida por la locura comienza a volverse amenazante en la medida que constituye el derrumbe de todas las referencias. La locura anuncia la cercanía del caos "anuncia que toda realidad del mundo se reabsorberá un día en la imagen fantástica, en ese momento medianero del ser que es el delirio de la destrucción pura" (p. 49). Según Foucault la locura promete apocalipsis, no en el sentido del fin de los tiempos, sino como caída en el delirio y el furor absolutos.

La posibilidad de no poder distinguir la verdad de las cosas en la experiencia humana es el temor que la locura escenifica con su presencia. Al final de cuenta, ¿con qué referentes contamos para no volvernos locos o para creer que lo estamos?. La realidad es delirio en última instancia. Así como la locura presentifica el estar ahí de la muerte, anuncia también la eventual incerteza absoluta de nuestro conocimiento. En un mundo ordenado por la razón, la sinrazón es su amenaza.

De alguna manera la conciencia crítica de la locura adquirida por el renacimiento, deja de designar el desgarramiento del mundo para dar cuenta de la diversión irónica suscitada a partir del desfase entre lo que el hombre es y lo que cree ser, las explicaciones que el hombre se da sí mismo y el mundo a través de la razón. "En el pensamiento renacentista, el loco representaba la presencia cercana y peligrosa, en el corazón de la razón, de una diferencia demasiado interior" (p. 44)

La experiencia clásica de la locura da inicio verdaderamente a la experiencia de la exclusión (Foucault, 2006) en el momento en que la partición original entre razón y locura se ve extremada desde una percepción ética que va a entender a la locura como el

contrario absoluto de la razón. La percepción ética apunta precisamente a una dimensión del comportamiento, de la acción; la locura pondrá en acto un error respecto al juicio debido a que en ella, que marcará la dimensión social de la locura y su rechazo; es decir cuando la experiencia fundamental de la locura en la época clásica pone en ejecución, en su rigor tajante, la partición entre razón y locura, proroga la división absoluta a dos dominios de experiencia diferenciados entre sí. Convoca entonces una conciencia crítica secundada por una conciencia práctica (Gros, 1997). Se habla entonces de una conciencia de la locura que se realiza por una parte en torno a una serie de prácticas o visibilidades y por otro en una serie de enunciados.

Se genera entonces una partición entre lo que Foucault (2006) denomina "sinrazón" y "locura", donde la experiencia de la sinrazón tiene a su base una conciencia práctica, que convoca en torno a sus prácticas sociales de exclusión, en cuanto es definida como contra natura. La expresión de la sinrazón en el espacio social escenifica aquella negación a partir de la cual la época clásica se define como no siendo aquello; por tanto es una aparición que implica la negación de aquello a partir de lo cual se constituye la misma cultura. No es de extrañar que las prácticas sociales en torno a la sinrazón se articulen bajo la forma de la expulsión o el confinamiento. Son estas condiciones las que van a permitir que la locura se vuelva objeto tanto de una analítica médica, como de los discursos que este saber médico producirá en su aproximación empírica hacia ella; encuentro que tendrá su lugar dentro de aquella institución que se dio en llamar asilo.

La inercia de este movimiento comienza a figurar la locura como un objeto de conocimiento al ser inscrita por la razón dentro de la positividad de la naturaleza (Foucault, 2006). La partición entre ambas –razón y locura- se vuelve rigurosa; se excluyen sin poder integrarse. Es este clivaje el que produce la figura de la exclusión para la locura, que será la base en que la modernidad entenderá su relación a ella.

Finalmente, la experiencia moderna de la locura aparece como una prolongación de la experiencia que de ella tuvo la época clásica y no como una ruptura, como suelen creer las tradiciones psiquiátricas contemporáneas¹¹. La experiencia moderna configura a la locura como "positividad", como un objeto de conocimiento. Si en la época clásica aún se mantienen aspectos de la división trágica entre razón y locura, tal y como la muestra la

¹¹ La misma psiquiatría comunitaria que se pretende indemne de esta herencia, pues el horizonte de su historia se ofrece hasta los límites que afirma su propia constitución epistemológica, sin poder visualizar las condiciones de posibilidad de su propio discurso, que determinan históricamente el valor de su saber.

experiencia del renacimiento, con la creación del hombre como figura epistemológica producida en la modernidad, ya no quedan vestigios de esta conciencia (Gros, 1997). Lo que toma lugar en la tradición moderna de la psiquiatría es la distinción, la clasificación, la nosología, como la manera en que la conciencia puede comprender la realidad que la locura propone. La experiencia moderna interpreta la locura como enfermedad mental, legitimando el asilo como instancia de tratamiento; en la medida en que el asilo le ha permitido establecer una relación de conocimiento con el loco.

La locura adquiere un estatuto positivo como objeto médico, lo cual comienza a separarla paulatinamente del concepto de sinrazón. Este alejamiento implica el desprendimiento de las prácticas y de la conciencia que de ella que existió tanto en la época clásica como en el renacimiento; ambas experiencias históricas que sostuvieron una mayor ambigüedad en relación al estatuto del fenómeno, en cuanto la mistificación que recubría todo cuanto de ella se podía decir, asumía sin la exigencia de aquel saber totalizante propio de los procesos de secularización en la época moderna, un cierto elemento inabordable; un desconocimiento fundamental respecto a una experiencia particular dentro del orden humano. De aquí en más, el devenir de la relación entre razón y locura adquiere el derrotero dado ya a conocer por la historia de la ciencia moderna en general y el saber de la psiquiatría en particular.

II. CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO DEL TRABAJO CON LA LOCURA EN CHILE.

1. La psiquiatría contra sí misma: reformas en salud mental para la sociedad contemporánea.

a. *La denuncia antipsiquiátrica y su reconocimiento por parte de la psiquiatría.*

La aparición de la antipsiquiatría en el panorama de la tradición psiquiátrica moderna, puede sostener un punto de elaboración de las prácticas en torno a la locura al observar que en la actualidad su denuncia sitúa un quiebre desde el cual se estructuran los discursos diversos y el debate el interior de la psiquiatría (Rivas, 2000). Efectivamente, tanto la validez de los tratamientos; los efectos de exclusión social que podrían implicar; la discusión en torno al uso de psicofármacos y sus consecuencias; el valor de la evidencia científica, el papel de la familia y la comunidad en el cuidado y mantenimiento de la salud mental en pacientes psiquiátricos; la gestión y la administración de los servicios públicos de atención psiquiátrica; las interrogantes respecto al tratamiento de los pacientes crónicos, el estatuto cívico de las personas afectadas por patologías psiquiátricas severas; entre varios otros elementos, dan cuenta de una discusión que se suscita a partir de la caída del asilo como la institución hegemónica en torno a la cual se organizó el saber y las prácticas psiquiátricas en la época moderna (ídem). Resulta necesario, entonces, preguntarse por las condiciones históricas que dieron lugar a estos movimientos dentro del orden psiquiátrico.

Más allá de una crisis puntual dentro de una determinada disciplina, es posible pensar que el desarrollo intelectual y político de las fuerzas progresistas durante los '60, marca la aparición del movimiento antipsiquiátrico como la expresión, dentro del campo de la psiquiatría y la salud mental, de una crisis general en los valores que sustentan la sociedad occidental. Será esta crisis la que desata toda una serie de transformaciones sociales e ideológicas que terminarán dando paso a los históricos sucesos acontecidos en el mayo francés del '68.

Diez años más tarde, y gracias al esfuerzo realizado durante largo tiempo por Franco Basaglia como parte de su lucha contra el ejercicio de la psiquiatría -que él considerará más que una ciencia, un instrumento de dominación y sometimiento de clase- se promulga en Italia la célebre Ley 180 - o Ley Basaglia - que dispone el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos en todo el país (Desviat, 2005). Los efectos de este acto modificaron profundamente la manera en que la atención psiquiátrica fue entendida hasta ese momento, por lo que constituye el logro más trascendente del movimiento antipsiquiátrico.

Si bien la Antipsiquiatría corresponde a una serie de prácticas heterogéneas, todas mantienen en común la crítica a una institucionalidad psiquiátrica que, en aquel momento histórico, basaba sus prácticas de atención en la exclusión social a través del internamiento en hospitales especializados, y en cuyo ejercicio terapéutico se establece el sometimiento de los pacientes psiquiátricos al saber de la psiquiatría, a la normalización y al control social. Como ya se ha visto¹², la institucionalidad psiquiátrica a la que este tipo de prácticas responde, comienza su desarrollo histórico en el momento mismo en que, en una escena fundamental para la cultura moderna, Philippe Pinel rompe las cadenas de los alienados al interior del asilo. Este gesto produce una reconfiguración radical en la institución psiquiátrica; pues deja de ser ese espacio de pura exclusión establecido a partir de la época del Gran Encierro (Foucault, 2006), en función de constituir la instancia que permitirá la producción de un saber médico sobre la locura. Y será aquel saber producido dentro de ese espacio el que, al mismo tiempo que es producido, posibilite el tratamiento de estos pacientes. En este sentido, Pinel instala una nueva forma tanto de entender la locura, como de propiciar los medios necesarios para su curación.

En efecto, cuando Pinel da cuenta de la locura como un desarreglo de las facultades cerebrales, producido tanto por pasiones intensas y fuertemente contrariadas, como por irregularidades de las costumbres, los excesos en el modo de vida, o por la educación viciosa (Bercherie, 1986); introduce al mismo tiempo la posibilidad efectiva de generar una cura para estas afecciones; pues dicha alteración del funcionamiento cerebral necesariamente es exterior a la constitución material del propio cerebro. El Tratamiento Moral de la alienación mental opera como una modificación de estas externalidades. Se basa en la idea de que “la mente alterada puede ser conducida

¹² Supra p. 37

nuevamente a la razón con la ayuda de la *institución curativa*... Los contenidos de la mente dependen de las percepciones y sensaciones, y modificando éstas, se modifica, por intermedio de las pasiones, de la afectividad, único motor humano, todo el estado mental” (p. 22).

El tratamiento moral y la manera de entender la locura en la que se sostiene, instituyen la posibilidad de que ella pueda dejar de ser enfermedad en un movimiento de retorno hacia la razón, mediatizado por el establecimiento de un ambiente apropiado para los pacientes, ambiente que descansa en la figura del Hospital Psiquiátrico entendido como *institución curativa*. Todo esto en cuanto, como indica Foucault (2006), la locura se convierte en una de las formas mismas de la razón; le pertenece, se integra a ella como su reverso. La razón en potencia que se encuentra en la sinrazón, o dicho de otro modo, aquello que resta de razón en la locura, hace de la persona del loco un ser humano como cualquier otro; instituye su lugar como sujeto de derecho, sujeto también a los avatares de la propia razón.

Es precisamente la noción de sujeto de derecho la que entrará en contradicción con los efectos de violencia propios a la disposición disciplinaria necesaria para el tratamiento moral al interior del Hospital Psiquiátrico. Las condiciones de hacinamiento, la internación involuntaria, la exclusión social, la vigilancia y la sanción sistemáticas, los malos tratos y la violencia al interior de la institución; así como también la aplicación de polémicos tratamientos psiquiátricos como el shock insulínico, la terapia electroconvulsivante y la psicocirugía, hicieron que la situación de los enfermos psiquiátricos se volviera insostenible para las voces críticas de los ‘60.

Es en este punto donde la antipsiquiatría adquiere resonancia tanto a nivel social, como también en alguna medida, a nivel de la misma institucionalidad psiquiátrica. Pero con la misma intensidad que esta crítica es recogida y aceptada en la urgencia de un problema a resolver, el movimiento antipsiquiátrico comienza a ser cuestionado en el terreno de la efectividad terapéutica de sus postulados, fundamentalmente a partir de las polémicas experiencias realizadas en Inglaterra por Roland Laing y David Cooper, consideradas por ellos mismos como verdaderos experimentos terapéuticos (Cooper, 1985). Contra la antipsiquiatría se dirá que mistifica la locura como un estado superior de desalienación del orden social, haciendo olvidar que la enfermedad mental es una condición humana patológica, que produce dolor, y exige asistencia para quienes la

sufren (Desviat, 2005). De esta manera, más allá de los aportes recogidos por la psiquiatría para mejorar sus instituciones, el resto de los aspectos desarrollados por la antipsiquiatría fueron dejados atrás como parte de la efervescencia contracultural de aquella época.

Los procesos de reforma de atención en salud mental y psiquiatría vividos en el mundo durante las décadas de los '70 y '80, y que se extienden hasta hoy, fueron la manera en que parte importante de la institucionalidad psiquiátrica enfrentó las condiciones inhumanas de vida en que se encontraban los pacientes psiquiátricos. Permitieron una serie de estrategias de desinstitucionalización que avanzan, en la línea de lo conseguido por Basaglia, hacia el cierre o la reconversión de los hospitales psiquiátricos, considerados como dispositivos obsoletos, absolutamente prescindibles en la medida que ya no cumplen su función médica.

Con el desarrollo de los Centros de Salud Mental de la Comunidad impulsados en EEUU por el presidente Kennedy a partir de 1963, la psiquiatría comunitaria se establece como el modelo clínico asistencial de las reformas psiquiátricas (Desviat, 2005). Configura una modalidad de la psiquiatría que trasciende la clínica tradicionalmente entendida en función del individuo enfermo como sede de la enfermedad, proyectándose hacia la detección, prevención y tratamiento temprano de los trastornos mentales desarrollados dentro de la comunidad, mediante la planificación y ordenación de los sistemas públicos que posibiliten su acción.

La desinstitucionalización es la consigna adoptada por la psiquiatría comunitaria, para materializar la denuncia antipsiquiátrica en una modalidad de intervención precisa y efectiva en torno al tratamiento de las patologías psiquiátricas severas. En líneas generales, el trabajo comunitario en salud mental, desde una perspectiva que considere los factores psicosociales, es la gran novedad del modelo psiquiátrico a la base de las reformas a nivel mundial; trabajo que le permite contraponer una forma de atención distinta a la reclusión hospitalaria y sus efectos de exclusión social.

b. El olvido de una contradicción política.

La psiquiatría comunitaria toma distancia de su origen antipsiquiátrico cuando afirma que sólo fue posible pensar esta forma de entender la atención en salud mental a partir de la década de los '50, en relación al desarrollo de la psicofarmacología, la epidemiología, la atención en salud primaria, la terapia conductual como psicoterapia de base científica y de aplicación masiva para controlar conductas anormales, y el interés mundial por el resguardo de los derechos humanos (Marconi, 2001).

De esta forma, si bien la psiquiatría comunitaria coincide con la perspectiva antipsiquiátrica en el objeto de la denuncia, no lo hace respecto a la solución de la problemática. A diferencia de la antipsiquiatría, para la psiquiatría comunitaria la solución a la problemática de la exclusión siempre estuvo contenida dentro de la misma disciplina; las anquilosadas prácticas psiquiátricas requerían de un nuevo paradigma para comprender las exigencias de la realidad contemporánea.

El trabajo comunitario implica una renovación en la psiquiatría mediante la cual intenta dar solución directa al problema de la exclusión social producido porque el asilo en sí mismo se volvió loco, perdiendo el vínculo que lo conectaba con la realidad humana y con la voluntad de su propio origen disciplinar¹³. Entonces, en la medida que la perspectiva comunitaria se constituye con toda validez en una herramienta de intervención psiquiátrica, da solución a una serie de dificultades tanto a nivel técnico como a nivel político. De esta forma sitúa a la psiquiatría en un nuevo estatuto disciplinar, más cercano a su voluntad humanista y en una dimensión diferente a la que constituyó el objeto de crítica para la antipsiquiatría.

Pero para la antipsiquiatría la exclusión no constituye la causa ni el fundamento de la crisis de la psiquiatría como institución, sino el efecto; solamente es la manifestación observable de su contradicción interna, en la medida que expresa la violencia que ejerce de manera necesaria al ser una institución social que sirve a la dominación. Desde la perspectiva antipsiquiátrica, el valor más fuerte de su crítica fue la explicitación de la

¹³ Si bien el gesto de Pinel puede ser leído como una falsa liberación, en el sentido de responder a una sujeción al orden manicomial; es indudable que al menos implica situar al loco en el "más acá" de lo humano. Esto daría cuenta de una verdadera voluntad de tratamiento dentro del origen del interés disciplinar de la psiquiatría por el loco (Swain y Gauchet, 1999)

dimensión política constitutiva de las prácticas psiquiátricas y de su relación con la locura, la que no se restringe al hospital como institución, sino que se extiende a los fenómenos de exclusión social a nivel subjetivo, en la determinación de la diferencia entre lo normal y lo patológico, la clasificación, la estigmatización y la normalización.

Para la antipsiquiatría, toda intervención psiquiátrica, en tanto modelo técnico definido, responde a un supuesto ideal científico de neutralidad, que no hace más que encubrir un interés de dominación al servicio del poder de la burguesía como clase social dominante, transformando a los psiquiatras en agentes protectores del orden público que aquella clase establece (Basaglia, 1991). Dicho con las mismas palabras de Basaglia (1972), “lo propio de la institución psiquiátrica es la tajante separación entre quienes detentan el poder y quienes no lo hacen, y la relación de violencia y opresión de los primeros frente a los segundos, el poder se extiende fuera de sus efectos visibles y escandalosos hacia la acción de los técnicos, que lo ejercerán en su nombre, y seguirán creando – a través de otras formas de violencia: la violencia técnica - nuevos excluidos” (p. 132).

La antipsiquiatría, entonces no corresponde una técnica terapéutica “más humana”, ni una nueva metodología a incluir en el campo psiquiátrico, sino un movimiento sistemático de negación y de transformación que tiende a poner en discusión los esquemas y parámetros que se consideran como verdades incuestionables, y que establecen el campo de la normalidad.

Los movimientos de reforma psiquiátrica se forjan en el seno de la antipsiquiatría, pero su deriva histórica los conduce a una formalización técnica que los desvincula del sentido político que ésta propone. Como expresa Basaglia (1991), tanto las técnicas actuales como las del pasado han vivido su momento antipsiquiátrico, en el que conformaron nuevas hipótesis críticas frente a la regla codificada, pero que luego han perdido su carácter crítico, para transformarse en una nueva forma de control a partir de la racionalización de sus métodos. Lo que caracterizó al movimiento antipsiquiátrico fue su negativa a convertirse en un modelo técnico de este tipo, es decir, la negativa a racionalizarse bajo la forma de un método.

Para los movimientos de reforma psiquiátrica el problema político adquiere otra dimensión, pues no se mueve dentro del marco de la lucha de clases –como lo haría Basaglia- sino que dentro de los lineamientos representacionales que ofrece la democracia como proyecto político de la modernidad. Esto quiere decir que la psiquiatría

comunitaria, si bien mantiene y se fundamenta de manera explícita en una crítica política, aquella está siempre circunscrita por el horizonte que dibujan las democracias occidentales; la posibilidad de que todos los ciudadanos puedan acceder y participar de las instancias de representación que ofrece el poder, sin que su condición psíquica sea un impedimento o un factor de discriminación.

En este sentido, la relación de la psiquiatría como disciplina médica con la locura siempre ha mantenido un horizonte democrático -en el sentido liberal- más allá de los excesos cometidos por sus propias prácticas. Podría decirse que desde la constitución del asilo¹⁴, la psiquiatría ha buscado las formas posibles de establecer una cierta “educación cívica” para el loco, una preparación para la inclusión dentro del sistema político que organiza la experiencia de la modernidad (Swain y Gauchet, 1999).

El acento en la dimensión técnica de la psiquiatría comunitaria hace olvidar esta diferencia fundamental con la tradición antipsiquiátrica. Pero al mismo tiempo que esta falta de consideración es la afirmación de la posición política de la psiquiatría comunitaria, deja fuera la posibilidad de establecer un diálogo al nivel de los fundamentos políticos de su propio proyecto como disciplina, dando por sentado los efectos positivos de sus propuestas; que si bien implican una mejora evidente respecto a las condiciones asilares con las que funcionaba la psiquiatría clásica, no está exenta de problemas contemporáneos en torno a las problemáticas del poder y la dominación.

¹⁴ En oposición a la tesis Foucaultiana del asilo como aparato de exclusión, Swain y Gauchet lo entenderán como un verdadero laboratorio democrático, bajo la voluntad de dar al loco la posibilidad de “estar con los demás”, integrándolo dentro del sistema democrático a través de la reeducación y dominio personal del ámbito subjetivo. Este sería verdaderamente el interés por “lo moral” dentro del asilo; en el sentido de oponer una cierta agencia psíquica en la determinación de la locura; sosteniendo la posibilidad de la una permanencia de la razón. Más que el éxito de un sistema de exclusión, Swain y Gauchet ven en el asilo el fracaso de la utopía de la razón moderna en el primero de sus intentos de integrar lo que ella misma excluye.

2. La reforma psiquiátrica en Chile: sus políticas públicas y su articulación en un modelo de Red.

a. Contexto, influencias y condiciones para la institucionalización de la reforma en Chile

Actualmente, en Chile como en gran parte del continente americano, el impulso reformista de la psiquiatría se articula en torno a los lineamientos de la OMS establecidos en el año 1990 por la Declaración de Caracas¹⁵ (OMS, 1999); documento que formaliza la preocupación de distintos países por reestructurar la atención psiquiátrica en América Latina en función de una mejor atención y de una gestión eficiente, lo que a su vez tenga como principio rector el resguardo de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

Esta declaración marca un hito dentro de estas materias para todo el continente. Efectivamente, con anterioridad a su formulación, la mayoría de los países no contaban con legislaciones específicas, planes o políticas de salud mental referidas explícitamente a los derechos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares, ni tampoco a los mecanismos legales disponibles en el derecho internacional y regional para hacer efectivos estos derechos (Vásquez, 2005).

El documento señala la necesidad de los países latinoamericanos de establecer políticas públicas, así como también de contar con programas explícitos que busquen responder a las necesidades de salud mental de la población, promoviendo tres valores fundamentales (Minoletti, 2005). Primero, para el resguardo de la libertad como derecho fundamental, es necesario que el enfermo permanezca dentro de su comunidad, situación que lleva a despotenciar la labor de los dispositivos de atención basados en la

15 Formulada en el marco de la *Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*; instancia convocada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), celebrada en Caracas, Venezuela, entre el 11 y el 14 de noviembre de 1990. De esta Conferencia participaron distintas organizaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, del derecho y usuarios de los sistemas de salud mental pertenecientes a Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, España, Estados Unidos, Mendoza (Argentina), México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

internación. Lograr esto, implica reorganizar la atención a partir de diversos dispositivos comunitarios en comunicación con los sistemas tradicionales de atención en salud. Segundo, esta reorganización implica articular la atención psiquiátrica dentro de la Atención Primaria en Salud (APS), que corresponde a la red de establecimientos de atención ambulatoria, que constituye la puerta de entrada al Sistema Público de Salud, siendo el nivel de atención de mayor cobertura y menor complejidad. Tercero, toda esta profunda reestructuración de las prácticas psiquiátrica debe estar atravesada por el respeto a los derechos humanos como eje fundamental de sus prácticas. Salvaguardar los derechos y las libertades de los pacientes corresponde al principio rector, tanto de la legislación como del tratamiento.

Si bien es cierto que la Declaración Caracas no propone explícitamente el desarrollo de Planes Nacionales de Salud Mental, más de la mitad de los países americanos formularon uno entre los años 1991 y 2001 (WHO, 2001; en Minoletti, 2005), lo que constituye un movimiento generalizado a nivel de la región.

A pesar de lo relativamente reciente de esta propuesta, las prácticas de atención psiquiátrica basadas en modelos comunitarios no son tan novedosas. En Chile, en el año 1966 se formula el primer Programa Nacional de Salud Mental que, pese a ser menos una realidad objetiva que una declaración de intenciones, entre sus fundamentos ya se menciona la necesidad de una atención hospitalaria vinculada con instancias externas asociadas a la comunidad, articulando un sistema de atención donde dichas instancias se asocian entre sí para asistir la atención hospitalaria. De esta forma, se introduce una cadena de instituciones auxiliares de la salud mental entre el hospital custodial y la comunidad; instituciones como centros de salud mental con consulta externa, hospital diurno, clubes de ex-enfermos, talleres laborales, hogares protegidos, entre otros. (Medina, 2006).

Este programa se desarrolla bajo la inspiración colectivista de las ideas presentes en los movimientos político-sociales de los '60 y '70 en Chile, promoviendo una serie de formulaciones de tendencia comunitaria en el área de salud mental. Estas formulaciones fueron encabezadas por doctores como Luís Custodio Muñoz, José Horwitz, Luís

Weinstein y Juan Marconi, nombres que hasta el día de hoy –sobre todo los dos últimos– continúan influenciando las prácticas psiquiátricas de inspiración social¹⁶.

A partir del año 1968, un equipo liderado justamente por el doctor Juan Marconi, establece una serie de programas de atención organizados bajo los lineamientos de la psiquiatría comunitaria, lo cual a partir de 1971 toma la forma del llamado “Programa Integral Intracomunitario de Salud Mental”, el cual bajo postulados ideológicos de izquierda, se presenta como una nueva etapa en la psiquiatría nacional; superación de la etapa asilar (1852-1962) y de la etapa del Hospital Psiquiátrico (1953-1970) (Medina, 2006). Esta etapa de salud mental en la comunidad, implica una serie de prácticas que buscan una solución democrática a estas problemáticas dentro de la población, mediante el trabajo conjunto entre el saber médico y los recursos presentes en las culturas populares. Como destaca Medina (ídem), ya en 1976 el propio Marconi establecía que la estrategia técnica fundamental de este programa es invertir el proceso planificador, priorizando la generación de programas a partir del nivel comunitario en lugar de hacerlo a partir de los centros hospitalarios.

Ya desde entonces, las bases de la salud mental en Chile, como problema de salud pública, se instalaron en paralelo al desarrollo de prácticas fuertemente inspiradas en la salud comunitaria y en relación directa con los cambios políticos de la época. En efecto, esta experiencia se instaló durante diez años en el área sur de Santiago; área políticamente significativa por ser un sector popular y de escasos recursos que, hasta entonces, no contaba con servicios institucionales en salud mental para el millón de

¹⁶ Según Marconi (2001), la psiquiatría social surge de la aplicación de los métodos de las ciencias sociales al estudio de los trastornos mentales. Implica la incorporación de la salud mental a la salud pública mediante la aplicación del método epidemiológico a este tipo de problemáticas. El método epidemiológico refiere a la aplicación del método científico en la observación y el estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad en poblaciones humanas. Como se verá más adelante, el método epidemiológico constituye un dispositivo de seguridad que da cuenta de la definición misma de biopolítica, en la medida en que considera ya no la segregación de sanos y enfermos como en la disciplinas, sino que el conocimiento de las variables que merman la vida del conjunto de una población, considerada en su continuidad, incluyendo sanos y enfermos. (Foucault, 2007).

habitantes del lugar, de los cuales aproximadamente un 80% eran obreros urbanos y campesinos¹⁷.

En términos formales, el Programa Integral llega a su fin a mediados de los '80, pero fue con la instalación de la dictadura militar en 1973 que las bases sociales a partir de las cuales este programa fue posible, se vieron abruptamente desarticuladas. Las prácticas de inspiración comunitaria han tenido una continuidad muy precaria hasta estos días, marcada por la presencia de acciones fragmentadas y carentes de recursos. Esto debido a la falta de una base institucional acorde con sus objetivos, pero también debido a que durante la dictadura militar, como ya indicaba Freeman en un informe de la OMS en 1978, disminuyó significativamente la preocupación estatal por los sistemas protección social, disminuyendo así la inversión en salud pública. A partir de esto se establece una política económica general no sólo restrictiva, sino que propiamente reductiva respecto de del financiamiento estatal, condicionando un movimiento correspondiente de responsabilidad hacia el sector privado (ídem).

Coincidentemente, la Declaración de Caracas repercute en Chile en resonancia con el proceso de retorno de la democracia. El advenimiento de este hecho establece de manera urgente la necesidad estatal de fomentar la participación de la sociedad civil en la esfera pública. De esta forma, como contrapunto a los bajos estándares de inversión social y a la deslegitimación ciudadana de los procesos de modernización impulsados por la dictadura, los gobiernos de la Concertación se proponen mejorar dichos estándares y, en palabras de Sandoval (2002), "reconstruir una estrategia discursiva que permitiera a partir de nociones como participación y ciudadanía, democratizar los procesos de modernización de la sociedad chilena" (p. 162). El discurso participativo y comunitario de la Declaración es plenamente compatible con la necesidad nacional de fomentar políticas públicas a partir de fundamentos democráticos, situación que facilita el rescate del interés por la salud mental y del modelo comunitario de los '60.

¹⁷ Posteriormente, este sector pasaría a formar parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur, dentro del cual se encuentra el Hospital Psiquiátrico El Peral. Con la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, este servicio fue establecido como sector piloto para su implementación, lo que implicó una mayor asignación de recursos para su financiamiento, gran parte de ellos dirigidos a la reducción de camas dentro del Peral y al establecimiento de programas de rehabilitación para el egreso de paciente a instancias comunitarias. La denominada "área sur" constituye un referente simbólico de las prácticas desinstitucionalizadoras y de psiquiatría comunitaria a nivel nacional.

Este espíritu se consolida con la instauración, en 1993, de un Plan Nacional en Salud Mental, que constituye un antecedente directo del Plan actual, en cuanto comparte sus fundamentos y directrices básicas. El aporte fundamental de este esfuerzo fue el desarrollo, tanto dentro del Ministerio de Salud como en las 28 áreas de salud existentes, de aquello que según Minoletti (2005), Penjeam define como un “Soporte Organizacional”, constituido por equipos multiprofesionales que han cumplido funciones técnicas y políticas para la gestión y consolidación del modelo comunitario.

Por otra parte, la preocupación nacional e internacional por las violaciones a los derechos humanos cometidas durante la dictadura, sumada al interés de los gobiernos de la Concertación por fomentar su resguardo, constituyen un antecedente importante que también facilita la incorporación de los acuerdos de esta convención.

En la línea de impedir abusos y violaciones a los derechos humanos por parte de los equipos de atención hacia los pacientes, en el año 1998, se configura el *Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan*, Decreto N° 570 (Gobierno de Chile, 2000). Este documento implica por primera vez en Chile una regulación legal que garantiza el resguardo a los derechos humanos de aquellos pacientes sometidos a internación psiquiátrica, sea esta voluntaria o involuntaria. Esta última corresponde a aquella “dispuesta por un médico, atendiendo a que el paciente se encuentra en una situación de crisis y que no es posible contar con su consentimiento” (p. 8). Pese a que en la práctica muchas veces esta regulación no se cumple, actualmente en Chile la internación involuntaria no debe extenderse más allá de 72 horas.

Además, esta regulación determina cuáles son las personas susceptibles de tratamiento bajo régimen de internación psiquiátrica; definiendo a los pacientes psiquiátricos como “las personas que sufren de una enfermedad o trastorno mental y que se encuentran bajo supervisión o tratamiento médico especializado” entendiendo por enfermedad o trastorno mental “una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente” (p. 5). Junto a todo esto, define las condiciones que deberán tener los establecimientos para prestar atención psiquiátrica bajo internación. Incluye además la formalización de

protocolos que regulan la atención, la aplicación del tratamiento durante la internación¹⁸ y las medidas de protección que se podrán utilizar. Este mismo decreto insta la creación de una instancia asesora de la autoridad ministerial, la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental, conformada por un diverso grupo de personas vinculadas a estas problemáticas, y que tiene por función fiscalizar la aplicación del reglamento vigente, resguardar el respeto a los derechos humanos de las personas afectadas por enfermedad mental y canalizar las denuncias de vulneraciones a estos derechos.

El reglamento ya descrito, deroga la anterior regulación para los establecimientos que prestan atención psiquiátrica que se encontraba en el *Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas*, Decreto N° 161 (Gobierno de Chile, 1982). Si bien el Decreto N° 570 se estableció en el año 1998, no se publicó en el diario oficial hasta el 14 de julio del año 2000, con disposición a entrar en vigencia 6 meses después de su publicación, vale decir, a partir del año siguiente al establecimiento del Plan Nacional actual.

b. Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigente desde el año 2000 es el producto del trabajo realizado por un importante número de actores sociales, entre los que se cuentan usuarios, familiares, técnicos y profesionales. Su fin, es concretar los compromisos asumidos en la Declaración de Caracas, expresando la voluntad nacional por abordar las problemáticas en esta área de salud y la necesidad de su inclusión dentro de las políticas gubernamentales. En búsqueda de una mejora general de los niveles de

¹⁸ En el artículo 21 de este reglamento se dispone que "toda persona internada, cuya capacidad de decisión no se encuentre gravemente comprometida por su enfermedad o afección, podrá decidir por sí misma, aceptando o rechazando en forma libre y voluntaria y con debido conocimiento de causa, el plan de tratamiento que se le ofrezca" (p.10). Los procedimientos de terapia electroconvulsivante, administración de medicamentos con efectos secundarios difíciles de tolerar o desventajosos y los tratamientos aversivos para la modificación de conductas, siempre requerirán de un consentimiento específicamente referidos a ellos otorgado por el paciente o, cuando corresponda, por un apoderado o, en su defecto, por una segunda opinión psiquiátrica que ratifique la indicación clínica, la que deberá estamparse en la ficha correspondiente. (Gobierno de Chile, 2000).

bienestar y salud mental de los chilenos, en este Plan se señalan objetivos y estrategias concretas para orientar los recursos estatales. Se encuentra dirigido a la población chilena en su generalidad, buscando “contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.” (MINSAL, 2000, Cáp. I).

En resumidas cuentas, el Plan configura tres instancias sobre las que interviene; a saber, las personas, las familias y las comunidades. Los objetivos que busca alcanzar son el bienestar subjetivo, la maximización de las potencialidades, la productividad en función de metas, y la adecuación a aquello socialmente definido como ‘bien común’. Todo esto se encuentra en función de una serie de valores fundamentales, donde se destaca la noción de *desarrollo humano*, una concepción general del bienestar de las personas cuyo fomento implica que las intervenciones no se restringen al quehacer individual, sino que también están dirigidas hacia los grupos y el ambiente donde se desenvuelven los individuos. Todos estos ámbitos son necesarios para el máximo desarrollo de las potencialidades humanas.

El desarrollo humano se encuentra ligado a la noción de Salud propuesta por la OMS (2006), donde ésta no sólo coincide con la ausencia de enfermedad, sino que corresponde al estado de completo bienestar físico, mental y social. Por tanto, no sólo lo biológico determina la salud, el bienestar y el desarrollo, sino que también lo hacen aquellos elementos que conforman las **condiciones de vida** de los individuos. El fomento del desarrollo humano aborda necesariamente esta dimensión psicológica y social de las condiciones de vida; son ellas las que permiten a los sujetos mantener el bienestar, así como también minimizar la discapacidad y marginación en aquellos afectados por trastornos psiquiátricos.

Esta concepción **biopsicosocial** de la salud recorre todo el Plan, dando cuenta del estatuto que necesariamente deberán tener las intervenciones. Las prácticas hospitalarias de internación, al generar condiciones artificiales de vida, y, a la vez, perjudiciales para los pacientes, no resultan integrativas de estos tres aspectos, como sí lo hacen aquellas que se realizan en los lugares donde los pacientes desenvuelven sus vidas. Por tanto, el Plan debe asegurar intervenciones tanto a nivel de promoción de salud, prevención,

tratamiento y rehabilitación. Para esto, organiza sus intervenciones de acuerdo a tres líneas prioritarias, abordando en ellas los objetivos establecidos por la OMS.

La primera de estas líneas es el llamado *Abordaje Comunitario*, e implica un modelo de atención donde se pone énfasis en la realización de prestaciones ambulatorias a partir de dispositivos localmente territorializados (MINSAL, 2000. Cap. IV). Dicho de otro modo, dispositivos que se ubican a lo largo de todo el país dentro de segmentos territoriales que recortan geográficamente a la población general al interior de un área definida, con el fin de llevar la atención directamente, y de manera más eficiente, a los espacios donde habitan los individuos que requieran de su uso. Que los dispositivos sean locales no sólo implica que la atención se desarrolle en establecimientos más cercanos al lugar de origen de cada paciente, también implica que algunas prestaciones, de ser necesario, se harán fuera de todo establecimiento físico, en el ambiente mismo donde se desenvuelven los beneficiarios y considerando los recursos de la propia comunidad. De esta manera, el modelo potencia la reintegración social y el fortalecimiento de los lazos entre los usuarios y sus comunidades de origen.

Todo abordaje comunitario, entonces, tiene como condición fundamental involucrar la participación del paciente, de sus familiares y de actores comunitarios significativos. El plan afirma explícitamente: “es fundamental el rol de las agrupaciones de usuarios y familiares en una red de servicios de salud mental y psiquiatría, no sólo como agentes reguladores, sino también como proveedores de servicios, especialmente en el ámbito de alternativas residencias, centros diurnos, clubes de integración social y grupos de autoayuda” (MINSAL, 2000, Cáp. V). La red de salud mental y psiquiatría referida en la cita anterior, corresponde a la organización general necesaria para la integración de todas estas prácticas, permitiendo proveer una atención coordinada y adecuada no sólo a las necesidades de los usuarios particulares, sino que también respecto de las necesidades y características de una determinada población.

La noción de red surge a partir de este nuevo modelo de atención comunitario, que traslada su eje, como dice el Plan, “desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de autoayuda (usuarios y familiares), los cuales pueden tener incluso distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas. Los distintos componentes de la red deben articularse coherentemente de modo de asegurar la

diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución, y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud” (ídem).

El abordaje comunitario necesita articular esta red de prestaciones territorializadas para garantizar una atención ambulatoria que reemplace la función de resguardo que el hospital psiquiátrico realiza bajo la condición de desligar a los pacientes de sus residencias. La noción de red, además, permite abarcar eficientemente a la totalidad de la población, fomentando en ella la participación y el uso de sus servicios. En efecto, “la existencia de una red de servicios de salud mental y psiquiatría significa que el usuario es, efectivamente, un usuario de la red” (Ministerio de Salud, 2000, Cap. IV), y en este sentido es fundamental comprender que la red de servicios de salud mental y psiquiatría debe ser parte de la red de salud general.

En continuidad con esto, y como segunda línea prioritaria, el Plan busca establecer la *atención psiquiátrica en relación a la atención primaria en salud*. Esta situación implica un gran cambio institucional para la psiquiatría nacional, permitiendo sostener que el estatuto de la enfermedad psiquiátrica no es diferente al de cualquier otra enfermedad, legitimando médicamente la atención ambulatoria para este tipo de usuarios.

La compleja coordinación entre la red de APS y la red de salud mental y psiquiatría requiere que cada servicio de salud constituya un Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria a cargo de la población de un área geográficamente definida que cumple la función de ser el centro articulador de su localidad, “asegurando la continuidad de cuidados, tanto en lo sanitario como en lo social, basado en la cooperación y corresponsabilidad con los pacientes entre las distintas unidades asistenciales y comunitarias, la adecuada y oportuna transmisión de información entre los equipos tratantes y el mantenimiento de una línea de actuación coherente a lo largo de todo el proceso de salud-enfermedad” (ídem). El total de la población beneficiaria debe estar adscrita a uno de estos equipos, y de esta forma, la atención psiquiátrica en relación a la atención primaria podrá garantizar los cuidados médicos necesarios para el funcionamiento de los dispositivos comunitarios.

La inserción de la salud mental en los centros de APS comienza con el Plan del '93, pero sólo desde el 2000 se logra masificar recursos y actividades. Desde el año '93 hasta el 2005, el 89% de los centros de APS ha incorporado psicólogos a sus equipos, el 66% ha incorporado médicos capacitados, el 89% cuenta con protocolos o normas de

salud, un 84% cuenta con medicamentos psicotrópicos básicos¹⁹ y el 82% recibe consultorías al menos una vez al mes (Minoletti, 2005).

Potenciar esta vinculación es posible por medio de la reconversión de recursos de los Hospitales Psiquiátricos hacia la APS, disminuyendo en un 22% el número total de camas en los primeros 5 años de funcionamiento del Plan (OMS y MINSAL, 2006; p. 30), donde destacan la gran proporción que ha logrado El Peral, bajando de 360 a 146, y la completa eliminación de las 40 camas de larga estadía con las que contaba el Hospital Salvador, en la zona oriente de Santiago.

La despotenciación de los Hospitales Psiquiátricos se encuentra también bajo la voluntad de cumplir con la tercera línea prioritaria del plan: *el respeto a los derechos humanos*. La disminución de camas y la redistribución de los recursos asociados a ellas, han permitido prescindir del encierro innecesario de un gran número de personas que presentan una condición patológica estabilizada, patologías psiquiátricas inactivas o incluso que no presentan patologías propiamente psiquiátricas, y cuyo denominador común no era más que el abandono social (Gómez, 2005).

Garantizar una atención en salud que termine tanto con el encierro innecesario e involuntario, como con las malas prácticas médico-psiquiátricas, son considerados derechos humanos fundamentales que deben estar asegurados. Ambas situaciones se encuentran representadas en el marco de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en salud mental, aparecidas el 2005 (Gobierno de Chile, 2007). Hasta ahora, forman parte de este programa la Esquizofrenia Primer Episodio, la Depresión en mayores de 15 años y el Consumo Perjudicial o la Dependencia al Alcohol en menores de 20 años.

Estas prácticas, y en general toda atención psiquiátrica, hoy en día se encuentran reguladas por el decreto N° 570 que, junto con la intención de evitar los abusos, busca asegurar el derecho de los pacientes y de sus familiares a implicarse en el tratamiento, transformándolos en agentes activos del proceso. Dichos tratamientos deben asegurar no sólo un trato digno, sino también restituir un lugar social a sus beneficiarios: “la enfermedad mental implica, entre muchas otras cosas, la pérdida de un lugar que la persona afectada ocupaba en la sociedad. Por lo tanto, la capacidad de ejercer los derechos de ciudadanía constituye uno de los puntos esenciales para evitar la estigmatización de estas personas y atenuar el riesgo de exclusión sociocomunitaria”

¹⁹ En relación al 33, 3 % existente en el año '93 y al 66, 6 del año '99.

(MINSAL, 2005b, p. 26). Aparece, entonces, la noción de *ciudadanía* para dar cuenta de los derechos a la inclusión y a la no marginación, reestableciendo dentro de los mismos tratamientos, la lucha por estos derechos cívicos y por la participación social de aquellos afectados por trastornos psíquicos severos, como horizonte de rehabilitación para estos pacientes.

c. Estrategia Nacional de Salud Mental 2011: “Un salto hacia adelante”

Luego de 10 años de experiencia psiquiátrica en torno al Plan Nacional, el año 2011 el gobierno de Chile da a conocer un nuevo documento que, al tiempo de dar continuidad al trabajo realizado hasta ese momento, buscaba ser el referente nacional para afrontar las nuevas necesidades en salud mental a nivel nacional.

Este documento pone el acento en la necesidad de establecer vínculos entre los programas de salud mental y otros sectores de la sociedad civil, siguiendo la lógica de la desinstitucionalización iniciada por el Plan Nacional del 2000, pero esta vez amplificada hacia otros espacios de circulación por fuera de la red de salud, debido a que precisamente el problema de la intersectorialidad fue evaluado como una de las situaciones que más dificultades implicó dentro de la plan del 2000 (MINSAL, 2011).

El fomento de la intersectorialidad cumpliría el objetivo de establecer la posibilidad de sostener un tratamiento terapéutico en prácticamente cualquier espacio social disponible; la consigna es considera la salud mental en todas las políticas públicas. Así, en su “visión”, el documento establece que para el “año 2020 y a través de los esfuerzos integrados de los sistemas de salud, de protección social, de trabajo, educación, vivienda, justicia y otros, los chilenos habrán avanzado en la construcción de un país que, desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida de las personas, promueve la salud mental, previene la aparición de enfermedades mentales y garantiza a todos, el acceso a programas sanitarios e intersectoriales de alta calidad, en un marco de respeto a los derechos humanos" (p. 4).

Buscando proveer y garantizar salud mental a lo largo de todos los ciclos vitales de la población, promoviendo la ciudadanía y tomando decisiones basadas en la evidencia, además de integrar la salud mental a la salud general dentro de un modelo comunitario de atención, la Estrategia se plantea como objetivos:

i) Favorecer la emergencia e integración de iniciativas sectoriales e intersectoriales que generen condiciones para el desarrollo pleno de las capacidades de las personas y contribuyan así, a la construcción de una buena salud mental de la población.

ii) Atenuar los determinantes sociales que afectan la salud, incrementando las habilidades para la vida de la población y realizando detección e intervención precoz y efectiva sobre los trastornos mentales y los factores de alto riesgo, de modo de prevenir la aparición de problemas y trastornos mentales.

iii) Mejorar la calidad de vida de las personas con problemas y enfermedades mentales, garantizando los tratamientos necesarios, con la debida calidad y oportunidad, la equivalencia de trato a la salud mental y física en los seguros de salud, el desarrollo del modelo comunitario de salud.

3. Desafíos y problemas: Desinstitucionalización, intervención comunitaria y rehabilitación como el horizonte político del trabajo con la locura.

a. El Proceso de desinstitucionalización psiquiátrica y sus alternativas técnicas al orden asilar.

En el centro de toda reforma psiquiátrica está la necesidad de establecer procesos de desinstitucionalización, tal cual fueron definidos por la crítica antipsiquiátrica. Punto medular, pero también crítico en la medida que destituye una instancia largamente arraigada dentro de la tradición disciplinaria. Esto, a su vez, obliga a la producción de dispositivos eficientes, tanto para el tratamiento de los pacientes psicóticos que ya no tendrán el hospital psiquiátrico de referencia, como para aquellos pacientes denominados crónicos²⁰, que efectivamente han vivido prolongados procesos de institucionalización y

²⁰ Aquellos pacientes psiquiátricos que históricamente fueron considerados locos, sujetos a encierro, malos tratos, prácticas de exclusión y discriminación social, durante un prolongado periodo de sus vidas.

hoy deben reincorporarse a sus comunidades de pertenencia. La necesidad de abandonar el orden asilar implica, consecuentemente, la necesidad de poner acento en su exterior: la comunidad como espacio natural no institucional debe ser congregada por los esfuerzos necesarios que permitan el cumplimiento de este objetivo.

El acento puesto en la comunidad por parte de la psiquiatría esboza la necesidad de articular todo un proceso de funcionamiento en relación a ella y una reflexión en torno a los efectos que tendría en la salud mental: "La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores. Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas y en el caso de necesitar atención cerrada esta deberá ser en instancias lo más parecidas posible a un ambiente familiar" (MINSAL, 2000; Cap. V).

La comunidad toma lugar como el horizonte tanto político como técnico dentro de las prácticas psiquiátricas actuales en Chile. Este desplazamiento hacia la comunidad se ve reflejado explícitamente en relación a las siguientes premisas:

- La salud no sólo depende de factores inherentes a las personas, sino que también de las condiciones en que ellos viven.
- Necesidad de una participación activa del paciente y sus familiares
- Reinserción social de personas con enfermedades mentales, evitando la estigmatización y marginación, mediante la creación de redes de apoyo.

El primer punto resalta el papel de las condiciones de existencia en el mantenimiento de la salud mental. Las condiciones hospitalarias marcadas por el encierro, la exclusión social, y la violencia institucional efectuada sobre los pacientes de manera cotidiana, son factores que hacen del hospital psiquiátrico un fracaso en términos terapéuticos. Su efectividad, entonces, es cuestionable. La efectividad terapéutica de las intervenciones posibles queda definida en función de la capacidad que puedan tener de asegurar condiciones de vida saludables para los pacientes.

El segundo punto se enfoca en las condiciones necesarias para la instalación de un nuevo modelo. Un modelo de atención pública en salud mental como el recién descrito,

que anule los efectos iatrogénicos del encierro, la exclusión y la violencia, no sólo necesita de un buen apoyo económico y de una gran capacidad técnica; a su vez, resulta trascendental contar con el apoyo y compromiso tanto del paciente como de su familia en el proceso de recuperación. Una participación activa por parte de los beneficiarios de la atención, se contrapone a la pasividad con que los pacientes se veían expuestos a los tratamientos practicados al interior del hospital. El resguardo de esta participación es a la vez el resguardo a los derechos inalienables de ciudadanía que les corresponde a los afectados por patologías psiquiátricas.

Por último, el tercer punto indica el camino que debe seguir este modelo, es decir, el horizonte posible hacia donde apunta el trabajo a realizar particularmente en pacientes con patologías psiquiátricas severas. En este sentido, debe entregar las herramientas necesarias para que las personas con enfermedades mentales puedan evitar la desvinculación de sus familias y de sus comunidades; pero también para que aquellos que han sufrido el encierro hospitalario, y que se han cronificado en este paso, puedan retomar el curso de sus vidas de manera desinstitucionalizada. Las intervenciones deben, entonces, apuntar tanto a las capacidades de los pacientes para reinsertarse, como a la modificación del contexto social en el que se insertan, mediante un esfuerzo por eliminar los prejuicios y la discriminación respecto a la enfermedad mental.

Frente a la eliminación del 38% de las camas de larga estadía en los cinco primeros años del Plan, y con los recursos que esto libera hacia la APS; los pacientes crónicos, en su mayoría pacientes esquizofrénicos y afectados por otras psicosis, han podido encontrar alternativas residenciales y de tratamiento fuera del hospital psiquiátrico. Programas de rehabilitación psicosocial, sus propias familias y hogares, o en su defecto, hogares protegidos; son el destino de estos pacientes que han pasado a ser usuarios de la red.

La esquizofrenia queda definida para el Plan (tanto a nivel del protocolo GES como de la norma técnica) a partir de los aspectos diagnósticos considerados por el DSM-IV y el CIE-10, y también de sus consecuencias a nivel social, entendiéndose del siguiente modo: “La esquizofrenia es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la vida de la persona. Las consecuencias de la enfermedad no son sólo individuales sino que afectan en forma dramática al entorno familiar y social inmediato y generan altos costos económicos para el país” (MINSAL, 2005b, p. 5).

A nivel de interés público, la esquizofrenia es relacionada con el aumento de las tasas de mortalidad, discapacidad social, inhabilitación del proceso productivo, estigmatización, y alto impacto en los cuidadores; todas situaciones que implican un elevado costo social. Estas consideraciones suman argumentos a favor de intervenciones psicosociales que complementen los tratamientos biológicos, aumentando su efectividad y disminuyendo su costo. Estas intervenciones psicosociales son definidas como "...aquellas acciones realizadas por el equipo de salud mental tendientes a facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad a su entorno natural." (MINSAL, 2005b; p. 33). En definitiva, son todas aquellas que tienden a la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, con todas sus implicancias técnicas y éticas.

Los programas de intervención para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, apuntan tanto a los pacientes recientemente diagnosticados o de corta data siendo intervenidos en el sistema de salud, como a pacientes de mediana y larga data, muchos de ellos pacientes con deterioro social o cognitivo tanto por el avance de la misma enfermedad, como por los efectos de cronificación producto de la institucionalización psiquiátrica. La atención para ambos tipos de pacientes se articulan en torno a una estrategia comunitaria: "el área comunitaria es el contexto general donde se desarrollan las intervenciones. La premisa básica es impedir la desvinculación social de la persona. De esta forma el sujeto mantiene un rol social valorado y se evita el deterioro de sus habilidades y se minimiza la discapacidad" (MINSAL, 2005b, p. 33). Estas estrategias tienen como objetivo disminuir la frecuencia, severidad y las consecuencias de los episodios agudos, maximizando a su vez el funcionamiento psicosocial durante los episodios, combinando tanto los tratamientos bioquímicos con las acciones psicosociales, promoviendo las intervenciones ambulatorias y disminuyendo al máximo el tiempo de hospitalización.

El paciente psicótico, cualquiera sea el grado de desarrollo o intensidad que tenga su enfermedad, enfrenta una situación social que determina el fracaso en la transformación de su condición de "enfermo mental" a persona humana (Guajardo y Madariaga, 1998). Así, la llamada enfermedad mental afectaría de manera directa los procesos psíquicos, lo que tiene como consecuencia un daño en estos procesos. La recuperación médica y psicosocial repararía de manera imperfecta este daño, dejando un margen de discapacidad en el psiquismo; instrumento para la relación del sujeto con el mundo y con la sociedad. La rehabilitación psicosocial (idem) correspondería a una serie

de estrategias de intervención y de procedimientos técnicos, desarrollados por equipos multidisciplinarios compuestos por psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, técnicos en rehabilitación, entre otros; y que son entregadas en forma de prestaciones al interior de unidades especializadas.

Las prestaciones tienen como objetivo subvertir de la mejor manera posible aquel daño en la capacidad para vincularse con el mundo producto de la enfermedad que aqueja estos pacientes. Para esto, busca intervenir sobre las actividades de la vida cotidiana de los pacientes, el entrenamiento de habilidades sociales, la rehabilitación vocacional y la utilización del tiempo libre (MINSAL, 2005a).

El daño producido por la enfermedad se define como una desventaja social de estas personas. Recibe el nombre de discapacidad de causa psíquica “justamente porque se reconoce la presencia de un hándicap en la manera como este sujeto reconoce la realidad y se reconoce a sí mismo, es decir, en la capacidad que le resta para tomar conciencia de su existencia y de la del mundo que lo rodea” (Guajardo y Madariaga, p.35). En términos de los efectos sociales, esta denominación implica el reconocimiento de una dificultad que va más allá del ámbito físico o biológico, requiriendo a la sociedad que desarrolle una conciencia más amplia sobre esta condición psicosocial de desventaja, para permitir que estos sujetos puedan ser integrados de manera efectiva: “ha permitido dejar de lado el prejuicio existente respecto de la persona con esquizofrenia como alienada y sin contacto alguno con sus afectos y la sociedad que la rodea y destacar que la esquizofrenia es una condición que incapacita de un modo variable algunos aspectos de la vida de la persona y que, por lo tanto, es posible establecer estrategias para superar esas limitaciones” (MINSAL, 2005b, p. 24).

Técnicamente, los modelos de intervención para la rehabilitación psicosocial, se basan en una intervención a nivel de la vida cotidiana de las personas afectadas por esta enfermedad. El equipo de salud mental tratante debe realizar sus intervenciones a partir del reconocimiento de la realidad concreta a la que pertenecen estos sujetos, estableciendo un análisis de las potencialidades y limitantes existentes en cada situación comunitaria, para figurar tanto las posibilidades de logro en cada sujeto, como las posibilidades de efectividad que podrán tener sus intervenciones. Estas intervenciones permiten incrementar las potencialidades de estas personas, contrarrestando las áreas de su vida que se encuentran afectadas, optimizando el desempeño de los roles sociales, y promoviendo la productividad para el logro de una mejor calidad de vida (ídem).

Según explican Madariaga y Guajardo (1998) en la práctica existen dos maneras distintas de comprender los procesos de rehabilitación comunitaria: la primera, correspondiente a los modelos clásicos, desarrollan su quehacer en el ámbito de la rehabilitación sintomática, de las destrezas sociales y de la capacidad productiva. Estos modelos se ocupan de instancias colectivas como herramientas terapéuticas para lograr sus propósitos, pero mayormente conservan una perspectiva de rehabilitación individual “centrada en el sujeto aislado, quien tiene el desafío de incorporarse a la sociedad, una vez obtenidos logros dentro de estas tres áreas” (p. 36). En este caso, el componente social es considerado como un ámbito sujeto a estrategias de sensibilización para permitir la adopción ocupacional de estos sujetos, pero restringe la rehabilitación al individuo sin abordar las implicancias sociales de los procesos de exclusión más allá de la idea del prejuicio. El resultado de esta manera de entender la rehabilitación implica una minoría de personas que logra salvar los obstáculos individuales y sociales, para lograr una integración estable en el tiempo.

La segunda forma intenta sostener la idea de que toda intervención psicosocial en el ámbito de la rehabilitación psiquiátrica “debe propender a una articulación dialéctica entre los aspectos biopsicosociales del sujeto y las realidades sociohistóricas” (p. 39), es decir, implica que los equipos de intervención se sitúen en una interacción constante, no sólo con el ámbito de la salud, sino con los diversos espacios sociales y estatales que impactan en la vida de las personas: Políticas públicas en materia de vivienda, educación, justicia, derechos civiles y políticos, derechos económicos, sociales y culturales, medio ambiente, etc. Técnicamente, promueve estrategias intersectoriales que intervengan directamente en el proceso salud-enfermedad a nivel de toda la sociedad.

Las políticas públicas apuntan a fomentar el segundo tipo de intervenciones, debido a que superan la lógica de la enfermedad individual para poner el problema de las psicosis -y de los trastornos psíquicos severos en general- dentro de una problemática de organización social que impactaría en parte importante de sus dificultades de integración. De todas formas, en la prácticas las intervenciones tienden a ser pensadas en forma restrictiva desde la perspectiva del primer modelo señalado, lo que ha implicado un cuestionamiento importante a las posibilidades que ofrece la reforma del año 2000.

b. Algunas dificultades técnico-políticas del modelo comunitario y de atención en red.

Como hemos visto, la noción de red es una de las piedras angulares del modelo comunitario de atención propuesto por la reforma; es el dispositivo técnico que permite a las intervenciones comunitarias y de rehabilitación psicosocial, desarrollar un proceso de desinstitucionalización exitoso dentro de la psiquiatría en Chile, pues corresponde a la condición de posibilidad de todo tratamiento, tanto desde el punto de vista de la prevención como de la estabilización, el seguimiento y los procesos de rehabilitación comunitaria para la inclusión social.

Ante todo, el concepto de red apunta directamente a la manera en que, dentro del Plan, se operacionaliza la territorialización de las atenciones al interior de la comunidad. Dicho de otro modo, es la manera de planificar, organizar, y coordinar las instancias descentradas de atención, donde cada una se encuentra técnicamente capacitada para que, en coordinación con las demás, puedan entregar las prestaciones en salud mental necesarias para cumplir los objetivos que el Plan propone. El fundamento de esta estrategia es absolutamente empírico y justificado por la evidencia: “la estrategia basada en redes de atención que integren en forma coherente todos los dispositivos necesarios - desde el tratamiento hospitalario intensivo hasta dispositivos intracomunitarios de apoyo- optimizan la utilización de los recursos y mejoran significativamente las consecuencias del trastorno y la calidad de vida de las personas” (MINSAL, 2000. Cap. V).

En el fondo, la red se orientaría a abarcar eficientemente la totalidad de la población, fomentando en ella, tanto la promoción y la prevención de la salud mental, como la participación y el uso de sus servicios: “la existencia de una red de servicios de salud mental y psiquiatría significa que el usuario es, efectivamente, un usuario de la red” (MINSAL, 2000, Cap. IV). De este modo, resulta fundamental entender que la red de servicios de salud mental y psiquiatría es y debe ser parte integrante de la red de salud en general.

La red garantiza todas las prestaciones necesarias que permitan mantener un estado óptimo de salud general en los pacientes. Estas prestaciones tienen un carácter diferenciado, incluyendo operaciones médicas, psiquiátricas, psicoterapia, asistencia psicosocial, psicoeducación y rehabilitación entre otras (MINSAL, 2000). Cada una de ellas es entregada en diferentes dispositivos distribuidos territorialmente en toda la

extensión de la red. Dicho de otro modo, la red se ocupa a través de estas prestaciones de todos los aspectos vitales que pueden resultar conflictivos para el estado general de salud de los pacientes.

Es evidente que para poder instaurar este modelo de trabajo en red, es necesario contar con los recursos necesarios para su buen funcionamiento. Toda la lógica de los procesos de desinstitucionalización se articula en torno a la premisa de redistribuir los recursos económicos desde las instancias hospitalarias a las comunitarias. Para el año 2006, el aumento de recursos en salud pública se vio acompañado por la disminución del gasto asignado a los hospitales psiquiátricos, los cuales sólo recibieron un 33% del total del presupuesto nacional en salud (cifra significativamente menor al 57% con que contaban en el año 1999). Estos recursos fueron reconducidos a otras instancias de atención ambulatoria y de trabajo comunitario basado un enfoque biopsicosocial, demostrando el marcado retroceso de los dispositivos de internación hospitalaria (OMS & MINSAL, 2006). No obstante estos avances hacia la desinstitucionalización, se estima que los esfuerzos resultan insuficientes en la medida que el presupuesto total en salud pública es de solamente 2,14% del PIB que, si bien es una mejora respecto del miserable 1,2% con el que se contaba hasta el 1999, está lejos de ser el 5% con el que se esperaba contar para el 2010, y mucho más lejano aún de los presupuestos europeos o norteamericanos que oscilan entre el 8% y el 16% (Ibíd.)²¹.

Esta falta de recursos se traduce en la ineffectividad de muchas de las proyecciones propuesta en materias técnicas por el plan para el desarrollo de los procesos de desinstitucionalización. Estaba previsto que el buen funcionamiento de los dispositivos de atención sólo sería posible en función de un aumento entre el 0,5% y el 1,0% cada año. En los sucesivos gobiernos, la gestión del Ministerio de Salud no ha podido realizar dicha proyección. Con ello, no se ha permitido aumentar, como se esperaba, la capacidad resolutive del nivel primario de atención, entendida como una estrategia sanitaria integral e integrativa. Esto porque, en principio, no es posible el aumento del número de profesionales (psiquiatras, psicólogos, consultorías, etc.) necesarios para desarrollar un trabajo a partir de acciones psicosociales tendientes a facilitar la integración del sujeto a su entorno.

²¹Se considera que un 10% es una cifra para poder funcionar

Asimismo, la escasez de recursos ha repercutido en una precarización de los salarios y las condiciones laborales, impidiendo al sistema público retener a los profesionales con más experiencia y/o mejor capacitados, con lo que nuevamente se atrofia la capacidad para desplegar intervenciones psicosociales ajustadas. Así, las instituciones que trabajan en rehabilitación psicosocial para pacientes con patologías psiquiátricas severas ven profundamente mermadas sus posibilidades, debiendo someter su acción al criterio de la escasez de recursos económicos más que a medidas propiamente técnicas o terapéuticas.

El impacto negativo que esta situación técnico-económica ha tenido, cae con mucha fuerza sobre el fomento de la intersectorialidad dentro de los tratamientos que debería constituir un eje fundamental de los programas para lograr la desinstitucionalización y la integración social.

A pesar de la importancia formal, en términos enunciativos, que la estrategia del año 2011 propone respecto al tema de la intersectorialidad, el documento no entrega ninguna nueva orientación concreta sobre los montos con los que, para estos efectos, contarían los programas de orientación comunitaria, ni mucho menos respecto de las formas en que se realizaría su financiamiento. En tal sentido, no se sabe si los recursos estarían garantizados por el Estado o las instituciones de salud implicadas deberían buscar formas de autofinanciamiento, situación que afecta la calidad de los servicios públicos en salud mental, pasando a un segundo plano respecto de una gestión económica exitosa que permita la supervivencia de las instituciones, lo que se aprecia en la minimización en el valor de la formación de especialistas y las necesidades de infraestructura, privilegiando casi exclusivamente los beneficios económico-presupuestarios implicados en la promoción y la prevención.

A pesar que los argumentos concernientes a la desigualdad y a los derechos humanos que están presente en este documento, ellos parecen sistemáticamente subordinarse al razonamiento propio de la economía de la salud, donde abundan las estimaciones de costos en términos de AVISA (pérdidas de productividad por años de vida saludable perdidos) o de puntos porcentuales del PIB. Concretamente no existe aumento de recursos para los dispositivos comunitarios territoriales. La integración a instancias de la vida social como el trabajo o la educación, queda mediada por un agente técnico que debe cumplir con los criterios diseñados para el cumplimiento de metas

económicas, lo que no necesariamente promueve la autonomía de los usuarios de estos dispositivos.

Por otra parte, pese a sus intenciones de continuidad, el documento no parece tener demasiado sustento para materializar lo que declara. Sistemáticamente plantea expresiones como reconceptualización de la salud mental y la enfermedad, abordajes desde una perspectiva bio-psico-social, presencia de un modelo comunitario, fomento de la ciudadanía; pero sin establecer una definición precisa respecto de ninguna, dando cuenta de una dificultad severa para establecer coherencia y consistencia respecto de lo que deberían ser los lineamientos generales que ordenarían las prácticas en salud mental para nuestro país. Lamentablemente, más allá de la enunciación de principios, no se observa ningún tipo de orden o coherencia entre el Plan del 2000 y la presente propuesta, en la medida que éste documento parece sostenerse en sí mismo sin referencia a las experiencias realizadas en Chile durante la última década, sin evaluación de las buenas prácticas y las deficientes, así como tampoco con una explicitación de la forma en que ambos propuestas de trabajo mantendrán una continuidad a nivel de los modelos y su expresión en las prácticas de tratamiento y rehabilitación²². Si bien existe una afirmación a favor del trabajo comunitario e intersectorial en el tratamiento de las patologías psiquiátricas severas, al menos en el papel esto implicaría una discontinuidad importante en el desarrollo de los procesos de desinstitucionalización y la coordinación técnico-política que éstos requerirían para funcionar acorde a las exigencias de la realidad nacional.

Por otra parte, la ausencia de una Ley de salud mental en Chile redobla estas dificultades, pues no hay regulación alguna que garantice el acceso resguardado de estos pacientes a los espacios propios de la sociedad civil²³. De momento, no existe una regulación que garantice que los procesos de rehabilitación, integración y participación comunitaria sean realmente efectivos como alternativas a la atención hospitalaria.

Esto plantea la pregunta respecto de qué ciudadanía es posible en el contexto actual de trabajo con este tipo de pacientes. Es decir, hacia dónde es posible orientar las prácticas para que, en conciencia de las limitaciones políticas, económicas e incluso teórica que ofrece hoy en día la realidad institucional de la psiquiatría nacional, para

²² Todo lo contrario, el documento del 2011 pone especial énfasis en las prácticas sanitarias a nivel de prevención, sin pronunciarse mayormente por la especificidad de los tratamientos psiquiátricos que buscará potenciar y su relación con la declaración de principios que proponen.

²³ Situación que va directamente en contra del fomento a la intersectorialidad.

fomentar procesos de rehabilitación que permitan sostener de manera efectiva el sufrimiento psíquico de estos pacientes. Bajo este contexto, se requiere de una comprensión más amplia de la totalidad de procesos implicados en las estrategias de desinstitucionalización con las que se pretende implementar una mejora en la calidad de vida de las personas que sufren dificultades psiquiátricas severas; una comprensión a la luz de los efectos que este ordenamiento produciría a nivel de la población, y que en principio son difíciles de visibilizar al considerar únicamente la particularidad de las prácticas concretas que hoy en día se desarrollan, en ausencia de una mirada global en el sentido propiamente político.

III. LA VOLUNTAD DE SUPERACIÓN DE LA LÓGICA MÉDICA EN PSIQUIATRÍA: CIUDADANÍA, BIOPOLÍTICA Y LAZO SOCIAL.

1. La Ciudadanía Como Objetivo Político y Terapéutico.

a. La ausencia del ciudadano: el problema de la exclusión en la lógica asilar y más allá de ella.

Está claro, y es más que evidente, que en los últimos cuarenta años los requerimientos internos del saber psiquiátrico se han desarrollado en paralelo a las demandas sociales a nivel de la protección de los derechos humanos y de la luchas por ampliar el ámbito de participación a nivel cívico. Pues en el momento en que se reconoce al loco como sujeto de derecho, se instituye como ciudadano pleno; situación que articula ambas demandas descritas anteriormente en una sola.

El primer elemento, como hemos visto, en que ambos caminos se topan es en la realidad irrefutable que constituyó el aislamiento sufrido por los pacientes psiquiátricos en nombre de un tratamiento para su afección. Esta exclusión específicamente material, finalmente implicaba el confinamiento de un cuerpo concreto en dependencias del Estado destinadas a contener un elemento extraído de la sociedad por alguna razón, cuya validez era sancionada por una institución social que, al mismo tiempo, estaba interesada en retenerlo y estudiarlo para el avance de su saber.

De esta situación surgen dos necesidades. En primer lugar, terminar con las bases conceptuales y empíricas que sostienen esta práctica de exclusión. Segundo, producir un sistema de asistencia en salud que, al mismo tiempo de ofrecer los cuidados necesarios para tratar las manifestaciones de la enfermedad mental, se encargue de recomponer aquello que el sujeto comenzó a perder al momento de enfermar y que terminó de perder luego de exponerse a aquella lógica de exclusión que suponía ser su tratamiento: la capacidad de estar con los demás; de hablar y hacer valer su opinión, de legitimar sus deseos y actuar en concordancia, de realizar una actividad productiva para sustentarse,

de responsabilizarse por las consecuencias de sus propias acciones y elecciones, de ser sujeto de derechos. En definitiva, restituir su condición de ciudadano.

La psiquiatría comunitaria considera que la instauración de un modelo de trabajo en el exterior del espacio asilar permitiría lograr este objetivo. En el Foro Mundial para la Salud Mental de la Comunidad, organizado en Ginebra el año 2007, La OMS señaló la necesidad urgente de los países para proporcionar una red de servicios de salud mental de la comunidad. En esa oportunidad, la OMS invitó por primera vez a personas con trastornos mentales a asistir al Foro, enviando un mensaje claro respecto a la necesidad de dar voz a este grupo excluido, de reclamar sus derechos y asegurar su participación en la sociedad (OMS, 2008). Al respecto, el Dr. Benedetto Sarraceno, director durante los últimos 14 años del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en la OMS, afirma: "No sólo es que los servicios comunitarios de salud mental sean más accesibles para las personas con discapacidad mental grave, estos también son más eficaces en el cuidado de sus necesidades en comparación con los hospitales psiquiátricos. Los servicios comunitarios de salud mental también son propensos a tener menos posibilidades de abandono y violaciones de los derechos humanos, que se encuentran muy a menudo en los hospitales psiquiátricos " (idem).

Las palabras de Sarraceno apuntan a identificar el problema de la exclusión con el funcionamiento del hospital psiquiátrico como dispositivo de tratamiento, probablemente debido al peso de la realidad histórica de este acontecimiento y remarcando la necesidad del cierre definitivo de estas instituciones. Pero actualmente el problema de la exclusión se encuentra mucho menos definido por ser un efecto de la internación concreta que, paradójicamente, por las consecuencias que ha traído, o que se han derivado, del cierre de las instituciones asilares.

En primer lugar, un factor importante de exclusión es la constatación de que en muchos países reformistas, se cerraron hospitales psiquiátricos sin garantizar la presencia de otras instancias de tratamiento en la comunidad, ni tampoco reforzar el ingreso de estos pacientes a la atención primaria en salud. La Dra. Catherine Le Galès-Camus emplaza a tomar conciencia de este hecho: "Este tema debería importar a todos, porque demasiadas personas con trastornos mentales no reciben ningún tipo de atención. El desafío inmediato para los países de bajos ingresos es el uso de los centros de atención

primaria de la salud, en particular a través de enfoques comunitarios que permitan aprovechar recursos de bajo costo, disponibles a nivel local para garantizar la atención adecuada de estos trastornos" (ídem)

Por otra parte, también en función de los procesos de desinstitucionalización, los locos salidos del asilo deberán enfrentar el valor negativo que buena parte de la sociedad les atribuye. La psiquiatría comunitaria define esta situación bajo el concepto de estigmatización; poniendo énfasis en el efecto negativo del etiquetamiento implícito en la enfermedad psiquiátrica, aumentado por la ignorancia, el prejuicio y la discriminación (Uribe, et al., 2007). Esta valoración negativa repercute significativamente en el desempeño social y laboral de las personas afectadas; provocando aislamiento, desmoralización, desesperanza, baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. A su vez, la psiquiatría comunitaria resalta el impacto del rechazo y el estigma podría sobre los síntomas propios del trastorno, reforzando las dinámicas patológicas e influyendo en una baja adherencia al tratamiento. Finalmente, el estigma genera exclusión social en la medida que no permite el acceso a las oportunidades sociales de manera igualitaria en este tipo de pacientes (ídem).

Para Goffman (1970) el denominado "estigma" no sólo implica un conjunto de individuos concretos separables en el antagonismo entre "los estigmatizados" y los normales"; más bien responde a un proceso social de categorización dinámica entre ambos roles, proceso en el cual cada individuo participa de ambos roles al menos en ciertos contextos o en determinados momentos de su vida. En herencia de este planteamiento base de la crítica antipsiquiátrica, la psiquiatría comunitaria dirá que "el normal" y "el loco", no son personas sino más bien perspectivas, dando cuerpo a la idea que la noción de "enfermedad mental", o más precisamente aún, los "enfermos mentales" son constructos sociales producto de una coagulación de la dinámica que fija roles permanentemente ahí donde debiese haber intercambio. Por tanto, al ser un proceso social de categorización, es la misma sociedad la que se debe hacer cargo de la destitución de esta identidad patológica que genera efectos de exclusión (Uribe, et al., 2007).

Para la psiquiatría comunitaria, tanto la integración de la salud mental dentro del sistema de atención primaria de salud; la rehabilitación de los pacientes de larga estancia

en hospitales psiquiátricos en la comunidad; la implementación de programas de lucha contra la estigmatización de las comunidades; son efectos de la exclusión social de las personas que padecen trastornos psiquiátricos severos y se les debe dar solución a nivel social para garantizar la plena participación e integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad. Existe una integración de los elementos políticos y, al mismo tiempo, terapéuticos en una sola necesidad de intervención: los efectos perjudiciales para la integración social, de la respuesta social a la enfermedad.

La manera de terminar con la exclusión por tanto, implican la posibilidad de que los pacientes afectados por estos trastornos puedan ejercer su derecho a ser beneficiarios, en igualdad de condiciones, de todos los espacios sociales que requieran para mejorar sus vidas: La integración de la salud mental dentro del sistema de atención primaria de salud; La rehabilitación de los pacientes de larga estancia en hospitales psiquiátricos en la comunidad; la implementación de programas de lucha contra la estigmatización de las comunidades; el inicio de intervenciones preventivas eficaces basadas en la población, y garantizar la plena participación e integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad (OMS, 2008).

Pero junto al valor del ejercicio de los derechos que más arriba se describen para disminuir los efectos negativos que la enfermedad tiene sobre la misma enfermedad, una parte de la psiquiatría comunitaria -entre ellas la tradición de la psiquiatría social chilena- ha considerado que además de estos factores propios de la enfermedad, existen otros factores sociales mucho más profundos que determinarían la situación de exclusión de estos pacientes, pero que igualmente habría que combatir a nivel político para encontrar resultados terapéuticos perdurables en el tiempo y que mejoren cualitativamente la vida de estos pacientes.

La demanda por la ciudadanía se toma en serio en su estatuto de derecho humano inalienable, siendo la mínima condición de posibilidad para que los pacientes restituyan algo de su salud mental perdida. Dentro de la psiquiatría comunitaria, la ciudadanía recibe la atribución de dignidad propia a la legitimación social preponderante en las sociedades contemporáneas.

b. Exclusión Social y la Ciudadanía Política.

El concepto de exclusión social, en su amplitud, excede por mucho lo que tenga que ver con el problema de la locura o, aún más específicamente, con el problema de los efectos de la atención psiquiátrica a partir del modelo asilar. Pero al ser un concepto más familiarizado con el uso sociológico, permite inscribir en un contexto más global, la situación particular que intentamos analizar. Por otra parte, el interés por el concepto tampoco aparece restringido a una problemática disciplinar determinada, pues parece ser un marco comprensivo de una parte importante de la situación socio-política en nuestro continente y en nuestro país.

Efectivamente, podemos observar en las experiencias de intercambio propias de la vida cotidiana, que el problema de la exclusión está al centro de la cuestión social; en cuanto se refiere directamente a una situación en que se está fuera, no se pertenece o no se participa, de unos determinados lazos, que cuentan con la particularidad de ofrecer cierto atractivo a quien se encuentre excluido en referencia a ellos.

Las personas estigmatizadas y sin acceso a bienes públicos a causa de su condición psiquiátrica, entonces, tienden a experimentar y sufrir lo que se conceptualiza como exclusión social; situación que influye de manera determinante la participación activa de esas personas dentro del mundo social. A partir de estas experiencias, es que surgen como temáticas de análisis para la psiquiatría conceptos como “exclusión social” y “ciudadanía”; conceptos que tienen directa relación con aquellas variables contextuales que influyen, tanto en el abordaje psicosocial, como en la involucración activa de las personas en su situación propio tratamiento.

En el cruce de las ciencias sociales con las de la salud, Paula Barros²⁴ (1996) realiza un aporte a las prácticas de la psiquiatría comunitaria al desarrollar un análisis del concepto de **exclusión social** que pueda constituirse en un instrumento capaz de orientar prácticas concretas para la superación de esta condición. En primer lugar, indica que el aspecto más general de esta situación apunta a la idea de un debilitamiento en los lazos o vínculos que unen a un individuo con la sociedad: aquellos que le hacen pertenecer al sistema social y tener identidad en relación a éste. A partir de esta concepción se

²⁴ Psicóloga de la Facultad de Ciencias de la Rehabilitación en la Universidad Andrés Bello.

establece una nueva forma de diferenciación social entre los que están "dentro" (incluidos) y los que están "fuera" (excluidos).

En términos más precisos, se puede definir tres niveles entre los lazos que unen a los individuos con la sociedad; los que permiten la integración del individuo al funcionamiento del sistema (mercado laboral, instituciones de seguridad social, legalidad vigente, etc.); los de tipo social, que incorporan al individuo en grupos o redes sociales (familia, grupos primarios, etc.); y los de tipo cultural, que permite que los individuos se integren a las pautas de comportamiento y entendimiento de la sociedad (participación en las normas y creencias aceptadas) (Barros et al., 2006). Sería entonces la separación del individuo de la sociedad, en todos o cualquiera de estos tres ámbitos, que traería como consecuencia su aislamiento dentro de ella y la consecuente falta de participación dentro del contexto social, que lo destituye como sujeto empoderado ante su propia realidad. Lo que resulta problemático de esta situación es que impide a las personas desarrollarse normalmente dentro del sistema; es decir, le imposibilita su correcta sobrevivencia material o su adecuado desenvolvimiento social, de acuerdo a los patrones considerados normales en esta sociedad.

Pese al exceso de estructuración y lo prácticamente unilineal de las consideraciones anteriores, la autora indica que el concepto de exclusión social es entendido como un proceso; por tanto intenta analizar los factores que intervienen en éste, para descubrir cómo la sociedad y la economía marginan a unos e integran a otros, de un modo sistemático.

Si bien los desarrollos teóricos sobre este concepto son muy amplios y siempre en relación a la realidad propia de los sectores en los que se ha producido (principalmente dentro de la Europa y Estados Unidos), generalmente suelen reflejar las tradiciones teórica del funcionalismo, el liberalismo y la teórica del conflicto para dar cuenta de la realidad que constituye su dinámica. La literatura y el pensamiento latinoamericano sobre el tema, tiende a integrar el funcionalismo y la teoría del conflicto para explicar el fenómeno (Barros, 1996; de los Ríos, 1996; Torche, 1996; Sarmiento, 1997; Silva, 2001). En el caso particular de Barros, intenta dar a la psiquiatría comunitaria una visión funcionalista del problema, que pueda contener la posibilidad de un intervención directa sobre la problemática.

Siguiendo los planteamientos de Durkheim (en Barros et al., 2006) respecto de la conciencia colectiva que da sustrato a la cohesión social a partir de la división del trabajo en las sociedades modernas, estableciendo un vínculo social fundado en la solidaridad orgánica; Barros indica que los fenómenos de exclusión estarían dados por el rompimiento de los lazos sociales establecidos por este vínculo. El proceso de exclusión, entonces, tendría que ver con cierta desviación del funcionamiento orgánico del orden social, mientras que la inclusión sería la expresión de la integración social entendida como solidaridad (Barros et al., 2006). Por tanto, exclusión social e inclusión son dos momentos de una misma dinámica, determinada por la capacidad o incapacidad de un orden social determinado, para establecer un reconocimiento mutuo por parte de todos los componentes de una sociedad.

Este funcionamiento orgánico de la estructura social implicaría considerar el fenómeno de la exclusión desde sus propias condiciones sociales de aparición y no desde las dificultades individuales que cada persona pueda tener para adecuarse a la forma del vínculo o lazo, que la sociedad establece como necesario para su funcionamiento. Esta consideración se opone explícitamente, según la autora, a la perspectiva liberal, que establece una estrategia para abordar la situación basada en las condiciones propias del individuo excluido; es decir: “presenta la tendencia a exigir de los afectados la solución del problema (en la medida en que es de ellos y no de todos). Si es que quieren superar la situación deben acercarse y ocupar las posibilidades que les ofrecen. No se cuestionan acerca del rol que juega la sociedad (a través de las instituciones y sus miembros) en la situación conflictiva que viven los excluidos, por lo tanto no involucra a todos los sectores sociales en la activa resolución del problema. En estos términos, el problema se reduce a igualdad de oportunidades, pero no hay una voluntad de cambio de la relación a favor de los excluidos” (p. 9). La definición de esta postura política respecto de la responsabilidad colectiva respecto en el reconocimiento del problema de los excluidos, apunta directamente al concepto de solidaridad como constitutivo del orden social²⁵. Existe la idea

²⁵ El tema de la solidaridad aparece como un valor implícito en gran parte de los textos que dan sustento a las reformas psiquiátricas a nivel mundial y en Chile, pero no queda muy clara su definición más allá de un cierto imperativo moral de hacerse cargo de quién se encuentra en posición de desventaja y de la ampliación de este imperativo a nivel universal.

de que todos los miembros de un grupo social nos encontramos, por derecho, en las mismas condiciones de acceder a todo beneficio que la sociedad produzca y de participar de toda instancia de organización o planificación que pueda afectar la orientación de nuestras vidas y la convivencia con los demás; el concepto de exclusión implica que ciertos sujetos debido a una situación de desventaja social y económica (pobreza), se ven coartados en el ejercicio de estos derechos inalienables de tomar un lugar dentro de la colectividad a la que pertenece.

Este ejercicio de tomar lugar en el mundo social, está pensando a partir de la noción de **ciudadanía**. En la definición que la psiquiatría comunitaria hace de este concepto, la perspectiva funcional da lugar a la teoría del conflicto, pues siguiendo a H.T. Marshall (en Barros et al., 2006) la entenderá como la superación de los conflictos de clase; el resultado final de decisiones legislativa que ha implicado un mejoramiento en los conflictos y diferencias de clase, y a pesar de las dificultades que ha tenido, su camino conduce hacia la igualdad social y política.

La ciudadanía, entonces, se basa en un principio de igualdad que sitúa al ciudadano en una categoría de “miembro igual” dentro del sistema social, calificándolo como sujeto de derechos y de participación activa en las instancias que le competen. El ser ciudadano contempla entonces ser un igual en términos de derechos y deberes, lo que además da un acceso a ciertos poderes dentro de su sociedad. Este concepto, así planteado, tiene enormes potencialidades para la inclusión de personas dentro de la sociedad, como pueden ser los pacientes afectados por patologías psiquiátricas severas.

Nuevamente siguiendo a Marshall, Barros (2006) sugiere que una participación igualitaria contempla el ejercicio de la persona en tres niveles de derechos: los derechos civiles, políticos y sociales. La posibilidad de ejercer estos derechos, determinará si una persona está realmente incluida o excluida de la sociedad. Por tanto, si se cumplen los criterios establecidos de “ser ciudadano”, entonces se está incluido en la sociedad; de lo contrario se está excluido, independiente de las razones particulares que incitan los factores psicosociales que rodean al excluido y que impulsan esa condición.

Respecto de los Derechos Civiles, se consideran incluidos a todos aquellos que ejercen su derecho a la libertad de palabra, credo, propiedad, territorialidad, justicia e igualdad ante la ley. Se consideran como Derechos Políticos, aquellos que permiten la

participación en la toma de decisiones y el ejercicio del poder, esto implica pertenecer activamente a alguna institución con autoridad política o ser elector de ésta. Los derechos sociales implican el derecho de las personas a mantener el mayor grado de bienestar posible, contemplando el acceso a beneficios educacionales, de seguridad y salud (ídem).

Operativizados de esta forma, los conceptos de exclusión social y ciudadanía establecen estrategias discursivas que determinan prácticas concretas a favor de una mejora en la situación psicosocial de los pacientes que presentan patologías psiquiátricas severas, por medio de un acondicionamiento tanto de su propia realidad como de la realidad exterior, que en definitiva le permitiría ocupar un lugar dentro de la sociedad y fuera del hospital psiquiátrico. Considerando esto, se requiere de procesos especializados para inscribir estos conceptos dentro de las mismas prácticas de la psiquiatría comunitaria.

c. El origen “no-comunitario” de la rehabilitación.

Pese a lo anteriormente descrito, no queda claro el contenido que estos conceptos pueden alcanzar en relación a las problemáticas sociales de quienes sufren patologías psiquiátricas severas. Considerando, entonces, que la rehabilitación psicosocial busca vincular a las personas con problemática severa de salud mental a su sistema social, la ciudadanía se constituye como el criterio diferenciador principal para evaluar la dialéctica inclusión/exclusión en cada situación concreta.

Rehabilitación y ciudadanía se encuentran estrechamente ligadas, pero en una relación que no es de necesidad; pues existen una serie de prácticas en rehabilitación que no tienen que ver mayormente con el horizonte de la ciudadanía. Para Benedetto Sarraceno (2003) la verdadera rehabilitación psiquiátrica, es decir, aquella que implique contribuir con acciones eficaces para una transformación de la vida de los pacientes que les permita tomar una posición activa respecto de sus propias vidas, requiere de una ruptura con las intervenciones de la psiquiatría tradicional y una investigación teórico-práctica sobre las intervenciones cotidianas que permitan develar la gran cantidad de recursos y formas de actuar que conforman la reconstrucción de la ciudadanía plena de las personas afectadas con trastornos psiquiátricos. Efectivamente, Sarraceno denuncia

como prácticas de “entretención” a la gran mayoría de las actividades que frecuentemente se realizan en el ámbito de la salud mental para conseguir la rehabilitación; pues al no comprender las verdaderas necesidades de estos pacientes, no responden más que a un pasatiempo ocupacional.

Estas necesidades tienen que ver con lo real de sus dificultades para integrarse nuevamente al mundo social del que fueron sustraídos, bien por su propia enfermedad, bien por el propio funcionamiento del hospital psiquiátrico. No bastaría, entonces, con la simple restitución de los derechos formales que la institucionalización psiquiátrica les habría arrebatado, ya que el uso de esos derechos requiere previamente de un proceso constructivo, de un “re-habilitar” a las personas para que puedan ejercerlos una vez que tengan acceso a ellos. El rehabilitar implica un trabajo con las dimensiones humanas que se vieron afectadas por el proceso mórbido o por los efectos de la institucionalización. El ejercicio de los derechos requiere estar en posición de estas dimensiones humanas afectadas; es decir, la capacidad afectiva, la posibilidad de establecer relaciones interpersonales, de habitar un lugar, de producir, etc. (ídem). Esta sería la única rehabilitación posible, asumiendo que el trabajo pasa a través de lo que podríamos considerar una dimensión subjetiva.

La psiquiatría tradicional, indica Sarraceno (ídem) excluye de sus intervenciones la reflexión en torno a cierta condición material que es similar a todos los pacientes que padecen trastornos psiquiátricos severos y que tendría efectos similares en la condición subjetiva de cada uno. Esta condición real, que sería el común denominador de los pacientes psiquiátricos, hospitalizados o no, corresponde a la presencia de violencia y miseria en las instituciones psiquiátricas -que son donde pasan una parte importante de sus vidas-, abandono y una respuesta farmacológica muy contundente para los pacientes ambulatorios. Estas son los efectos de violencia concretos que las condiciones concretas de los tratamientos psiquiátricos ejercen sobre estos sujetos.

¿Qué producen todas condiciones en el sentir personal de estas personas? ¿sus efectos redoblan las manifestaciones patológicas? ¿De qué manera estaría afectando una posible mejora en su funcionamiento social?

El problema, según Sarraceno (2003) es que no son estas preguntas las que han impulsado el desarrollo de los procesos de rehabilitación en el mundo. En efecto, estos procesos habrían sido impulsados por otras razones, existirían incluso antes de los

procesos de desinstitucionalización por razones que no son cívicas necesariamente: “la razón principal del interés por la rehabilitación (entendiendo por esto, provisionalmente, un todo heterogéneo, confuso y, frecuentemente, con implicancias contradictorias) nace de una exigencia puntual de responder a la petición un ‘entretenimiento extramanicomial’ y, en esos casos, de mejorar la calidad de la asistencia a gran número de pacientes para ofrecer a las familias un relevo del cuidado del paciente, vigilar al paciente que vive solo, ofrecerle una alternativa a la soledad cotidiana, procurar reintegrarlo a un mundo productivo, apoyarlo en su vida social dentro de cualquier residencia más o menos protegida, y coadyuvar en las intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas” (p. 5).

En definitiva, el primer impulso al establecimiento de procesos de rehabilitación fue la constatación material de la caída del hospital psiquiátrico como institución hegemónica dentro de la disciplina, situación que obligo a pensar maneras de responder a las demandas de atención de estos pacientes en el medio externo. Para los pacientes no hospitalizados o para los pacientes que salieron del hospital después de largo tiempo, se hizo necesario hacer frente a sus necesidades médicas; pero fundamentalmente a las exigencias de sus familias y a las de la sociedad en general. Por otro lado, también ante lo insostenible de las prácticas psiquiátricas al interior del asilo, comenzó a existir preocupación por las necesidades de los pacientes en torno a un trato digno y una respuesta eficaz a sus problemas de salud. Por lo tanto, otra razón que empuja el desarrollo de procesos de rehabilitación dentro de la institución manicomial fue la creciente conciencia en los médicos, los administrativos, en los políticos, en los familiares y en los pacientes mismos, de sus derechos inalienables como personas (ídem).

Aquella conciencia sería paralela a la problemática política que en los países industriales implicó la visualización de importantes violaciones a los derechos humanos en las minorías étnicas, sexuales y de los sujetos a instituciones totales como las cárceles y los hospitales psiquiátricos: “las violaciones de los derechos incluyen un desplazamiento – un descentramiento – del desarrollo de la conciencia democrática de la comunidad, por el cual es más fácil ser reconocido en los propios derechos, si uno está integrando étnica y racialmente la comunidad dominante” (p.6). En la medida que la sociedad se complejiza el sentido común tiende a integrar dentro de la norma mayores manifestaciones que antes quedaban fuera de ella, explica Sarraceno, por tanto estas modificaciones permitirían acoger en el universo de lo tolerable a sectores de la población antes excluidos; proceso de adquisición de derechos en donde tanto las instituciones totales como los sujetos de

estas instituciones se vuelve más visibles, y por tanto, protegidos.

La consolidación de la rehabilitación como proceso cultural, además implica un tercer factor, no vinculado con lo social, sino con la evolución misma del tratamiento psiquiátrico: “tal fenómeno es el desarrollo de un *corpus* epidemiológico que comenzaron hace 20 años y han puesto en duda la certeza de que la evolución de la esquizofrenia, y de las psicosis no orgánicas en general, sean ‘naturalmente’ desfavorables, y por tanto, estén destinadas a ser crónicas y a que el paciente que las padece sea internado” (p. 7). Hay un número importante de pacientes que mejoraría con el tiempo. De este número, según los estudios antes mencionados, mostrarían que los mejores resultados del tratamiento con pacientes esquizofrénicos fueron logrados en países no industrializados. Por esta razón, es posible suponer que los distintos contextos sociales determinarían a su vez distintos éxitos sociales y clínicos en el tratamiento de la esquizofrenia; por lo que el peso de las condiciones socio-culturales del espacio de socialización al que pertenecen los pacientes, determinaría en buena parte las dificultades subjetivas que presenta la enfermedad.

Bajo estas tres condiciones que han empujado a la producción de tecnologías de rehabilitación dentro de la psiquiatría, se han establecido prácticas que enfocan su trabajo hacia la superación de las limitaciones que establece la patología mental; es decir, buscan hacer pasar a los pacientes de la discapacidad a la capacidad, que última instancia, sería la capacidad de ejercer sus derechos como ciudadanos y no la recuperación de una capacidad dañada o ausente.

d. La rehabilitación como la producción de un ciudadano en la locura.

Sarraceno (2003) deja en claro que para tener una verdadera rehabilitación, a la altura de las exigencias éticas y políticas de las reformas psiquiátricas a nivel mundial, es necesario contar con procesos de rehabilitación que no sean entendidos dentro de la lógica de la sustitución de discapacidades por otras capacidades, sino por su dimensión específicamente humanas, como “un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambios de recursos y emociones; sólo dentro de estas dinámicas de intercambio es posible crear un efecto de *capacitación*” (p. 83).

Además de la clara consideración que Sarraceno realiza en torno al valor de la

subjetividad en los pacientes psiquiátricos sujetos a rehabilitación, pone el acento en un tema no muy trabajado dentro de la literatura comunitaria en psiquiatría: **el intercambio**. Efectivamente, por una parte, el intercambio entrega sustancialidad al siempre confuso ámbito de lo social. Por otra, pone el tema de la rehabilitación en un plano, en principio, distinto al de la adecuación normalizante, pues ya no se trata sólo de entregar el conocimiento de las técnicas psicosociales y esperar una respuesta del paciente en función de lo que se le solicita, sino que parecería haber una preocupación por encontrar algo que cuente para este tipo de pacientes, algo que esté dispuesto a entregar a otro para intercambiar con él.

La rehabilitación, entonces, sería un proceso que implica la apertura de espacios de negociación para el paciente, para su familia, para la comunidad que los rodea y para los servicios que se ocupan del paciente. Esta dinámica es continua, y su afirmación insinúa que en relación al tema de la locura existe un cierto malentendido en los procesos de intercambio mediados por la comunicación, que la psiquiatría no pretende restringir solamente al sujeto que padece una patología psiquiátrica severa, sino que intenta restituir la responsabilidad de la comunicación a todo quien entre en contacto con éste fenómeno. A esto Sarraceno (2003) llama "*apertura de un espacio de relación*" (p. 84) que sólo fue posible en el alejamiento de la lógica biomédica; lo que a su vez ha permitido una relación más civil entre médico y paciente; pues corresponde a un ejercicio en que se intenta que el sujeto se encuentre en condiciones de ejercitar el derecho a las relaciones sociales.

El objetivo de los procesos de rehabilitación queda definido como "la creación y multiplicación de las oportunidad de intercambio material y afectivo como tejido de las *redes de negociación* que, en la medida en que son articulables y flexibles, aumentan la participación y vinculación real de los sujetos débiles de una sociedad" p. (84). Por otra parte, este proceso de intercambio sólo se hace posible en un espacio físico y social. Este espacio -verdadero mercado de intercambio subjetivo- precede y determina las posibilidades de intercambio dentro de una comunidad.

Para que esto ocurra, es necesario permitir que los pacientes psicóticos cuenten con este lugar y le den la importancia suficiente como para permitir que sus vidas pasen por él. La rehabilitación implica un proceso de "habitación" del espacio de intercambios donde el sujeto reaprende a ejercer su derecho a la interacción humana. Este habitar no es un simple estar, implica una verdadera apropiación subjetiva del lugar: "propiedad del

espacio en que uno vive, un alto grado de pertenencia a la organización material y simbólica de los espacios y los objetos, a la disposición de compartir afectivamente con los otros”. El habitar implicaría el ejercicio de un poder y un placer de habitar, que no siempre es posible encontrarlo en el lugar físico denominado casa. En ese sentido, el hospital psiquiátrico constituye, para Sarraceno, el opuesto a la posibilidad de habitar; pues en él está negado *habitar* y afirmado *estar* (ídem).

La falta de estas distinciones en la práctica comunitaria de la psiquiatría, ha hecho que muchas veces se ponga el acento sólo en la idea de “casa” (hogares protegidos, residencias protegidas, consultorios, etc.) en lugar de considerar mayormente las implicancias que tiene la función de *habitar* en el trabajo de rehabilitación con pacientes psicóticos. Ambas instancias deben ser consideradas como parte del trabajo: “por la idea de casa entendemos el conjunto de experiencias concretas de readquisición-reaprendizaje del uso de los espacios, de la exploración del tiempo según líneas no institucionales, de la capacidad de uso de objetos y oportunidades de la vida cotidiana; pero también la posibilidad de visitar la casa anterior, las raíces y los lugares, los recuerdos y las imposibilidades. La noción de casa presupone, por tanto, la existencia de una “casa presente” (ídem). Se puede observar que en aquella división establecida entre casa y habitar, están contenidas la dimensión pragmática del sujeto, en la primera, y la dimensión histórica, en la segunda. Integrando ambos aspectos, todo proceso de rehabilitación exitoso debiera poder construir espacios de habitabilidad para permitir la apropiación de estos espacios; pero siempre poniendo énfasis en el *hábitat* por sobre la casa. Este es precisamente el fundamento de la crítica a las prácticas institucionalizantes en psiquiatría.

La constitución de un hábitat permite la apropiación subjetiva, en tanto se transforma en el espacio que posibilita los procesos de intercambio anteriormente descritos. Efectivamente, si la red social está compuesta por la invención de lugares que hacen posible el intercambio, la discapacidad constituye el empobrecimiento de la red social que hace esto posible. La rehabilitación propicia la reconstrucción de un núcleo social donde se posibiliten estos intercambios.

Según Sarraceno (2003), el núcleo social se forma a partir de la primera red social disponible, la cual suele ser la familia. De esta forma, la mayoría de los tratamientos de rehabilitación apuntan a este espacio, pues es el que se mantiene con mayor estabilidad en el tiempo, a pesar de que los conflictos interpersonales suelen ser muy difíciles en

estos espacios. En principio, los tratamientos mejoran el escenario familiar, a partir del cual los vínculos de intercambio podrán ampliarse; pero en general la intervención apunta a este nivel porque “la *familia del paciente* suele ser una noción más inteligible que la *red social del paciente*” (p. 94). Incluso agrega que es un error distinguir como ámbitos diferentes el espacio familiar y la red social extendida; pues finalmente el tratamiento apunta a lo mismo en ambos casos. Más aún, las familias suelen vivir graves sufrimientos psicológicos, en la organización de la vida y dificultades que podrían ser denominadas como discapacidad social en toda regla. Esto hace aún más meritorio el tratamiento a este nivel, entregando herramientas para afrontar las dificultades para interactuar de los pacientes.

Los objetivos del tratamiento familiar en la rehabilitación de pacientes psicóticos deben apuntar a reducir los riesgos de recaída, mejorar la calidad de vida de los familiares del paciente y enseñar habilidades de manejo y minimización de los síntomas y de las discapacidades. Para esto resultan efectivos los modelos de Regulación Emocional de Julian Leff y el modelo conductista de Fallon (*idem*).

Pese al marcado acento de la dimensión subjetiva y de la importancia de la posibilidad del intercambio en los pacientes psicótico, el modelo termina por cerrarse en una estructura familiarista del intercambio, en que fácilmente se puede adivinar una predisposición de los objetos de intercambio en esta dinámica. De esta forma, la idea del paciente ciudadano queda delimitada a la adecuación y el cumplimiento de los roles propiamente familiares, es decir, del espacio privado que constituye la familia y no del ámbito público.

La dificultad principal de no establecer una distinción entre los lazos familiares y los que son posibles de constituir fuera de ella. Resulta ser una ingenuidad no distinguir entre ambos, cuando responden a dominios distintos de la experiencia humana. La idea de ciudadano, se articula como la posibilidad de ocupar un lugar en el espacio público, mientras que la familia tradicionalmente designa el espacio de lo privado, de lo que debe ser resguardado en la intimidad. Además, esta confusión de términos deja en la opacidad el problema mismo de la familia dentro de las dificultades psiquiátricas de los pacientes, que a pesar de haber sido enunciado con claridad, no aborda las consecuencias subjetivas del malentendido que se produce en aquel espacio que suele intensificar los conflictos.

Por último, el modelo de rehabilitación comunitaria que Sarraceno propone como

alternativa al modelo médico, termina su recorrido en el mundo del trabajo. Dicho proceso ha ido, entonces, desde la llegada a un mundo determinado (un espacio de interacción) a la capacidad de ocupar los espacios, de apropiarse subjetivamente de ellos y de los intercambios simbólicos y materiales que ahí ocurren, a ampliar las redes sociales disponibles al intercambio, para finalmente, lograr la habilitación dentro de los procesos de intercambio humano para encontrarse habilitado al desarrollo de su reinserción laboral.

Por supuesto, Sarraceno (2003) sostiene una crítica a los programas tradicionales de rehabilitación proyectados al mundo laboral: no realizan una reflexión sobre el sentido del trabajo. Existe una diferencia, dirá, entre considerar el trabajo como un medio de subsistencia y pensarlo formando parte de un proyecto de vida para el sujeto. Desde luego, la mayoría de los pacientes han pasado por un programa que apunte a lo primero, han sido puestos a trabajar para desempeñar una función. Esto, porque el problema del trabajo en los pacientes psicóticos suele resolverse en términos individuales y psicológicos ignorando la complejidad del sentido del trabajo.

Los desarrollos conceptuales del Dr. Sarraceno intentan establecer con nitidez un elemento diferenciador entre el quehacer de una rehabilitación propiamente terapéutica y una serie de acciones basadas en la buena voluntad, el prejuicio y el desconocimiento científico de las dificultades psíquicas de estos pacientes, que redundan en una simple ocupación del tiempo de manera “productiva”. De cierta forma, sus esfuerzos apuntan a establecer el elemento diferencial de lo terapéutico en el trabajo con estos pacientes, pero dicho esfuerzo parece estar centrado más bien en una pretensión o un deseo respecto de lo que se espera en este ámbito más que en la realidad efectiva de las prácticas. Finalmente dicha pretensión choca constantemente con una serie de acciones que parecen ser aquello que un trabajo poco riguroso en sus desarrollos teóricos, ofrece como la cruda respuesta del espejo en el que la psiquiatría comunitaria observa su propia implicación empírica. Una praxis propiamente instrumental (Adorno y Horkheimer, 1998) que se desprende del pensamiento respecto de sí misma en función de sus pretensiones terapéuticas.

No parece extraño, entonces, que el concepto de trabajo –sostenido en una definición ambigua y difusa- se articule en torno a la noción de ciudadanía –definida bajo las mismas condiciones que el concepto anterior- para organizar y fundamentar las prácticas en rehabilitación psicosocial para pacientes que sufren de psicosis; bajo el supuesto de que es el ámbito de la producción que el trabajo circunscribe el principio

fundamental de toda ciudadanía posible. Como ya fue mencionado²⁶, producción y ciudadanía son perfectamente distinguibles, en la medida que la reducción del segundo al primero acontece en función de la pérdida del valor que las sociedades contemporáneas otorgan a la acción –en el sentido político- como ámbito de autorealización humana (Arendt 2006), en detrimento de una sobrevaloración del trabajo, que vendrá a ser el ámbito reducido donde podrá ser cumplida esta función. Se establece, entonces, como la dirección inequívoca de la restitución de ciudadanía, el horizonte del trabajo como inclusión a las formas de producción social establecidas. Esto implica claramente una reducción de las posibilidades de afirmar el establecimiento de otras formas de lazo social, que puedan pasar por fuera de este ámbito, sosteniendo igualmente efectos terapéuticos para este tipo de pacientes.

Aun cuando la incorporación al ámbito del trabajo pueda conseguir efectivamente efectos terapéuticos, cabe destacar que la institucionalidad psiquiátrica no suele acompañar estos procesos para obtener los resultados esperados. En Chile, como ya se ha visto²⁷, el problema de la intersectorialidad implica una casi nula preocupación por el problema laboral -y las condiciones que requeriría- en relación a pacientes psiquiátricos afectados con patologías psicóticas. Lamentablemente, en Chile, el problema no es solo el ámbito laboral, sino que toda la estructura comunitaria no se sostiene en términos económicos, haciendo muy difícil la aplicación de las intervenciones pensadas y descritas por el Dr. Sarraceno, para intentar superar la lógica médica como lastre del modelo asilar.

2. El problema del poder en la psiquiatría comunitaria: Biopolítica, gestión gubernamental y exclusión del sujeto.

a. El poder entre el universal de las políticas públicas y lo particular de las prácticas.

El concepto de **red** tiene un valor fundamental, tanto para el despliegue de las políticas públicas propuestas por el ministerio, como para la concreción empírica de la voluntad política presente en la psiquiatría comunitaria. Este valor fundamental está dado

²⁶ Supra Cap. I

²⁷ Supra, p. 67.

a partir de su contraposición con la figura del hospital psiquiátrico; pues corresponde a la instalación de una atención psiquiátrica que no genera exclusión como efecto de su propia operación. Más aún; el objetivo que la constituye es el opuesto absoluto: trabajar tanto por mantener a los pacientes en su comunidad, como por ayudar a su reinserción cuando han tenido que dejarla por efecto de su enfermedad.

Esta forma de atención, a diferencia de los hospitales psiquiátricos, no necesita absorber de manera totalizante el tiempo en el que transcurre la vida de los pacientes, por lo que tampoco necesita de un espacio artificial que garantice este cuidado. Bajo estas condiciones, un espacio artificial necesariamente tomará la forma de una “institución total”, en la medida en que para cumplir con su objetivo deberá establecerse como un lugar de residencia donde los pacientes quedan aislados de la sociedad por un tiempo determinado; estableciendo una rutina diaria -administrada formalmente- que abarca completamente la experiencia vital, y que como efecto de esto, se opone a la interacción social del paciente con el exterior (Goffman, 1970).

El concepto de “prestaciones” propio de la red, se contrapone a la necesidad de internación en estos pacientes, en la medida que posibilita entregar solamente las atenciones que sean necesarias para contrarrestar los efectos patológicos de la enfermedad en aspectos puntuales de la experiencia vital de los pacientes, desdibujando la exigencia de un espacio que aborde la totalidad de aspectos que conforman la vida. Así, las prestaciones logran fragmentar en actos clínicos diferenciados los tratamientos anteriormente administrados por el hospital entendido como institución total.

Al abordar sólo cuanto es necesarios estrictamente para garantizar el cuidado a los enfermos, deja fuera de la preocupación psiquiátrica los aspectos de la vida cotidiana que no tienen repercusiones patológicas; restituyendo en los pacientes, en este sentido, una dimensión de autonomía con respecto a sus propias vidas. El concepto de “discapacidad de causa psíquica” (MINSAL, 2000) utilizado para designar la condición patológica en la que se encuentran personas que presentarían trastornos principalmente psicóticos, establece un paralelismo con la discapacidad física, resaltando el hecho de que el tratamiento de estas afecciones sólo necesita de asistencia. Así, el encierro de estos pacientes resulta tan absurdo como lo sería el encierro a causa de una discapacidad física.

¿Pero el uso de estas disposiciones terapéuticas -y su terminología asociada- garantiza el fin de la lógica propia a la atención asilar? En principio se aprecia en el discurso de la psiquiatría comunitaria la autoafirmación de una diferencia que la distancia fundamentalmente de la psiquiatría clásica: el sujeto es importante. Esta afirmación está dada tanto por el interés en sus derechos humanos, como en la articulación del tratamiento mismo, en el sentido que comprende la insuficiencia de una comprensión unidimensional centrada en la biología y el uso de medicamentos, a la hora de abordar el sufrimiento subjetivo. La psiquiatría comunitaria, en su énfasis por lo social, al intervenir con los pacientes psiquiátricos, valora la necesidad de los vínculos interpersonales y los efectos psíquicos que su ausencia implica. Existe, sin duda, el reconocimiento de un sujeto en la locura; una subjetividad particular, que responde a una historia particular y que requiere del restablecimiento del lazo social para recuperar, en lo posible, un estado óptimo de salud mental. Esta “suposición de humanidad” no es menor, pues implica una gran modificación respecto de los modelos asilares, en donde la negación de esta dimensión –podríamos llamar identificatoria- daba paso a una falta de reconocimiento del otro, que incluso implicó un rechazo explícito a lo que su experiencia representaba.

Más aún, como proponen Marcel Gauchet y Gladys Swain (1999), da cuenta de la presencia de un proyecto que es posible reconocer ya en la misma terapia moral propuesta por Pinel. Finalmente la idea de lo “moral”, más allá de sus connotaciones normativizantes, es el reconocimiento de una instancia de determinación psíquica más allá del cuerpo, donde se asentaría la posibilidad de incorporarse a los intercambios humanos instituidos a nivel social. Si bien este reconocimiento de la subjetividad del loco no tiene el estatuto de legitimidad que daría un valor completamente humano a su experiencia, si comprende el deseo de encontrar la posibilidad de aquel pueda retomar el la razón y no quedar excluido del orden democrático. En este caso, el proyecto asilar podría ser entendido no como el éxito de una empresa de exclusión, como dirá Foucault (2005), sino como el fracaso de un primer proyecto democratizador que intenta restituir en el loco los caminos de la razón (Gauchet y Swain, 1999).

De esta forma, sería el concepto de **ciudadanía** aquel que otorga la posibilidad de suponer un sujeto en la locura a partir de la psiquiatría contemporánea, en la medida que se posiciona como una superación de la división trágica que excluye la locura de la razón, para integrarla a partir de la participación ciudadana dentro del proceso democrático;

proceso que se ofrece como un espacio de reconciliación capaz de contener la diversidad de particulares que constituyen la totalidad de la sociedad civil.

Si bien a nivel de la particularidad de las prácticas, siempre es posible encontrar esta voluntad descrita por los autores aludidos, la crítica foucaultiana sigue siendo contundente respecto de la distribución del poder en el orden de aquello que estructura la constitución misma de los dispositivos, más allá de las voluntades particulares de los sujetos que hacen carne la institución. Entonces, es necesario aclarar que entre la dimensión universal y la dimensión particular, las cosas son distintas. Efectivamente, el universal de la psiquiatría comunitaria conceptualmente no contiene nada que pueda asegurar su encarnación en el particular de la intervención concreta. Muchas veces toma el lugar de una ideología repetida a nivel discursivo, pero sin el mismo compromiso con sus implicancias en la realidad.

Por otra parte, a nivel del universal también existe una contradicción; pues en la misma medida que apuntan hacia la generalización de sus prácticas, se ven en la obligación de tomar el lugar de política pública; lugar que en contexto político nacional, está sobredeterminado por discursos distantes de las lógicas colectivas. Todo lo contrario, lo que las orienta es la lógica económica de la maximización de recursos.

Es necesario entender esto a nivel estructural y no como un error a corregir, pues con la introducción de lo que Foucault (2007) llama gubernamentalidad, la lógica del cálculo económico no puede sino estar inscrita en toda política pública que se pretenda aplicar a nivel de la población. La gubernamentalidad corresponde al “conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja de poder, que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad” (p. 136).

En términos concretos, las políticas buscan más ordenar variables poblacionales pertenecientes a los efectos de la vida biológica en las personas, que asegurar un papel efectivo a los procesos de desinstitucionalización, rehabilitación y atención de salud en red. Mucho del trabajo que aquí se realiza, termina siendo marcado por el exceso de medicación y la ocupación del tiempo libre sin orientación terapéutica; sosteniendo un circuito de atención constante que no necesariamente aborda los problemas propios de

que las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas severas para mantener una convivencia social satisfactoria, la dificultad para estar con los demás y de los demás para estar con él. Uno podría preguntarse dónde queda la locura en estos procesos, donde sólo parece haber sujetos silenciosos, agradecidos de las mínimas preocupaciones de los equipos que los toman a cargo sin mayor orientación respecto a las metas de su trabajo.

b. La red de salud como continuidad de la lógica asilar fuera del asilo.

A propósito de lo anteriormente descrito, René Lourau (2001) indica: “la institución está presente/ausente en lo local, pero no está encerrada dentro de las fronteras de lo local, por ejemplo, dentro del espacio-tiempo de un establecimiento. Sus límites, tanto de lo instituido como de lo instituyente, huyen” (p. 76). La identificación tradicionalmente establecida entre hospital psiquiátrico y exclusión social, invisibiliza el hecho de que la institución psiquiátrica no se reduce al lugar físico por el que opera en un momento histórico determinado. Como lo apunta Lourau, la institución psiquiátrica sostiene sus efectos más allá de las determinaciones espacio-temporales de una determinada configuración física, mientras que tiende a dejar en la opacidad el vínculo existente entre el discurso psiquiátrico, el poder del Estado y la economía. Se trata de un problema político que, más allá de la buena voluntad de sus intenciones democráticas, la psiquiatría comunitaria parece olvidar, sobre todo cuando se encuentra finamente articulada al engranaje de la administración económica.

En efecto, por cuanto las formas de tratamiento están sujetas a la planificación política que determina la asignación de recursos de los sistemas de protección social a nivel territorial, la psiquiatría comunitaria contiene, a su pesar, una forma específica de dominación que continúa atravesando sus prácticas. Así, la estrecha relación entre los recursos económicos y el enfoque comunitario -plenamente asumido como modelo técnico de intervención por las políticas públicas-, da cuenta de la radical dependencia económica a la que está sujeta la implementación terapéutica de las ideas fuerza del Plan.

A través de la negación al reconocimiento de toda herencia proveniente de su tradición psiquiátrica, la psiquiatría comunitaria afirma precisamente aquello que no quiere

reconocer al interior de la matriz epistemológica que sostiene su praxis: su filiación al saber psiquiátrico producido por la institución asilar, donde el loco como objeto de saber es necesariamente también objeto de dominación.

Así, las políticas de salud mental – tanto en Chile, como en otros países donde se han llevado a cabo procesos de reforma –, se traducirían en un problema de gestión de la salud en un territorio a partir de una maximización de recursos políticos y económicos, derivada de un ordenamiento de locura dentro de las poblaciones. Dicho de otro modo, más allá de las particularidades de las acciones terapéuticas, las políticas de salud mental nuevamente operarían una fijación de la locura a un lugar determinado que ya no sería físico, sino que más bien subjetivo, en la medida en que se otorga una manera de ser posible para vivir al interior de las comunidades, principalmente mediante la regulación biológica y comportamental. En tal sentido, la biopolítica se encontraría en posición de atravesar el conjunto de la función actual de la institucionalidad psiquiátrica, la que pese a todas sus referencias comunitarias (pero también en concordancia con ellas), se sostendría de una profunda convicción biológica ligada a la introducción de este interés mayor por la gestión gubernamental del flujo de fenómenos biológicos que afectan las poblaciones, con miras a la maximización de la vida y al rechazo hacia la muerte de aquello que empuja a volver improductivos a los productivos. Consecuentemente, se trataría menos de excluir los cuerpos, que de conocer y controlar la circulación de las variables patológicas que los afectan en cuanto se agrupan dentro de una población, lo cual parece lograrse por medio de la red de dispositivos de atención articulados en torno al Plan y a sus directrices (Díaz y Radiszcz, 2012).

La libertad ganada es una libertad para circular libres en el medio social de pertenencia. Una libertad, sin duda, ligada a lo que anteriormente denominamos dispositivos de seguridad. Si estos dispositivos apuntan hacia la gestión de los elementos aleatorios en el medio social, si ellos se ejercen sobre el conjunto de una población, implican una distribución espacial otra a la establecida por la disciplina, un tratamiento del espacio que necesariamente tiene que ver con el problema de la circulación²⁸: “organizar

²⁸En términos genealógicos, Michel Foucault, en el curso Seguridad, Territorio, Población dictado en 1978, vincula este problema a la gestión de la ciudad por parte de los Estados administrativos, mostrando cómo históricamente, en función de una modificación de las condiciones económicas en Europa durante los siglos XVII y XXI, la ciudad debió perder su estatuto de enclave espacial, jurídico, administrativo, económico, y

la circulación, suprimir sus aspectos peligrosos, distinguir entre la buena y la mala circulación, maximizar la primera y minimizar la segunda” (Foucault, 2007, p. 38). Todo esto al interior de un espacio dado con anterioridad y no al interior de un espacio artificial. Es sobre la serie indefinida de elementos que circulan por un espacio abierto, que la seguridad opera gestionándolos mediante un cálculo de probabilidades, acondicionando un medio en función de estos acontecimientos probables.

Las prestaciones de la red son una forma de acondicionar ese medio²⁹ utilizando las características que le son propias, para la maximización de sus prestaciones; la distribución espacial de sus emplazamientos, sus organizaciones sociales y comunitarias, los vínculos de solidaridad, sus espacios arquitectónicos, las instancias propiamente ciudadanas, son todas instancias que, de manera centrípeta, suman posibilidades de acción que favorezcan la reinserción laboral y comunitaria. De esta manera, la red gira en torno a la producción de circuitos cada vez más grandes, siempre en función de la gestión de la enfermedad mental (Díaz y Radiszcz, 2012).

Aunque si bien, tanto el apresto laboral como la reinserción comunitaria, son exigencias para los equipos de salud que trabajan en rehabilitación de pacientes psicóticos (MINSAL, 2005b), y van en la línea del fomento a la intersectorialidad que el Plan se propone como objetivo (MINSAL, 2000), por el momento esto aún tiene una forma bastante precaria, y muchas veces no sale del papel³⁰. En efecto, la ausencia de regulación en materias laborales, educacionales e incluso de participación en instancias ciudadanas, permite que muchas veces esto se vuelva una práctica vacía de contenido en

militar (representados por su confinamiento y su encierro tras muros), para ser resituada como un espacio para la circulación de bienes.

²⁹ Puede entenderse acá el mismo medio del cual se hacía referencia a propósito de la comunidad en el punto anterior. “El medio será entonces el ámbito en el cual se da la circulación”, dirá Foucault (2007, p. 41). Precisamente esto es una forma de entender el problema del territorio ya no como unidad soberana, sino unidad gubernamental.

³⁰ Cuando a pesar de todas las dificultades que pueda encontrar, esta reinserción es posible, encuentra esta vez la dificultad de no estar regulada legalmente por ninguna instancia. Los pacientes quedan al arbitrio de las exigencias sociales homogeneizantes de las prácticas laborales y cotidianas al interior de la comunidad, que no dan espacio a la posibilidad de variabilidad individual, y ante las cuales no pueden responder. Este es uno de las mayores dificultades que tiene el Plan para abordar el problema de la intersectorialidad.

los equipos de salud, pues sólo se intentan cumplir para dar cuenta de las metas establecidas, aunque la mayoría de las veces estos procesos no son exitosos.

De cualquier forma, la red no impide, no encierra, considera la gestión de los hechos patológicos en la dimensión de sus probabilidades y en la administración de sus efectos. La psiquiatría vinculada a la atención en red desborda su función disciplinaria y se articula como un dispositivo de seguridad. Así, toma el carácter natural de la enfermedad mental como punto de apoyo, haciendo actuar sus elementos de manera recíproca: la enfermedad, sus determinantes biológicos y sociales, su medio en general, la familia, todo articulado en torno a la red como instancia operativa.

En la red, el control se identifica con una libertad de circulación siempre gestionada al interior de las comunidades, entendidas como unidades gobernables, atravesadas por la acción de los dispositivos psiquiátricos. Si el desafío para las nuevas tecnologías del poder es la intensificación de la producción de la vida, la gubernamentalidad neoliberal, a partir de la cual se articula el Plan, demuestra que para alcanzar sus objetivos basta con establecer una serie de instancias reguladoras que, en cuanto tecnologías de poder, sean capaces de plegarse a las exigencias de la vida y la libertad, permitiendo que la dominación y el control social se identifiquen con estos mismos conceptos. La gubernamentalidad supera la dicotomía poder-libertad que fundamenta la identidad entre encierro y exclusión, pues constituye un sistema de administración que se funda precisamente en la libertad, a partir de un saber estadístico que permite tener control de lo que circula en su interior (Díaz y Radiszcz, 2012).

Como lo muestra Hannah Arendt (2005), este saber estadístico siempre aparece recubierto por un ideal de neutralidad científica que oculta su voluntad de homogeneización de las formas de vida posibles al interior del conglomerado poblacional sobre el cual opera: “La uniformidad estadística no es en modo alguno un ideal científico inofensivo, sino el ya no secreto ideal político de una sociedad que, sumergida por entero en la rutina de vivir cotidiano, se halla en paz con la perspectiva científica inherente a su propia existencia” (p. 66). En relación a este ideal científico de uniformidad estadística, aquello que podríamos llamar locura, psicosis o trastornos psiquiátricos severos, toma un nuevo lugar dentro de los problemas de salud pública para insertarse dentro una serie de acontecimientos probables, como un fenómeno patológico regularizable en sus efectos a

nivel poblacional. Allí, el cálculo económico que organiza las intervenciones, termina por reducir de manera inevitable a los sujetos a su pura condición de cuerpos biológicos, pues se organiza en pro de erradicar la “desviación”, el “error” que, como lo sugiere Foucault (2007), constituye la particularidad subjetiva propiamente dicha. Como efecto de su intervención, el dispositivo de salud mental parece orientarse a establecer una exclusión de nuevo tipo, esta vez sobre el terreno mismo de la subjetividad.

3. Habitar la biopolítica: una posibilidad de lazo social para la locura.

a. La posibilidad de estar solo

Los dispositivos de trabajo comunitario para el abordaje de las psicosis, quedan entrampados en el impasse anteriormente descrito, donde la voluntad libertaria ligada al imperativo de los derechos humanos, se cruza con las posibilidades terapéuticas de un dispositivo colectivo que reintroduce el orden de la dominación a través de la gestión. La figura del psicótico, de aquel sujeto que, a pesar de los intentos por reinsertarlo como ciudadano, aún queda descolgado del lazo social: "desmonta los resortes del sentido que garantizan la dialéctica del mundo y hace que todo se ponga a correr, en una desterritorialización del lenguaje, de las funciones, de los hábitos" (Pál Pelbart, 2009; p.44) posición que convoca a ser reintroducido a un circuito de gestión que implique una nueva territorialización.

Resuena la imagen del Bartleby de Herman Melville (1973), personaje que atravesado por la persistencia de aquel "I would prefer not to", encarna una cierta resistencia respecto del funcionamiento instrumental del orden biopolítico, pero a la vez convoca una respuesta a mitad de camino entre la lástima y el rechazo. Si para la gubernamentalidad estatal lo que cuenta es la posibilidad de quedar inscrito al interior de una comunidad -ya sea ésta una familia, una red de prestaciones de salud u otra- precisamente lo que no puede tolerar es la imposibilidad de hacer valer un lazo social, es decir, la afirmación de una singularidad cualquiera que declina toda pertenencia (Pál Pelbart, 2009). Es precisamente esta condición de la singularidad, lo único que puede configurar la subjetivación de un "común" posible.

Al analizar las premisas de la psiquiatría comunitaria, se observa que “lo común”

contenido en sus reivindicaciones aparece de manera difusa, cuando no vaciado totalmente de contenido. La pretensión misma de la ciudadanía como objetivo de las prácticas de rehabilitación, dibuja un cierto “común” en el que inscribe su legitimidad, el que parece estar hegemonizado por la lógica del trabajo y los intercambios productivos. Finalmente, el común que ocupa el lugar del universal que da sentido al concepto de ciudadanía, no queda claro en referencia a qué pueden ser llamado común ³¹.

Si hoy en día se habla de verdaderos “espectros de lo común” (ídem), es porque a nivel de la filosofía política las formas que tradicionalmente han conformado un entorno común a la experiencia humana, se han desdibujado en el horizonte biopolítico, generando al mismo tiempo una sobre estimación de aquello que supuestamente podría ser lo común que organiza nuestra existencia; un intento de sustancializar lo común, pero que siempre queda vaciado de contenido: “si hoy hay, de hecho, un secuestro de lo común, una expropiación de lo común, una manipulación de lo común, bajo formas consensuales, unitarias, espectacularizadas, totalizadas, trascendentalizadas; hay que reconocer que al mismo tiempo, y paradójicamente, tales figuraciones comienzan a aparecer como aquello que son: puro espectro. (p.22).

Lo común en lo comunitario ofrecido por la psiquiatría, entonces, resulta ser más una premisa que permite sostener una cierta ilusión y que a su vez devela el núcleo ideológico que fundamenta sus prácticas. Su horizonte, resulta sostenerse en una lógica de la reconciliación, que finalmente podrá encontrar la unión feliz de la existencia individual dentro de un orden colectivo trascendental que le otorgue sentido. Pretensión totalizante, que bajo el requerimiento de la inserción a un orden colectivo, muchas veces abre paso a prácticas consistente con el orden biopolítico de los dispositivos de seguridad (Foucault, 2007), en un monitoreo y modulación constante de las conexiones posibles a nivel de los intercambios sociales.

Como apunta Deleuze (1997), el problema de las sociedades contemporáneas no es el exceso de soledad producido por el individualismo liberal, sino todo lo contrario, es la imposibilidad de la soledad, del encuentro con la propia soledad, en medio de una verdadera terapéutica de la vida en común y de una rehabilitación de lo colectivo.

Sin embargo, no es posible pensar una dimensión terapéutica para la psicosis

³¹ Aun cuando se aceptara que lo común sería deseable en este contexto, basta con pensar acá el viejo problema de la alienación del trabajo para preguntarse respecto a las posibilidades de apropiación subjetiva que existirían en este tipo de intercambios.

fuera de esta referencia institucional, pues simplemente no existe un exterior de a las modalidades del poder en que se articulan las sociedades contemporáneas. Si bien la normalización biopolítica ocupa un lugar hegemónico, la dimensión de lo colectivo igualmente supone el establecimiento de un lazo social a construir; una forma de intercambio que se sitúa, o bien en función directa a esta hegemonía, o bien en relación al establecimiento de formas subjetivación que busquen desprenderse de aquella norma totalizante.

Por otra parte, una reflexión respecto de lo colectivo en estos dispositivos permitiría dar cuenta de cierto "común" que pueda no estar del todo secuestrado por la gubernamentalidad económica; es decir, de cierta apropiación subjetiva de este "común" producido en el encuentro de subjetividades particulares; "común" que por lo tanto no ocuparía el lugar de ninguna sustancia trascendental, con las consecuencias ideológicas que esto supone.

Como indica Deleuze (1988) un dispositivo es una especie de ovillo o madeja, una máquina de hacer ver y hacer hablar, que produce líneas de objetivación dentro de un régimen de veridicción determinado. En este sentido, como ya se ha visto, los dispositivos de rehabilitación comunitaria no están por encima de este ordenamiento. Pero a pesar de esto, los contornos impuestos por estas líneas de objetivación no necesariamente son definitivos.

Cuando una línea de fuerza dentro de un dispositivo se ejerce sobre sí misma o se afecta ella misma, en lugar de entrar en relación lineal con otra fuerza, se produce en el dispositivo una determinación de "sí mismo" que no es en modo alguno una determinación ya preexistente. Produce una línea de subjetivación posibilitada por el despliegue mismo del dispositivo. Este movimiento produce una línea de fuga que escapa a las líneas anteriores: "El sí mismo no es ni un saber ni un poder. Es un proceso de individuación que tiene que ver con grupos o personas y que se sustrae a las relaciones de fuerzas establecidas como saberes constituidos: es una especie de plusvalía" (p. 157). Sí bien no es seguro que todo dispositivo implique este proceso, las líneas de subjetivación parecen capaces de establecer caminos de creación en favor de la salud mental³² que escapan a las determinaciones de saber-poder que configuran externamente al dispositivo.

³² Considerando este concepto en un sentido general, eximido de sus implicancias normativizantes que requerirían de otro análisis.

En términos técnicos, el trabajo clínico con la psicosis en salud pública requeriría de una cierta apuesta por un espacio *liminar* -tanto a nivel institucional como epistemológico- siempre agujereado en sus pretensiones totalizantes; un espacio que, para no excluir, garantice constantemente la presencia de un Otro, pero que a su vez dicho Otro -con su absoluta presencia inmanente- no reabsorba y re-territorialice dentro de la lógica asilar toda la variabilidad subjetiva que pueda surgir en el encuentro con los demás, garantizando así un espacio de autonomía personal necesario para un trabajo clínico que no se ajuste simplemente al sometimiento o la normalización.

Si la institucionalidad psiquiátrica siempre supone un Otro para la psicosis a partir del cual se establece un cierto lazo social -ya sea un Otro que excluye y deshumaniza como el del modelo asilar o un Otro que supone la posibilidad de reconciliación en una totalidad supuestamente integradora de toda experiencia humana- resulta relevante preguntarse por las condiciones que ese Otro requiere para la formulación de un proceso terapéutico.

b. El Otro en la psicosis y la posibilidad del lazo social.

Más allá de la violencia evidente que la historia de la psiquiatría registra hacia los locos, ellos mismos son testigos de una violencia anterior, quizás mucho más intensa que las palabras de un psiquiatra o un requerimiento de internación. Sin desmerecer el impacto de tales arbitrariedades, al hablar de la experiencia de la locura tenemos que saber de entrada que estamos hablando de una experiencia particular de sufrimiento subjetivo. Esto es algo que suele quedar en el olvido bastante a menudo por los procesos de intervención comunitarios en psiquiatría, los que en sus pretensiones universalizantes, tienden a situar el dolor o el sufrimiento más del lado de los efectos negativos que produciría la exclusión social o la discriminación, que en la realidad histórica de su experiencia subjetiva.

Se suele decir que el otro no cuenta para las psicosis, situación que lleva a afirmar dentro de la tradición de la clínica psicoanalítica, que no existe transferencia propiamente tal en la psicosis, por lo que en principio su tratamiento no sería posible. Pero aquí donde se establece un límite, Jean Oury (1998) piensa una posibilidad: “Sabemos bien que dentro de las psicosis –pero desafortunadamente, no sólo en las psicosis– el otro no

cuenta. Existe una suerte de confusión de sí mismo y el otro, pero no estamos aquí para intentar abrir eso a la fuerza por medio del comportamentalismo... Estos límites que ni siquiera lo son, límites no limitados entre sí mismo y el otro. Estamos aquí para que esto pueda abrirse, con ciertas condiciones”.

Antes de pensar en estas condiciones que insinúa Oury, y sin ingresar a la precisión teórica de la discusión respecto a la transferencia, es posible ver en el fenómeno de la angustia que caracteriza el padecer psicótico, un indicador clínico que establece por estructura lógica la necesidad de pensar, en general, una cierta relación al otro en la psicosis, y en particular, los requerimientos de asistencia en estos casos. Ambos aspectos se convocan mutuamente, pues si bien no siempre es posible declinar con claridad la articulación de una demanda de ayuda en personas que sufren estas dificultades, la historia de la psiquiatría y, en general, la de las formas de asistencia en las sociedades humanas, están ahí para constatar que siempre moviliza un cierto deseo de cuidado en el otro.

El fenómeno de la angustia, entonces, determina un requerimiento de asistencia a través del cual es posible articular un trabajo, por medio de la constitución de una instancia que permita *alojar* aquella experiencia de desamparo fundamental ante la cual el sujeto queda desarmado y que la angustia vuelve presente. La palabra “alojar” contiene la experiencia de un lugar, noción que adopta distintos contenidos a partir de las diversas formas de organización que pueda adquirir la institucionalidad psiquiátrica, pero que fundamentalmente apunta a las condiciones de las que Oury hacía mención: “Yo digo *‘libertad de circulación’*, esto quiere decir que para que pueda existir libertad de circulación se requiere, por supuesto, la existencia de un espacio y una circulación ya en el sentido concreto del término, poder caminar. Tener la libertad de caminar es a veces tener la libertad de quedarse en el lugar. Porque la circulación no se hace simplemente con los pies, puede estar también dentro de la cabeza: una circulación, la libertad de estar tranquilo” (idem).

Para pensar en torno a la experiencia de la angustia en la psicosis, un consideración clínica importante de la formula estandarizada respecto a la falta de la metáfora paterna en la psicosis -más allá de la carencia simbólica que esto pueda implicar para la experiencia del sujeto- es el hecho de que no cuente con un significante de su ser que pueda apaciguar su experiencia; pues todo el problema del ser hablante es el de ubicar lo real de su existencia y de su ser, en un espacio de discurso que le permita

encontrar, a la vez, un sitio en el discurso y un significante posible que lo represente (Soler, 2008).

Si el sujeto no cuenta con un significante en el otro para designar su existencia, en el momento en que se ve confrontado con la experiencia de decir quién es, lo real de su experiencia como sujeto mortal se aparece de forma insoportable para él. Puede ser que en ese momento, los fenómenos elementales ocurran como se expresa en el sentido de la conocida fórmula del retorno en lo real de lo forcluido en lo simbólico; bajo la forma de las voces u otro tipo de alucinaciones; experiencias que intentan restituir algo de la falla acontecida, por lo que lejos de representar manifestaciones mórbidas a ser suprimidas, son el único recurso con el que el sujeto cuenta para lidiar con lo traumático de un real en bruto que lo invade.

Frente a esa experiencia, indica Colett Soler (ídem) lo que realmente inquieta o angustia no son las voces, sino la posibilidad de su desaparición. Y es que la presencia de las voces constituyen el Otro que sostiene al sujeto en la angustiante certeza de su completud. Ya lo decía Freud al expresar que el delirio ya es un intento de curación para el psicótico. Si las alucinaciones no están, el sujeto cae como un objeto sin Otro. Cuando el sujeto se encuentra ante la pregunta sobre el ser de su existencia, debe contar con algo para responder.

La presencia del Otro es fundamental en ese proceso, ahí donde el psicótico tambalea al no contar con el significante del ser de su existencia; situación que lo confronta con un real insoportable, en la medida en que el sujeto psicótico es “más expuesto en el real”. En este contexto, es la institución –cualquiera sea el carácter que esta tome- la que puede actuar como aquel Otro que permita temperar esta experiencia y hacer lazo de alguna manera con ella. Para esto, se requiere de una presencia real y no de una estandarización del tratamiento que no deje espacio al encuentro; estandarización que anticipa un tratamiento que de antemano no puede ser determinado en su particularidad: “No hay trayectoria. Entonces, cuando me preguntan: “¿Cuál es su proyecto terapéutico?”, yo respondo: “Se hace camino al andar”. Porque si existe un proyecto, si existe una línea, una duración de la internación, si hay cosas de esa índole, está todo arruinado, no habrá camino que se hará al andar; no estamos en las autopistas. En la vida cotidiana se trata de eso, en el deseo: es justamente en el camino que se hace al andar, por libertad, que puede haber, por azar, en un cruce o no, pero por azar, un encuentro. Un verdadero encuentro no es simplemente buenos días, buenas noches. Un

verdadero encuentro es del mismo orden que una interpretación analítica, es decir, que eso cambia algo. Después de este encuentro, ya no será más como antes” (Oury, 1998).

Si bien no es posible definir un tratamiento de antemano, es posible considerar ciertas condiciones para generar algo del encuentro con el Otro en la psicosis; un lazo social posible. Es decir, para sostener un colectivo que preserve la dimensión de la singularidad, se requiere de la posibilidad de generar espacios heterogéneos a partir de una disponibilidad que propicie los encuentros, pero que no los imponga necesariamente; constituyendo una forma de regulación de la presencia del Otro en el trabajo con la psicosis, permitiendo el contacto y preservando la alteridad: “Estar lo más cerca del otro es justamente asumir la lejanía del otro, su opacidad. Y es esta dimensión de enigma, de la cual habla bien Lacan, la que está en cuestión cuando se trata del deseo. El deseo persiste enigmático e inaccesible pero, sin embargo, es eso lo que hace el valor, a fin de cuentas, casi el alma de alguien. Ese es nuestro problema” (ídem).

En definitiva, un colectivo posible; un “común” dentro del trabajo comunitario que no se sostenga en la utopía totalizante de la ciudadanía como reconciliación democrática, sino más bien en la organización de un espacio para los encuentros, donde si existe algo del orden de la comunicación, no se encuentre sostenido en el horizonte de una voluntad utópica de reconciliación; un espacio que sea capaz de asumir el mal entendido permanente presente en el orden de los encuentros humanos.

CONCLUSIONES

Sin dudas el fenómeno de exclusión en la locura no ha trascendido toda la historia de nuestra relación hacia ella. Se funda como práctica específica de una forma histórica de la conciencia que tenemos de ella, determinada por una división radical entre razón y sinrazón; donde el libre deambular que la locura expresaba, implicaba una afirmación que tenía el sutil efecto de poner en cuestión todo el orden que articulaba la experiencia de la razón en la época clásica.

El fenómeno de su medicalización, según la narración foucultiana, emerge en el cruce de las prácticas de reclusión y de la constitución del hombre como objeto epistémico en la modernidad; que comenzó a lidiar con ella de una manera cada vez más ascéptica, como puro objeto, pero un objeto que no deja de ser fascinante en la medida que promete la posibilidad de dominar un aspecto de la experiencia humana que se ha visto renuente a encontrar soluciones dentro del saber médico. Estos fueron los prolegómenos de la historia del asilo, bajo la cual aún hoy en día hegemoniza las imágenes, los discursos y las prácticas que nos permiten y condicionan, nuestra representación de la locura. Historia que además inaugura una pregunta por estos sujetos: ¿Son cómo nosotros? ¿Qué hacemos con ellos?

Hoy en día; pero ya desde hace algunos años, parece existir una cierta resurrección del hombre. Después de décadas en que los horrores del siglo XX anestesiaron la preocupación por el otro, hoy en día se siente cierta efervescencia - siempre en apuro- por defender aquí y allá todo cuanto amenace al hombre en la dignidad de su propia representación. A las carreras; funcionarios públicos, políticos, voluntarios, participantes de ONG's y entusiastas profesionales; intentan articular iniciativas de defensa política o de restitución de derechos vulnerados por donde puedan. Cada noche generan un enorme tráfico invisible de datos, transmitiendo los mensajes de un mejor hombre posible, pero al mismo tiempo generando los emblemas de una nueva identidad del buen humano.

Cabe preguntarse si esa especie de identidad del hombre libertario ante el fin de los tiempos, no se encuentra también situado dentro de la institucionalidad psiquiátrica oficial, que bajo el signo de lo comunitario, desplaza –quizás sin saberlo- hacia la comunidad el grave problema del desinterés generalizado que las instituciones políticas en Chile tienen respecto a la salud pública. Es necesario reconocer que la gran mayoría

de los profesionales que efectivamente trabajan en el área comunitaria dentro de la salud mental, lo hacen sin la preocupación de pertenecer o no a una supuesta identidad comunitaria oficialista. Han sido ellos los que desde hace varios años han intentado mejorar la situación de la salud mental en Chile a partir de la práctica y el compromiso que es el suyo propio.

Junto con querer dar cuenta del panorama actual de la atención de pacientes psicóticos en Chile y las posibilidades que este pueda tener para ejercer una práctica situada desde la ética del sujeto, la investigación realizada ha pretendido abordar una pregunta inicial sobre el ejercicio del poder en este contexto. Una pregunta que, en principio, podría formularse en los términos de “ask not why you where imprisoned, ask why you were set free”³³. A propósito de la liberación de los locos, que si bien parece el patrimonio de las luchas que durante los últimos cuarenta años la psiquiatría comunitaria ha dado contra la institución asilar; basta recordar el gesto de Pinel para comprender que su historia es aún más antigua.

La pregunta que resulta pertinente, además, pues no se restringe al campo de la psiquiatría. Cada vez parece ser más evidente que las formas del poder y dominación en las sociedades contemporáneas pasan por la administración de la libertad; la que al mismo tiempo, responde cada vez más a un ejercicio de elección entre posibilidades establecidas de antemano para posibilitar la expresión subjetiva. Estas posibilidades, además, se encuentran categorizadas firmemente en relación a una estimación de los intereses que distintos sectores socioeconómicos de la población podrían tener, en función de las condiciones materiales en que debiesen haber desenvuelto sus vidas; cálculo que se realiza con precisión sorprendente.

Pero esa pregunta por el poder toma otro lugar cuando se ve situada al interior de la propia práctica clínica. En efecto, se constituye en una pregunta sobre las condiciones del propio ejercicio del poder al situarse en una estructura de asistencia en torno a la salud. Al mismo tiempo se constituye en una pregunta en torno a la locura como fenómeno humano y a la psicosis como fenómeno clínico. ¿Qué lugar ocupa en la

³³ “No te preguntes por qué te encerraron, pregúntate por qué te liberaron” Frase con la que se promociona el estreno del remake de la película surcoreana Oldboy, realizado por el director estadounidense Spike Lee y que parece reflejar cierta inquietud que comienza a aparecer en la sociedad norteamericana, respecto a las implicancias del ejercicio de la libertad, en el contexto del orden biopolítico, tal y como la han entendido durante toda su historia; concepto que en la medida que articula todo un proyecto histórico, por mucho tiempo resultó incuestionable, como una realidad que no podía estar sujeta al pensamiento.

cultura? ¿Qué lugar ha ocupado en la historia? ¿Qué lugar ocupa dentro del ejercicio profesional de la psicología? ¿Qué hay en ella que pueda ser transmitido hacia nuestra experiencia?

El punto de partida, desde luego, se encuentra en cierta indiferenciación respecto a los fenómenos del poder, la dominación y los efectos que la cultura tiene sobre la economía psíquica de los sujetos. Al enfrentarse a una realidad que el sentido común signa en el campo de los excluidos, quien quiera acercarse a ese terreno intentará figurar el escenario en el que se mueve; escenario que siempre es más fácil configurarlo dentro de las posibilidades de una partición binaria entre lo bueno o lo malo; lo correcto o lo incorrecto, la represión o la libertad, la institución y la comunidad. Pero esta preparación del terreno, a fin de cuentas, obtura la verdadera pregunta ética respecto a los efectos del propio deseo de estar ahí, frente a un loco. Ejercicio que se esquivo con frecuencia, pues, se podrá adivinar, no deja indemne a quien decide sostenerlo.

El recorrido por el panorama general de la atención de pacientes psicóticos en Chile permite visualizar lo profundamente instalada que se encuentra esta partición binaria de los hechos de la realidad; donde siempre es preferible (y más seguro) tomar las banderas de la lucha libertaria que preguntarse por qué se está ahí en ese momento y lugar. La psiquiatría comunitaria, como concepto o como voluntad universal, se funda en ese desconocimiento; que en términos concretos, no mantiene grandes distancias respecto de la lógica biomédica; la cual el recorrido histórico y epistemológico, nos muestra más cercana a la lógica comunitaria de lo que se quisiera.

Algunos años antes de que la antipsiquiatría se constituyera como el discurso que denuncia al saber psiquiátrico como un modo de dominación y exclusión social de ciertas formas de sufrimiento; ya en 1954, en su texto “Enfermedad mental y personalidad”, Foucault ponía énfasis en la determinación social de la enfermedad mental, es decir, en su constitución como un efecto estructural de las actuales condiciones sociales en las que el hombre está históricamente alienado. De esta forma, el sentido histórico de la alienación mental no sería otro que la expresión del conflicto propio a nuestra sociedad. Si bien posteriormente Foucault tomaría distancia de esta posición, aquel diagnóstico se encuentra –con más o menos matices ideológicos- en el corazón de toda la crítica política a la institucionalidad psiquiátrica asilar.

Aquel diagnóstico contenía ya una solución, pues para ese sujeto situado en relaciones de poder-saber que le ofrecen una experiencia contradictoria de sí mismo, la libertad sólo es asequible desde la subversión de dicho orden. Si bien la respuesta antipsiquiátrica tomo el camino de la subversión que se desprende de esta posición, la psiquiatría comunitaria también jugó sus cartas en el ámbito de la transformación de las estructuras sociales, pero a nivel de las estructuras ideológicas que determinarían una falta de reconocimiento del loco como ciudadano y su consecuente exclusión.

Si bien para la institucionalidad psiquiátrica es claro que hoy en día las lógicas del disciplinamiento asilar parecen ir franca retirada, no parece tan claro las implicancias de la lógica gubernamental que gobierna sus prácticas. Los efectos de la gestión biopolítica sobre los problemas de salud mental –y propiamente sobre la locura- a nivel poblacional, ponen una alarma quizás menos evidente, pero igualmente contundente dentro del terreno de las posibilidades subjetivas en el tratamiento del sufrimiento psíquico.

El discurso de los derechos humanos, si bien reivindica el acceso igualitario a las posibilidades de ciudadanía de pacientes con sufrimiento psíquico severo, lo hace más bien sobre un sujeto abstracto, sin encontrar resonancia en los planes, protocolos y programas de salud; documentos que organizarían las prácticas concretas en salud mental y la atención pública para pacientes que sufren esta condición, pero en donde el reconocimiento de la historia y la particularidad subjetiva no parecen tener un lugar garantizado de antemano.

Ante esta constatación, resulta pertinente preguntarse por el lugar que, como profesional de salud mental, es posible tomar en función de una práctica clínica que considere el reconocimiento del sujeto; de sus formas de sufrimiento y de sus maneras de abordarlo; tal y cómo un día la antipsiquiatría se vio en la necesidad de hacerlo.

Hoy, entonces, no contra el disciplinamiento asilar, sino contra la gubernamentalidad biopolítica, ¿Qué camino tomar? ¿Una nueva antipsiquiatría?. Tal es la propuesta del profesor Carlos Pérez, quién en su reciente libro³⁴ realiza el acucioso ejercicio de desmontar las bases epistemológicas que darían sustento a la efectividad farmacológica propuesta por la psiquiatría basada en el modelo médico de la neurología.

³⁴ Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: LOM editores.

Una propuesta de este tipo resulta atractiva en la medida que no implica una crítica política al saber psiquiátrico desde un lugar externo a él mismo, sino que resulta ser una batalla dada en el propio campo de la psiquiatría, cuestionando los mismos fundamentos que ella afirma como su base: el ámbito de la efectividad; es decir, probar que no pueden probar lo que dicen probar. Si bien aquel análisis parece siempre del todo pertinente, la particularidad clínica queda disuelta en una crítica que igualmente sostiene una pretensión ideológica, sin dejar otro ámbito de acción que la subversión política de la institucionalidad psiquiátrica ante la constatación de que la efectividad que la sostiene no puede mostrarse efectiva ante sí misma.

Ante esta situación, el ejercicio teórico de la presente tesis, si bien también se encuentra en la línea de buscar en la perspectiva histórica-política y epistemológica una posición respecto a las condicionantes sociales de las prácticas en salud mental y la atención pública de pacientes psicóticos, se orienta en la búsqueda de una posición clínica posible para el trabajo dentro de este campo. En este sentido, tanto el análisis histórico-político como el recorrido epistemológico realizado, responden a la necesidad de situar el propio lugar del autor como profesional al interior de los sistemas públicos de atención en salud mental; para, a su vez, pensar una dimensión ética desde la cual situarse ante la lógica del “para todos” propia a las políticas públicas. Políticas públicas, que por lo demás, cumplen con organizarse en torno a las exigencias de la época: sujetos productivos, capaces de funcionar en concordancia a una norma que ofrece en la posibilidad de consumir, un ideal que garantiza en él la satisfacción pulsional. Se puede apreciar, entonces, las dificultades clínicas que esto implica en personas que estructuralmente no les resulta posible ajustarse a este ordenamiento, quedando por fuera de los intercambios que hacen valer esta forma universalizada del lazo social.

El análisis epistemológico de los discursos sobre la locura permite visibilizar la forma en que estas exigencias se articulan en torno a la constitución de un discurso experto, que es el punto de arribo de la voluntad de dominación propia de la modernidad, cuando se vuelve sobre el propio humano para objetivarlo y donde la locura resulta ser la construcción de un objeto adecuado a la lógica de la efectividad.

Por otro lado, en las determinaciones histórico-políticas de los tratamientos de la locura, es posible rastrear la forma en que se expresan las prácticas de normalización en

relación a las formas de socialización dominante, donde finalmente los agentes técnicos se desenvuelven a partir de sus propias formas de intercambio, ofreciendo por supuesto la extensión de éstas mismas en la cura.

En este contexto, nada hace pensar que las formas de subjetivación propias de la producción biopolítica no se expresen al interior de los dispositivos de trabajo comunitario con pacientes psicóticos, es decir, la organización de un dispositivo en que el lazo social no es pensado como algo que se desprende de la acción de los individuos, sino que se supone siempre preestablecido a partir de un ordenamiento genérico que orienta la acción. Si no se considera esta realidad en la organización de los dispositivos, el trabajo con sujetos cuyo sufrimiento pasa precisamente por las dificultades de inscribirse dentro del orden simbólico de los intercambios sociales –en el ámbito de la cultura- no encuentra condiciones apropiadas para su ejercicio. Por tanto lo que se requiere es generar estas condiciones.

La psiquiatría comunitaria, al no contar con un discurso psicopatológico que pueda dar cuenta de la particularidad subjetiva de la problemática psicótica, se encuentra ciega ante esta problemática, tendiendo a reproducir de manera serial la particularidad universalizada de una cierta “subjetividad de la época”, por lo que podemos entender por ejercicio de la ciudadanía se vacía de contenido cuando implica una mera administración de una diversidad subjetiva seriada previamente, establecida y sancionada socialmente de antemano. En este contexto ¿qué significa ciudadanía en el trabajo con la psicosis? ¿Participación? ¿Inclusión social?; conceptos que quedan al arbitrio de la voluntad de los técnicos, bajo el peligro propiamente psicótico de lo que anunciaba Haumpty Doumpty: “significa lo que yo quiero que signifique”.

Ante esto, una propuesta posible es generar un espacio con las condiciones necesarias para que el lazo social preceda a los sujetos; una posibilidad de inscribirse, a partir de los intercambios subjetivos, en un orden simbólico preexistente. La institución como la presencia de un Otro que garantiza un cierto orden en el cual un cierto deseo puede alojarse: ante todo, entender el proceso comunitario como un proceso simbólico es la condición de posibilidad que permite ofrecer algo de una restitución a nivel del lazo social para estos pacientes.

Pero como ya se ha visto, no existe lado de afuera del poder. Esto implica la necesidad de un saber hacer a partir de la propia norma institucional y no fuera de ella, en una posición de marginación personal. Un ejercicio de ubicación dentro de las formas contemporáneas de subjetivación y control social, permite pensar una posición liminar respecto a la norma institucional que favorezca un ejercicio clínico posible desde una ética del sujeto. Posición que permitiría alojar algo de ese sujeto en el deseo del Otro, incluso dentro de un marco institucional atravesado por las lógicas biopolíticas.

A partir de esta investigación, resulta relevante considerar cuáles son las modalidades en que es posible generar condiciones institucionales para la realización del trabajo propuesto a partir del contexto político e institucional de la atención en salud pública en Chile, así como las dificultades institucionales que estos procesos de pensamiento puedan encontrar. En este sentido, podría resultar relevante generar líneas investigativas en torno a la particularidad de los tratamientos institucionales para pacientes afectados por psicosis, como los desarrollos entorno a la psicoterapia institucional o la psiquiatría de sector; así como también las formas particulares de resolución que aquellos pacientes encuentran en estas condiciones para sobreponerse al estrago que su sufrimiento les presenta, en la línea de los desarrollos de las suplencias psíquicas y la generación de elaboraciones personales que les permitan una cierta estabilización, a partir de lo que se ha llamado la lógica del *Sinthome*. Por otro lado, también resulta relevante profundizar los resultados de la presente investigación a partir de las condiciones particulares en las que se generan las posibilidad de habitar un lugar en las sociedades contemporáneas, como se expresan en los trabajos de crítica cultural o el análisis de las actuales formas del consumo, en el sentido que establece Michel de Certeau, como resistencia a lo lógica universalizante del orden biopolítico.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Adorno, T. y Horkheimer, M. (1998). *Dialéctica de la ilustración*. Madrid: Editorial Trotta.
2. Althusser, L. (1964). *“Escritos sobre psicoanálisis. Freud y Lacan”*. México D.F.: Siglo XXI.
3. Arendt, H. (2005). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
4. Barros, P., Ríos, D. & Torche, F. (1996). *Lecturas sobre la exclusión social*. Santiago: OIT
5. Basaglia, F. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral Editores.
6. Basaglia, F. (1991) *La antipsiquiatría y las “nuevas técnicas”*. Rev. Zona Erógena, Vol 3. Extraído el 25 de julio del 2006 de http://educ.ar/educar/servlet/downloads/s_bd_zonaerogena03/ze0308.pdf
7. Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
8. Berman, M. (1991) *Todo lo Sólido se desvanece en el aire: La Experiencia de la Modernidad*. 5ª Edición. Madrid: Siglo XXI Editores.
9. Biblioteca del Congreso Nacional. (2012a). *Salud en Chile según la OCDE: gasto, recursos y riesgos*. Extraído el 7 de mayo del 2013 del sitio Web: http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/temas_profundidad.2007-07-25.4772415999
10. Biblioteca del congreso Nacional. (2012b). *Ingreso a la OCDE: Chile a un paso de los países poderosos*. Extraído el 7 de mayo del 2013 del sitio Web http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/temas_profundidad.2007-07-25.4772415999
11. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. (1978) *Declaración de Alma-Ata*. Publicado en Pan American Health Organization. Extraído el 14 de mayo del 2013 del sitio Web: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
12. Cooper, D. (1985) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.
13. Deleuze, G. (1988). *Michel Foucault, Filósofo*. Barcelona: Gedisa
14. Deleuze, G. (1997). *Diálogos*. Valencia: Pre-Textos.

15. Deleuze, G. (1999). *Conversaciones*. Valencia: Pre-Textos.
16. Desviat, M. (2005). *Crítica a la razón psiquiátrica*. *Rev. Norte de Salud Mental*, N°. 25, (Pág. 8- 14) Extraído el 20 de Agosto, 2008 del sitio Web: Asociación Española de Neuropsiquiatría: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-25/008-la-antipsiquiatria--critica-a-la-razon-psiquiatrica.pdf>.
17. Díaz, F. & Radiszcz, E. (2012) *Más allá del encierro asilar. Sobre la gestión gubernamental de la locura y sus nuevas formas de exclusión*. En *Salud Mental y Malestar Subjetivo*. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL.
18. Freud, S. (1996). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu editores
19. Freud, S. (2008). *El Malestar en la cultura*. Obras completas. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu editores.
20. Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós
21. Foucault, M. (2002) *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
22. Foucault, M. (2005). *El Poder Psiquiátrico*. Curso en el Collège de France (1973-1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
23. Foucault, M. (2006) *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
24. Foucault, M. (2007). *Seguridad, Territorio, Población*. Curso en el Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
25. García, J. (1983) *Medicina y sociedad –Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud*. Educación médica y salud · Vol. 17, No. 4
26. Gauchet, M. & Swain, G. (1999). *Madness and democracy*, Princeton University Press. Princeton.
27. Gobierno de Chile (1985). Ley N° 18.469. *Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud*. Publicado en el Diario Oficial del 23 de noviembre de 1985. Extraído el 23 de mayo, 2008 del sitio Web: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile: <http://www.supersalud.cl/normativa/571/fo-article-556.pdf>
28. Gobierno de Chile (2000). Decreto Supremo N° 570. *Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que las Proporcionan*. Publicado en el Diario Oficial de 14 de julio

- del 2000. Extraído el 23 de mayo, 2008 del sitio Web psiquiatría comunitaria en línea: [http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=24 &lid=104](http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=24&lid=104)
29. Gobierno de Chile (2007), Ley 19.966, *Del régimen General de Garantías en Salud*. Publicado en el Diario Oficial del 31 de enero de 2007. Extraído el 23 de mayo, 2008 del sitio Web: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/leyauge.pdf>
30. Goffman, E. (1970). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
31. Gros, F. (1997). *Foucault y la locura*. Buenos Aires: Nueva visión.
32. Jiménez, A. & Radiszcz, E. (2012) *Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social* .Publicado en CIPER. Extraído el 22 de marzo del 2012 del sitio Web: <http://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>
33. Lacan, J. (2003). *Escritos 1*. Buenos aires: Paidós.
34. Lourau, R. (2001). *Libertad de Movimientos, una introducción al análisis* Lacan, J. (2002) *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI *institucional*. Buenos Aires: Eudeba.
35. Madariaga, C & Guajardo, A. (1998) *Una experiencia de Psiquiatría social*, Cuadernos de medicina social; pp. 33-47.
36. Mancini, R. (1997). *Genoma Humano y Terapia Génica*. Publicado en *Universidad de Chile*. Extraído el 14 de mayo del 2013 del sitio Web: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/76989/genoma-humano-y-terapia-genica>
38. Marconi, J. (2001). *La Psiquiatría en el Cambio de Siglo: Psiquiatría social*. *Rev. Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol.39 (1), p.10-11. Extraído el 13 de abril, 2007 del sitio Web: Scientific Electronic Library Online, SCIELO: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000100004&script=sci_arttext
39. Medina E. (2006). *Panorama Histórico de la Salud Mental*. En *Psiquiatría y Salud Mental para la Atención Primaria* Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental.
40. Melville, H. (1973) *Bartleby*. Santiago: Empresa Editora Nacional Quimantu Limitada.
41. Ministerio de Salud (1982), *Reglamento De Hospitales Y Clínicas Dto. Nº 161/82*. Publicado en el Diario Oficial del 19 de noviembre, 1982. Extraído el 23 de mayo,

- 2008 del sitio Web Ministerio de Salud, Gobierno de Chile:
http://www.minsal.cl/juridico/161_DE_1982.doc
42. Ministerio de Salud, (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Extraído el 28 de marzo, 2006 del sitio Web Psiquiatría Comunitaria en Línea:
<http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/weblinks/viewcat.php?cid=3>
43. Ministerio de Salud, (2005a) *Guía Clínica Primer Episodio de Esquizofrenia*. 1ª Ed. Santiago: MINSAL.
44. Ministerio de Salud, (2005b). *Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de personas afectadas de Esquizofrenia*. Santiago: MINSAL.
45. Ministerio de Salud, (2011). *Estrategia Nacional de Salud Mental: Un salto hacia adelante*. Propuesta para una construcción colectiva. Documento de trabajo. Mayo 2011. Extraído el 26 de junio, 2011 de sitio Web
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/a73ea8bff9392ac4e04001011e011f16.pdf>
46. Minoletti A. (2005) *Cumplir con la Declaración de Caracas...Asegurar la Implementación de los Planes Nacionales de Salud Mental*. Extraído el 13 de abril, 2007 del sitio Web Psiquiatría Comunitaria en Línea:
<http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=46&lid=231>
47. Minoletti, A. & Zaccaria A. (2005) *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 Años de Experiencia*. *Rev. Panamericana de Salud Pública, Pan. Am. J. Public Health* 18(4/5). Extraído el 7 de mayo, 2008 del sitio Web: SCIELO Public Health
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>
48. Nietzsche, F. (2000). *El origen de la tragedia*. Madrid: Espasa Calpe.
49. Organización Mundial de la Salud (2006), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Extraído el 7 de mayo, 2008 del sitio Web: World Health Organization
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
50. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud (2006) *Informe WHO-AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Chile*. Santiago: MINSAL
51. Organización Mundial de la salud. (2008) *La Financiación de los Sistemas De Salud, El camino hacia la cobertura universal*. Extraído el 7 de mayo del 2013 del sitio Web: http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/temas_profundidad.2007-07-25.4772415999
52. Organización Panamericana de la Salud (1999), *Declaración de Caracas, 14 de*

- noviembre de 1999. Venezuela. Extraído el 7 de mayo, 2008 del sitio Web Organization of American States – OAS: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
53. Oury, J. (1998). *Libertad de circulación y espacios del decir*. Entrevista realizada por Katherine Marty en Tours, 16 de mayo de 1998. Extraída el 28 de julio del 2013 de <http://www.topia.com.ar/articulos/libertad-de-circulaci%C3%B3n-y-espacio-del-decir>
54. Pál Pelbart, P. (2009) *Filosofía de la deserción, Nihilismo, locura y comunidad*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
55. Saldivia, S., Grandón, P., Sgombich, X., Silva, & F. Melipillán, R. (2004) *Evaluación de programas de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia*. Extraído el 2 de julio, 2008 del sitio Web del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/Rehabilitacion/Estudio_Evaluaci.pdf.
56. Sandoval, J. (2002). Ciudadanía “Gobierno” de la Subjetividad y Políticas Sociales. *Rev. “Última Década”, Vol. 17*, pág. 161-177.
57. Sarraceno, B. (2003) *La Liberación De Los Pacientes Psiquiátricos, De La Rehabilitación Psicosocial a La Ciudadanía Posible*. México: Pax
58. Soler, C. (1991). *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires: Manantial
59. Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: LOM editores.
60. Rivas, F. (2000). *La psicosis en la comunidad*. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría.
61. Tejada de Rivero, D. (2003) Alma-Ata: 25 años después. *Rev. Perspectivas de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud* Volumen 8, Número 1. Extraído el 14 de mayo del 2013 del sitio Web: <http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>
62. The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013a) *Statistical Profile of Chile*. Publicado en OECD. Extraído el 22 de marzo del 2013 del sitio Web: <http://www.oecd.org/chile/>
63. The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013b) *Annual*

Report 2007. Publicado en OECD Library. Extraído el 22 de marzo del 2013 del sitio Web: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-annual-report-2007_annrep-2007-en

64. Uribe, M., Mora, O. & Cortés, A., (2007) *Voces del Estigma, Percepción de Estigma en Pacientes y Familias con Enfermedades Mentales*. Universitas Médica, vol. 48, N°3, 2007. Pp. 207-220.
65. Vásquez, J. (2005) *La declaración de Caracas: Un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales*. Extraído el 7 de mayo del 2008 del sitio Web: [psiquiatría comunitaria en línea: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=43&lid=225](http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=43&lid=225)
66. World Health Organization. *Community mental health services will lessen social exclusion, says WHO*. Publicado en World Health Organization. . Extraído el 28 de mayo del 2013 del sitio Web:<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/>